

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CONCEPTOS DE RECAÍDA Y
ABANDONO EN EL PROGRAMA AMBULATORIO DE LA E.S.E. CARISMA Y
LA FUNDACIÓN LA LUZ**

CLAUDIA PATRICIA CASTAÑO ÁNGEL
JOHANNA GRANADA SOTO
ELIANA MARÍA LÓPEZ MESA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO
2010

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CONCEPTOS DE RECAÍDA Y
ABANDONO EN EL PROGRAMA AMBULATORIO DE LA E.S.E. CARISMA Y
LA FUNDACIÓN LA LUZ**

Presentado por:

CLAUDIA PATRICIA CASTAÑO ÁNGEL

JOHANNA GRANADA SOTO

ELIANA MARÍA LÓPEZ MESA

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

Asesor:

LUIS GILBERTO GÓMEZ RESTREPO

Jurado:

DIANA PATRICIA MEJÍA ZULUAGA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2010

Dedicatoria

*A Juan Carlos,
por creer en mí,
por su apoyo incondicional, tolerancia y por su compañía constante
en este camino de formación universitaria.*

*A mis dos hijos: Laura y Juan Miguel...
por ser fuente de inspiración y amor.*

*A mi amigo, John Javier Builes...
por su afecto permanente en las encrucijadas de la vida.*

*Y a Gabriela, por supuesto,
mi abuela adorada
quien representa el inicio y el final de un ciclo.*

Claudia Patricia Castaño Ángel

Dedico este trabajo y toda mi carrera universitaria a Dios, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento, dándome las fuerzas necesarias para continuar luchado día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presentan.

Le agradezco a mi mamá, Dora Soto; a mi papá, Elkin Granada, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, fueron ellos quienes me dieron el cariño y el calor humano necesario, son los que han velado por mi salud, estudio y cuidado; es a ellos a quienes les debo la rectitud de mi camino, gracias a sus consejos y llamados de atención, los cuales, estoy segura, lo han hecho con todo el amor del mundo, para formarme como un ser integral y de los cuales me siento orgullosa.

Le agradezco a Nilton Márquez, quien además de ser mi esposo, también es mi amigo y padre de mis dos hijos: gracias a él he recibido un apoyo incondicional y he tenidos unos años de triunfos y de completa alegría.

A mi hijo adorado, Matías Márquez, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para poder terminar mi carrera y me motivó siempre. Y al bebé que llevo en mi vientre... Ustedes son siempre mi motivación.

De igual forma, a mis compañeras, con las que comparto las mismas experiencias y nos ponemos el hombro cada vez que se necesita, con sus altos y bajos y que no necesito mencionar, porque tanto ellas como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco todo el apoyo, colaboración y sobre todo, cariño y amistad, en cada etapa que pasa y viene a lo largo de estos años de estudio.

Johana Granada Soto

Dedico este trabajo a Javi, mi Ángel, quien a pesar de su partida de este mundo, desde el cielo sigue vigilante, cuidándome y alentándome en silencio, estoy segura que su espíritu estará presente el día de mi graduación; gracias a él, y a mi prima Johana Tobón, pude dar inicio a mi carrera profesional.

A mis padres Alfonso López y Amparo Mesa, ellos me dieron la vida y el consejo sabio siempre que lo necesité.

A mi abuela Ligia Gil, estoy segura que ella, desde el cielo, debe estarse sintiendo muy orgullosa de mí por ver a su nieta alcanzar este sueño.

A mis tíos Alberto, Marta y Socorro, sin su apoyo moral y material no hubiese podido alcanzado este logro.

A mis primas, Jenny y Cristina, a mi tía Luz, a Juana mi sobrina y a Juan Felipe López, su compañía y su aliento constante fueron un faro que guió y sigue guiando mi camino.

A mis amigas... Paola, Gladys, Clara y Claudia, por ser mis amigas de toda la vida y por estar conmigo en todo momento... Sus consejos y su compañía en los buenos y en los malos momentos han sido base y fundamento para seguir adelante.

A Luna (mi perra), mi compañera fiel, por aguantar mi largas ausencias en la consecución de mi carrera y recibirme siempre con un beso.

Y en general, a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron al logro de esta meta.

Eliana María López Mesa

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a Dios; a los profesores de la Institución Universitaria de Envigado por transmitirnos sus conocimientos; a la Fundación LA LUZ y a la E.S.E. CARISMA, en especial a su personal multidisciplinario del programa ambulatorio “Hospital Día”.

De igual forma, nuestra total gratitud con Luis Gilberto Restrepo, nuestro asesor de trabajo de grado, pues gracias a su orientación, acompañamiento y sabios consejos, logramos culminar con éxito nuestra tarea investigativa.

A su vez, agradecimiento mutuo entre el grupo de trabajo, pues demostramos tesón y fortaleza en este arduo, pero gratificante camino.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

<u>GLOSARIO.....</u>	<u>11</u>
<u>RESUMEN.....</u>	<u>14</u>
<u>ABSTRACT</u>	<u>15</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>16</u>
<u>1. PRESENTACIÓN</u>	<u>18</u>
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2 OBJETIVOS.....	22
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	22
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.4 DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
1.4.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.4.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	26
1.4.3 MÉTODO	26
1.4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
1.4.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	28
1.4.6 CUADRO DE CATEGORÍAS	29
1.4.7 CRONOGRAMA.....	30
1.4.8 PRESUPUESTO	31

2. MARCO DE REFERENCIA	34
2.1 ANTECEDENTES.....	34
2.1.1 LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD.....	34
2.1.2 CLASIFICACIÓN Y EFECTOS DE LAS DROGAS	37
2.1.3 LAS DROGAS EN COLOMBIA	40
2.1.4 LAS DROGAS EN MEDELLÍN	43
2.1.5 ANTECEDENTES DE LAS RECAÍDAS EN LOS PROGRAMAS AMBULATORIOS	47
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	50
2.2.1 RECAÍDA.....	50
2.2.2 ABANDONO	51
2.2.3 PREVENCIÓN DE RECAÍDA EN LA TERAPIA COGNITIVA.....	52
2.2.4 FACTORES DE RIESGO.....	52
2.2.5 FACTORES DE PROTECCIÓN	53
2.2.6 NIVELES DE PREVENCIÓN	55
2.3 MARCO TEÓRICO	56
2.3.1 COMPONENTES PRINCIPALES DE UN TRATAMIENTO EFICAZ	56
2.3.2 MODELOS DE TRATAMIENTO.....	57
2.3.3 OTROS MODELOS TERAPÉUTICOS.....	72
2.3.4 MODELO DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO AMBULATORIO	73
2.4 MARCO LEGAL.....	92
2.4.1 POLÍTICA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA	92
2.4.2 LEY 30 DE 1986	93
2.4.3 RESOLUCIÓN 1315 DE 2006.....	94
3. ASPECTOS TÉCNICOS.....	95
3.1 MODELO DE ENTREVISTA	95
3.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS	97

3.3 DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS.....	100
---	------------

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS..... 129

4.1 DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN 129

4.1.1 DINÁMICA DEL PROGRAMA AMBULATORIO.....	129
--	-----

4.1.2 FACTORES DE RECAÍDA EN LOS PROGRAMAS AMBULATORIOS.....	130
--	-----

4.1.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA Y DEL EQUIPO TERAPÉUTICO EN LAS RECAÍDAS	131
--	-----

4.1.4 FACTORES DE ABANDONO DE LOS PROGRAMAS AMBULATORIOS	132
--	-----

4.1.5 DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL PROGRAMA AMBULATORIO	132
---	-----

4.1.6 PORCENTAJE DE ABANDONO EN EL PROGRAMA AMBULATORIO	133
---	-----

4.1.7 PORCENTAJE DE RECAÍDA EN EL PROGRAMA AMBULATORIO.....	133
---	-----

4.1.8 ESTRATEGIAS PARA CONTRARRESTAR LAS RECAÍDAS O ABANDONOS DEL PROGRAMA AMBULATORIO	134
---	-----

4.1.9 COMPORTAMIENTOS QUE SE OBSERVAN ANTE UNA POSIBLE RECAÍDA O ABANDONO DEL PROGRAMA AMBULATORIO.....	135
--	-----

4.1.10 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y LAS RECAÍDAS O ABANDONOS DEL PROGRAMA AMBULATORIO.....	135
---	-----

4.2 ACCIONES DE MEJORAMIENTO FRENTE A LAS RECAÍDAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS DE LA ESE CARISMA 136

4.2.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	136
---	-----

4.2.2 IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	137
--	-----

4.2.3 MANEJO DE RECAÍDA.....	137
------------------------------	-----

4.2.4 CONTROL DE RECAÍDAS OCASIONALES.....	137
--	-----

4.2.5 LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	138
---	-----

4.2.6 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RECAÍDA O ABANDONO	139
--	-----

4.2.7 MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA EN FAMILIA	139
---	-----

4.3 ACCIONES DE MEJORAMIENTO FRENTE A LAS RECAÍDAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS DE LA FUNDACIÓN LA LUZ	140
4.2.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	140
4.3.2 IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	140
4.3.3 IDENTIFICACIÓN DE OTROS FACTORES DE RIESGO	142
4.3.4 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO VINCULADOS CON EL CONTEXTO....	143
4.3.5 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO VINCULADOS CON EL CONTEXTO MACROSOCIAL	144
4.3.6 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ÁMBITO FAMILIAR.....	144
4.3.7 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL GRUPO DE AMIGOS	145
4.3.8 PASOS PARA IDENTIFICAR UNA RECAÍDA.....	146
4.3.9 MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA EN FAMILIA	149
<u>5. CONCLUSIONES</u>	<u>150</u>
<u>6. RECOMENDACIÓN</u>	<u>154</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>156</u>

GLOSARIO

ABANDONO PROGRAMA AMBULATORIO: Implica la renuncia voluntaria, intencional y absoluta al programa psicoterapéutico o farmacológico al cual está sometido un paciente por causa de su adicción a sustancias psicoactivas por factores tanto endógenos como exógenos.

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

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

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

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

DEPENDENCIA: Es una de las formas de consumir drogas. Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado a los últimos peldaños de una escalera que se ha comenzado a subir mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y

por diversos motivos los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona.

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

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

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

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

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

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

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

PROGRAMA AMBULATORIO: Programa no residencial que implica el tratamiento para el abandono y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el que se trabaja con el paciente y su familia mediante técnicas de motivación, seguimiento y, en ciertos casos, apoyo farmacológico.

RECAÍDA: Reincidir en una conducta adictiva en el consumo de sustancias psicoactivas.

SUSTANCIAS LÍCITAS: Son sustancias de consumo no penalizado.

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

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito elaborar un análisis comparativo sobre la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ. El tipo de investigación que pretende implementarse corresponde al enfoque cualitativo. Según este enfoque, lo que se busca es llevar a cabo un proceso de construcción de conocimiento basado en la observación del programa ambulatorio y la concepción que en éste se tiene de las recaídas y abandonos de los pacientes de dichas instituciones, proceso inscrito en un espacio de participación discursiva, argumentativa y crítica que exige una acción comunicativa a partir de las vivencias de los grupos humanos y que intenta reconstruir el sentido oculto de una serie de dinámicas sociales.

Palabras clave: recaída – abandono – programa ambulatorio – farmacodependencia – droga ilícita.

ABSTRACT

This research aims to develop a comparative analysis on the design of relapses and dropouts from outpatient program of the ESE CARISMA and LIGHT FOUNDATION. The type of research that aims implemented for the qualitative approach. Under this approach, what is sought is to carry out a process of construction of knowledge based on observation of the outpatient program and the conception that it is of relapse and dropout of patients in these institutions, enrolled in a process space discursive participation, critical arguments and communicative action is required from the experiences of human groups and that attempts to reconstruct the hidden meaning of a set of social dynamics.

Key words: relapse - abandonment - outpatient program - drug - illicit drug.

INTRODUCCIÓN

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

Las drogas, y en especial, las ilícitas, se han convertido en parte de la cotidianidad del mundo contemporáneo; a su vez, el consumo de cigarrillo y alcohol, cada vez se convierte en un fenómeno más apremiante para la salud pública de los países; y sobre todo, el consumo desmesurado de sustancias psicoactivas se ha transformado en una problemática de una dimensión inconmensurable, debido a que el número de consumidores va en aumento a pesar de la existencia de programas y estrategias que apuntan a la disminución de los efectos de este fenómeno.

Esta es una realidad, por tanto, que acompaña las dinámicas internas y externas de los consumidores de sustancias psicoactivas, y en especial, de aquellas población consumidora que ya ha desarrollado un comportamiento de tipo adictivo, en quien la ansiedad y la necesidad de consumir ha dejado de ser

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

un aliciente para satisfacer una necesidad interna, y se ha convertido en un verdadero problema para su vida.

Hoy, la sociedad, a través de diversas instancias e instituciones, le ofrece a estos consumidores, alternativas, estrategias y acciones contundentes encaminadas a superar su problemática de drogas. Precisamente, la presente investigación se centra en una de esas estrategias: los denominados programas ambulatorios, instrumentos que procuran la implementación de herramientas para ayudar al adicto a su superar su problemática de consumo.

Sin embargo, este estudio no se queda en la simple conceptualización descriptiva del modelo de intervención ambulatorio: centra su atención, sobre todo, en los fenómenos de las recaídas y abandonos de los pacientes de estos programas, y para analizar específicamente esta situación, se propone en este estudio un análisis comparativo sobre las circunstancias, factores y causas que dan lugar a la recaída y abandono dentro del programa ambulatorio en instituciones como la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ, entidades éstas cuyo objeto social es ofrecer alternativas de recuperación para el adicto a las sustancias psicoactivas, sean éstas o no ilícitas.

De esta manera, los hallazgos y conclusiones de este estudio apuntan al establecimiento de comparaciones que procuren servir de punto de apoyo para la identificación de patrones desde los cuales se pueda trabajar en el programa ambulatorio de ambas instituciones en la minimización de las condiciones que dan lugar al abandono o recaída de dicho programa.

1. PRESENTACIÓN

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

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

Por ejemplo, “cerca de 200 millones de personas, lo que representa el 5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, han usado drogas en los últimos 12 meses y el 0,6% de la misma población, estimada en 25 millones de personas, presentan consumo de las que se han denominado drogas problemáticas, dentro de las cuales ocupa el primer lugar la heroína y el segundo lugar la cocaína”².

Ante esta situación, aparecen diversas propuestas de tratamiento psicológico que se han planteado con el objeto de tratar a quienes son considerados como farmacodependientes, estrategias que van desde tratamientos de carácter conductista, pasando por terapias gestálticas y psicoanalíticas, hasta el mismo uso de fármacos que evitan cierto tipo de comportamientos adictivos. Aunque los programas de intervención terapéuticos, han intentado contrarrestar el

² Ibid. p. 15.

problema a través de variados enfoques, aquellos carecen de una evaluación de su efectividad y una recolección sistemática de la información, por los altos porcentajes de recaída y de abandono que estos aun presentan en la actualidad durante y después del tratamiento terapéutico.

Precisamente, uno de esos modelos corresponde al tipo de tratamiento denominado ambulatorio, el cual corresponde a un modelo de intervención en el cual los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. En este modelo se incluyen intervenciones médicas, cognitivo conductuales, sistémicas, grupos de autoayuda y de orientación social, cuya finalidad se basa en brindar un conjunto de intervenciones que permitan a los pacientes encontrar respuesta a sus requerimientos de cambio.

Sin embargo, a pesar de las ventajas que ofrece este modelo ambulatorio, también posee algunas desventajas, especialmente aquellas que tienen que ver con las recaídas y abandonos del tratamiento por parte de los pacientes que acuden al mismo, lo que hace necesario y pertinente, no sólo indagar por las causas que dan lugar a ello, sino también, proponer estrategias de acción direccionadas a evitar que se sigan presentando tales situaciones.

Precisamente, esta investigación se centra en estudiar y analizar el tema de las recaídas y abandonos en los programas ambulatorios de intervención terapéutica en el contexto de la farmacodependencia; sin embargo, realizar dicho abordaje en términos generales resultaría bastante pretencioso, por lo cual, para la determinación de nuestro objeto de estudio se ha establecido entrar a considerar dichas dificultades presentadas en este modelo teniendo como punto de referencia la implementación que de éstos se ha hecho en instituciones como la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ. En este

sentido, el objetivo principal de esta investigación se centra en elaborar un análisis comparativo sobre la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

Lo anterior, hace necesario desarrollar estrategias de fortalecimiento del modelo terapéutico ambulatorio, tanto en la E.S.E. CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ, a partir de una investigación en los diferentes tratamientos en farmacodependencia y su eficacia; ya que, como se mencionó anteriormente, el problema del consumo de drogas constituye, en esta década, una de las principales preocupaciones de la sociedad actual y a pesar del alto empleo de recursos humanos y monetarios en su control, las formas de tratamiento no han sido adecuadamente evaluadas, por lo tanto se desconoce su eficacia.

De acuerdo con la problemática anteriormente planteada, para este estudio se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ?

Ahora bien, para responder este interrogante, también se hace necesario dar contestación a otros cuestionamientos que permitirán delinear el camino investigativo de este estudio:

- ¿Qué elementos teóricos desde la psicología permiten un mayor conocimiento de los diferentes componentes y modelos terapéuticos de las adicciones?
- ¿Cuál es abordaje práctico que se le ha dado al tema de las recaídas y abandonos en el programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ?

- ¿Qué tipo de acciones de mejoramiento se pueden implementar para minimizar los factores que dan lugar a las recaídas y abandonos en el programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Elaborar un análisis comparativo sobre la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los elementos teóricos de la psicología que permitan un mayor conocimiento de los diferentes componentes y modelos terapéuticos de las adicciones.
- Desarrollar un trabajo de campo que permita conocer el abordaje y tratamiento que se le ha dado al tema de las recaídas y abandonos en el programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.
- Sugerir acciones de mejoramiento en factores de recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, existen múltiples estrategias de acción para tratar, institucionalmente, el problema de la farmacodependencia; una de esas estrategias corresponde a los programas ambulatorios, instrumentos de acción que no institucionalizan al paciente, sino, que por el contrario, le ofrecen a éste un ambiente de compromiso, pero a su vez, que aprovecha las ventajas y condiciones que conlleva no separarlo totalmente de su entorno familiar y social, y cuyos resultados van acompañados, si bien de la incertidumbre propia de este tipo de tratamientos, no por ello no dejan de percibirse situaciones positivas y de recuperación.

En este sentido, la presente investigación apunta al desarrollo de estrategias de evaluación del programa ambulatorio de la ESE CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ; y es que es de suma importancia desarrollar programas de evaluación en los centros de rehabilitación, que permitan conocer la efectividad de los procedimientos y técnicas utilizadas; los avances del programa, los obstáculos y fortalezas para construir una información progresiva de manera utilizable.

Las investigaciones en drogo-dependencia en cuanto a la efectividad de los tratamientos funda sus estudios en un adecuado seguimiento. Una de las preocupaciones en la actualidad es poder estipular la efectividad de los programas y eficacia de las terapéuticas, además analizar las consecuencias de lo anterior en los pacientes. Es por esto que es de suma importancia realizar estudios con criterios que se adecúen y a la vez, sean utilizados como mecanismos propios de estos modelos terapéuticos que permitan apreciar la garantía del tratamiento.

Así mismo, esta investigación ofrece pautas para la evaluación de procesos terapéuticos que muestren la mejoría de los pacientes, y de las respuestas que éste pueda dar al tratamiento, e igualmente de la conducta del mismo durante y después de terminada la terapia.

Esta investigación realiza un importante aporte a la problemática de la farmacodependencia, ya que propone fortalecer los tratamientos en las comunidades terapéuticas, buscando reducir los altos índices de recaídas y abandonos que se suscitan a lo largo del proceso de recuperación en los tratamientos ambulatorios de los centros de rehabilitación.

1.4 DISEÑO METODOLÓGICO

1.4.1 Enfoque de la investigación

Según el enfoque cualitativo, lo que se busca es llevar a cabo un proceso de construcción de conocimiento basado en la observación del programa ambulatorio y la concepción que en éste se tiene de las recaídas y abandonos de los pacientes de dichas instituciones, proceso inscrito en un espacio de participación discursiva, argumentativa y crítica que exige una acción comunicativa a partir de las vivencias de los grupos humanos y que intenta reconstruir el sentido oculto de una serie de dinámicas sociales.

En el contexto de la investigación cualitativa, la misión consiste en averiguar lo que se puede verificar e interpretar, no toda afirmación es verificable (tal como es el caso de los fenómenos y conceptos sobrenaturales). Sin embargo, son más los enunciados verificables que aquellos que no permiten su comprobación: de ahí la riqueza de la ciencia; a pesar de esto, mientras un enunciado no se verifique éste sólo debe ser catalogado como hipótesis. Pero no sólo la epistemología es necesaria para constituir un verdadero conocimiento científico en torno al objeto de estudio mencionado; también se debe tener en cuenta el camino por el cual se accede a dicho conocimiento: ya sea una vía cualitativa o cuantitativa; la elección de alguno de estos dos caminos, no depende del gusto del investigador, sino de las intenciones y objetivos trazados por el mismo.

Po tanto, la importancia del enfoque cualitativo que aquí se presente radica en su pertinencia para el análisis de problemáticas o fenómenos atinentes al campo científico de las ciencias sociales, en este caso en particular, para realizar las respectivas valoraciones y cualificaciones conceptuales de los

fenómenos de recaída y abandono en el programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

1.4.2 Nivel de la investigación

Esta iniciativa investigativa se desarrolla desde una perspectiva interpretativa; en el caso específico de la investigación cualitativa, se recurre a las vivencias de los grupos humanos de profesionales que conforman el equipo terapéutico constituyente del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ, partiendo de la descripción de éstos (planteando interrogantes generales que orienten las primeras aproximaciones al grupo humano y que luego, a través de un proceso de abstracción, dé lugar a argumentos elaborados, productos de la crítica y la autorreflexión), luego han de interpretarse las observaciones realizadas (mediante la reconstrucción teórica de las hipótesis identificadas y el planteamiento, replanteamiento de relaciones y su búsqueda de constatación); y por último, construir sentido a través de teorías (enfocadas en una comprensión global, desligando lo empírico de lo que es paradigmático, semántico y pragmático).

Desde esta perspectiva, se implementan instrumentos de recolección de información, en especial, el método de la entrevista, herramientas ésta que procura puntos de vista y valoraciones conceptuales que pueden ser cruzadas y analizadas en virtud de los objetivos planteados y de interpretar los contenidos de información obtenidos en el proceso de investigación.

1.4.3 Método

El método empleado para investigación corresponde al etnográfico-hermenéutico; de acuerdo con éste, se entra en un contacto directo con la población objetivo; en este sentido, se trabajó directamente con el personal profesional encargado del programa ambulatorio, tanto de la ESE CARISMA

como de la FUNDACIÓN LA LUZ; dicho contacto se realizó a través de entrevistas, a través de las cuales se buscó en primera instancia, describir la estructura de dicho programa, y luego, conocer los aspectos y factores que daban lugar a los fenómenos de recaída y abandono de este programa. Desde una perspectiva hermenéutica, la información obtenida fue sometida a un proceso de interpretación, para la cual se tuvo como referencia los diferentes elementos teóricos formulados y desarrollados a lo largo de este estudio.

En este sentido, se buscó describir la dinámica del programa ambulatorio, tanto en la E.S.E. CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ; y en segunda instancia, comparar los factores que dan lugar, tanto a las recaídas como a los abandonos de los sujetos pertenecientes a dicho programa.

1.4.4 Población y muestra

La población de esta investigación corresponde al personal encargado del programa ambulatorio (también denominado hospital día), tanto de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ; sin embargo, indirectamente los resultados pueden recaer en los beneficiarios del programa, pues los hallazgos y recomendaciones a que dé lugar el estudio pueden procurar una reducción en los índices de abandono o recaída.

Por su parte, se ha tomado como muestra a cuatro (4) miembros del equipo profesional relacionado con los programas ambulatorios de cada una de las instituciones que hacen parte de este estudio. Específicamente, la muestra es la siguiente:

ESE CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
<ul style="list-style-type: none"> • Operador calificado. • Trabajador social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director nacional de tratamiento. • Operador terapéutico.

<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatra. • Coordinador del programa ambulatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Director terapéutico.
--	---

1.4.5 Técnicas de investigación

La aplicación de técnicas específicas en la investigación cualitativa se caracteriza por ser éste un proceso que no se hace de manera rígida o mecánica. Específicamente, para este estudio se hizo uso del método de la entrevista a profundidad.

Según Guillermo Briones³, el método de la entrevista es una técnica destinada a recoger, procesar y analizar informaciones que dan individuos o grupos de personas y que por su naturaleza puede cubrir un espectro de usos y propósitos de estudio bastante amplios. Por lo general, las entrevistas están basadas en cuestionarios previamente determinados, aunque no por ello se descarta la improvisación de interrogantes, lo que proporciona una mayor amplitud temática de abordaje.

Las entrevistas pueden ser de carácter descriptivo (cuando tienen por finalidad mostrar la distribución de los fenómenos estudiados), explicativos (buscan la explicación de un fenómeno estudiado), seccionales (pretenden estudiar los objetivos propuestos en el proyecto de investigación en una determinada población) o longitudinales (estudian uno o más fenómenos en el tiempo o en un determinado periodo).

Para este estudio, se aplicarán entrevistas, tipo seccional que buscarán, sobre todo, ahondar en la determinación de la concepción existente de recaídas y

³ BRIONES, Guillermo. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. México: Trillas, 1987. p. 49.

abandonos en los programas ambulatorios de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ (según objetivos del proyecto de investigación); dichas entrevistas estarán dirigidas al personal encargado del mencionado programa, cuyas respuestas permitirán elaborar el estado del arte sobre la problemática en cuestión.

1.4.6 Cuadro de categorías

Categoría dimensión	Definición	Descriptor	Ítem	Técnica
Identificación	Se refiere a todos los aspectos básicos del funcionamiento social y personal del usuario	- Edad - Género - Nivel socio-económico	-Verificación documento de identidad. - Tarjeta identidad, - cedula de ciudadanía -Cuenta de servicios	Registro en el diario de campo
Funcionamiento del programa	Se referirá básicamente al modo de ejecución y control de las actividades	- Eficiencia: la optimización de medios o recursos para cumplir con los objetivos - Eficacia: exactitud y excelencia del cumplimiento de objetivos	Comportamiento del programa de acuerdo a la formula: E=eficacia eficiencia	Entrevista semiestructurada, análisis de la discusión grupal, análisis de testimonios y observación
Recaídas	Índice de consumo de un usuario	- Regreso al consumo - Retroceso	Reportes del sujeto, la familia y el	Observación Entrevista Diario de campo

	del servicio en el que no ha llegado a la conclusión del tratamiento	del proceso - Pérdida de identificación o pertenencia al proceso	equipo terapéutico	Visitas domiciliarias Y otras Evaluación comportamiento
Abandonos	se refiere a la deserción o decisión del usuario de retiro del proceso	Decisión voluntaria y libre de retiro del proceso	Evaluación del proceso y de los objetivos que el usuario hace el tratamiento	Entrevista Retroalimentación cualitativa del proceso
Duración	Historial de consumo Tiempo de tratamiento y en el tratamiento Tiempo de recaída Tiempo de abandono			

1.4.7 Cronograma

Actividades 2009	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Elección del tema de investigación	X					
Planteamiento del problema		X				
Estructuración de la propuesta		X	X			
Presentación del anteproyecto				X		
Ajustes del anteproyecto				X	X	
Aprobación del anteproyecto					X	
Revisión bibliográfica		X	X	X	X	X
Realización marco referencial					X	X
Asesorías	X	X	X	X	X	X

Actividades 2010	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Asesorías	X	X	X	X		
Ajustes marco referencial	X	X				
Diseño y ajuste de instrumentos		X				
Desarrollo de entrevistas			X			
Procesamiento de la información			X			
Análisis de la información			X	X		
Conclusiones y recomendaciones			X	X		
Aprobación asesor				X		
Presentación a jurados				X		
Ajustes jurados					X	X
Sustentación / Socialización						X

1.4.8 Presupuesto

Presupuesto global

Rubros	Valor en pesos			Total
	Estudiantes	IUE	Externa	
Material y suministros	\$ 82.500			\$82.5000
Salidas de campo	\$ 135.000			\$135.000
Equipos-Otros	\$ 130.000			\$130.000
Total	\$347.500			\$347.500

Descripción de materiales y suministros

Material	Fuentes			Total
	Estudiantes	IUE	Externa	
Resma Hojas	\$ 10.000			\$ 12.000
Cd	\$2.500			
Cartucho Impresora	\$ 70.000			\$ 50.000
Total	\$ 82.5000			\$82.5000

Descripción de las salidas de campo

Salidas de campo	Fuentes			Total
	Estudiantes	IUE	Externa	
Visita a la fundación la luz	\$50.000			\$50.000
Visita a hogares Claret	\$20.000			\$20.000
Visita a Bibliotecas Universitarias	\$50.000			\$50.000
Visita a N.A	\$15.000			\$15.000
Total	\$135.000			\$135.000

Descripción Equipos

Equipos	Fuentes			Total
	Estudiantes	IUE	Externa	
Comunicación por red	\$10.000			\$10.000
Total	\$10.000			\$10.000

Descripción otros

Otros	Fuentes			Total
	Estudiantes	IUE	Externa	
Internet	\$ 50.000			\$ 50.000
Fotocopias	\$ 50.000			\$50.000
Argollada y empastada	\$ 20.000			\$20.000
Total	\$120.000			\$120.000

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Las drogas en la sociedad

Las drogas y su uso siempre han estado presentes en la historia del hombre, han tenido gran importancia en el desarrollo de las sociedades. Han sido utilizadas de muchas formas por el hombre; por ejemplo, en las sociedades primitivas las utilizaban para comprender la razón de ser del universo, mediante el consumo de dichas sustancias alteraban su conciencia y podían escapar de la realidad mediante rituales chamánicos médicos y también eran utilizados como medios para predecir el futuro; el uso de estas sustancias estaba absolutamente supeditado a los rituales y era supervisado por los jefes de la misma.

Se puede afirmar que hoy los hombres están alienados por la cultura de las drogas, ya que la rutina diaria esta acompañada al despertar en las mañanas donde el *café* se convierte en el complemento ideal para comenzar el día, en el transcurso de este no pueden faltar los *medicamentos* habituales para el dolor de cabeza, la gripe entre otros malestares ocasionados por la forma de vida en las sociedades modernas y al finalizar el día para muchas personas los *somníferos* o el *licor* son un recurso para descansar y olvidar sus problemas. Todas estas sustancias afectan directamente el sistema nervioso central y son esencialmente utilizadas por costumbre, o para calmar los dolores cotidianos.

Es alarmante el incremento en los últimos años en todo el mundo del uso de drogas y todos los problemas asociados a este. Los estudios epidemiológicos y otros indicadores de los últimos años han mostrado el incremento de personas

que buscan tratamientos de rehabilitación, de casos extremos de intoxicación de drogas y las tasas en aumento de personas que han muerto por problemas asociados a estas.

“Según estimativos de las Naciones Unidas y de otros organismos, cerca de 180 millones de personas consumen marihuana: más de 13 millones de personas consumen regularmente cocaína, y alrededor de 8 millones de personas son adictos a la heroína. Los estimulantes anfetamínicos, como el llamado éxtasis, registran el mayor incremento reciente en el consumo, que parece haberse triplicado con respecto a las cifras reportadas a comienzos de los años noventa. Según estimativos, cerca de 30 millones de personas consumen estimulantes anfetamínicos”⁴.

Otro hecho que se destaca es que a pesar de que en América Latina la producción de cocaína ha estado disminuyendo, como resultado de la acción antidrogas de los países del área andina con ayuda de los Estados Unidos, lo mismo no puede decirse del consumo.

Por su parte, *“el aumento global en el consumo de drogas sintéticas como el éxtasis y el continuo impacto social del uso de la cocaína y opiáceos son algunos de los problemas puntuales que se reflejan en el último informe de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la prevención del Crimen (ODCCP)”⁵.*

⁴ POSADA SÁNCHEZ, Augusto. Proyecto de ley “por la cual se autoriza la creación de un fondo cuenta de la prevención nacional para adicciones en la infancia y adolescencia (FPNAIA) y se destinan recursos para su funcionamiento”. En Internet: http://www.gobiernobogota.gov.co/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=725&Itemid=46 [Consultado en enero de 2010].

⁵ BBC MUNDO. ONU: consumo en aumento. En Internet: http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/specials/2003/drogas_-_el_problema_del_consumo/newsid_3121000/3121459.stm [Consultado en enero de 2010].

Las principales tendencias en cuanto al consumo de drogas ilícitas en los últimos años indudablemente van en aumento pues los estudios realizados en años anteriores muestran resultados muy inferiores a los estudios más recientes y actuales.

“Hubo un aumento del 11% para todas las drogas. El mayor incremento fue con respecto al éxtasis que subió 71% en comparación con el período 95-98 y anfetaminas que aumentó 42%, después sigue el cannabis (marihuana) que aumento 13%, opiáceos 10% y cocaína 1%”⁶.

En la realidad los esfuerzos que se hacen por erradicar la droga solo se centran en combatir la producción y distribución sin tener en cuenta que el problema lo deben tratar y contrarrestar desde perspectivas diferentes, ya que son tres los componentes principales del fenómeno: la producción, el tráfico y la demanda.

Este fenómeno debe ser afrontado con estrategias encaminadas a la solución de estos tres ejes, que indudablemente están destruyendo la vida económica, social y psíquica de los consumidores en el mundo.

El tema coyuntural que se ha descuidado es el del consumo en los lugares más importantes donde se produce la droga, porque al parecer no era un problema significativo en el pasado, los países latinoamericanos registran altas tasas de consumo, lo que ha llevado a que deje de ser solo un problema social para convertirse en un problema de salud pública, ya que está afectando el desarrollo social, educativo y económico.

⁶ Ibid. p. 1.

La población que se ha visto más afectada es la joven, que hoy presenta gran aumento de consumidores y afecta notablemente el desarrollo de las sociedades. Situación que cada día es más preocupante para los países en los cuales la población se ve dramáticamente afectada.

2.1.2 Clasificación y efectos de las drogas

“Droga es el nombre genérico que se ha impuesto para nombrar ciertas sustancias que estimulan el Sistema Nervioso Central, también conocida entre otros con los nombres de alucinógenos, psicoactivos, psicotrópicos, estupefacientes y narcóticos”⁷.

De acuerdo con el grado de peligrosidad de las drogas, la Organización Mundial de la Salud (OMS.) las ha clasificado en dos grupos⁸: en el primer grupo están las drogas de más alta peligrosidad, las que más daño causan en el organismo:

- Las drogas que crean dependencia física, o sea, aquellas que después de iniciar su consumo, el organismo las necesita para vivir.
- Las que crean dependencia con mayor rapidez ya sea física y también psicológica.
- Las que poseen mayor grado de toxicidad, o sea, de veneno.

En el segundo grupo están las drogas menos peligrosas sin que esto quiera decir que no lo son:

- Las que crean dependencia psicológica, o sea, aquellas drogas o sustancias que son usadas por individuos que creen que con su consumo van a ser más aceptados en el grupo social al que pertenecen.
- Las que crean dependencia con menor rapidez, así por ejemplo, el alcohol.

⁷ SALAZAR, Alonso. La Cola del Lagarto: Droga Y Narcotráfico En La Sociedad Colombiana. Medellín. Corporación Región. 1998. P.12

⁸ COMFAMA. Curso de Prevención de la Farmacodependencia. DUX. Colombia. 1987. p.20

- Las que poseen menor toxicidad o veneno.

Las drogas ejercen diferentes acciones en el organismo. De acuerdo con esto, las drogas de abuso se clasifican en: drogas depresoras, estimulantes y alucinógenas.

1. Drogas Depresoras. Se llaman drogas depresoras porque actúan dentro del organismo humano como depresoras, vuelven lento al individuo, lo tranquilizan y según la dosis, pueden desde calmarlo hasta causar anestesia general, coma y muerte, por parálisis del centro respiratorio. Las drogas depresoras más comunes :

- Los opiáceos y opioides con sus derivados, morfina y heroína.
- Los barbitúricos que son utilizados para dormir.
- Los hipnóticos no barbitúricos que causan efectos sedantes e hipnóticos.
- Los tranquilizantes menores.
- Los inhalantes y sus derivados, sustancias que alteran el sistema nervioso.

2. Drogas Estimulantes. Se llaman estimulantes porque ayudan a mantener activo a quien las consuma y le dan mayor capacidad de resistencia. Entre las más conocidas encontramos:

- La Anfetaminas: Su consumo se ha extendido porque se ha usado como anoréxico, o sea para disminuir el apetito.
- La cocaína y el basuco: Sustancias extraídas de las hojas de coca.
- Existen otras sustancias cuyo uso es muy difundido, son estimulantes porque activan el sistema nervioso central y producen dependencia. Por ejemplo, el tabaco y el café.

3. Drogas Alucinógenas. Los alucinógenos son aquellas sustancias que producen confusión en quien las consume. Estas drogas hacen que el individuo no tenga claridad sobre lo que ve, lo que siente y lo que oye y tampoco hay un orden en sus ideas. Entre las más conocidas:

- Hongos y cactus.
- Marihuana con su derivado el hachís.
- L.S.D. ácido lisérgico.

Existen diferentes formas de consumirlas y su clasificación es la siguiente:

1. Intravenosa: la droga es consumida utilizando jeringuillas y se disuelve con agua.
2. Humo: normalmente la droga es mezclada con tabaco y fumada en forma de cigarrillo o pipa, los pulmones son la puerta de entrada de la sustancia al sistema nervioso.
3. Ingestión: el consumidor ingiere pastillas, cápsulas, jarabes y líquidos.
4. Piel: la droga es asimilada a través de parches cutáneos, es un método minoritario pero es utilizado.
5. Esnifar: el narcótico se encuentra en estado cristalino, a modo de polvo, o también a modo de gas y se aspira por las fosas nasales.

La división más conocida de las drogas es la que se hace de drogas legales e ilegales. Estas estipulan cuales son las sustancias con las que la sociedad es permisiva y aquellas cuyo tráfico y consumo es penalizado por la ley.

La sociología plantea que cada sociedad según su contexto crea sus propias leyes con relación a su historia, sus tradiciones y su organización sociopolítica. Lo que supone que la clasificación de las drogas legales e ilegales no sea

válido para todas las sociedades, ya que los criterios jurídicos penales no son iguales para todos los países.

2.1.3 Las drogas en Colombia

Múltiples autores han intentado explicar la aparición de Colombia en el contexto de las drogas, primero fue reconocido como uno de los más importantes productores y traficantes de marihuana, después como procesador y traficante de cocaína y en los últimos años como productor, procesador y traficante de marihuana, cocaína y heroína.

Entre las décadas de los 30 y 70 Colombia presenció un acelerado desarrollo económico, social e industrial donde no solo se pasó de una sociedad radicalmente rural a una urbana, sino que también se lograron muchos cambios en el estándar de vida de los colombianos. No se erradicó totalmente la pobreza pero se debe reconocer que se mejoró un poco la calidad de vida.

Y es precisamente en esta transformación donde la violencia política y social desencaminó la capacidad del Estado para confrontarla, por tal motivo perdió legitimidad como mediador y conductor del país.

Es justo en este contexto donde nace y se desenvuelve el fenómeno de las drogas en el país, un estado visiblemente debilitado tiene que afrontar diferentes grupos que se aprovechan de esta situación para usar la corrupción y la violencia como instrumentos lucrativos incursionando en el negocio del narcotráfico.

“Otros factores que contribuyeron a la aparición del país en el contexto mundial de las drogas fue su localización geográfica y las condiciones climáticas y agro-

*ecológicas, así como la tradición de una cultura del contrabando que floreció durante muchos años en el país*⁹.

La historia del tráfico de drogas en Colombia empieza hace aproximadamente 40 años. La producción de drogas en el país puede decirse que se remonta hasta las épocas pre-coloniales, al igual que en muchos países latinoamericanos. Y es que el surgimiento se presenta cuando *“las plantas autóctonas eran utilizadas en ceremonias tradicionales y para propósitos medicinales”*¹⁰. A la aparición de las drogas en los años 60 y 70 en América Latina puede sumársele el aumento del consumo en Estados Unidos y los países Europeos lo que generó una gran demanda que llevó a que diferentes grupos se interesaran y vieran en este, un negocio lucrativo en el cual podían invertir, convirtiendo a América Latina en un centro ideal para la inversión extranjera y local, que estimularon la producción de grandes cantidades de estupefacientes para el consumo en estos países

El gobierno colombiano al enfrentarse al crecimiento de esta industria y apoyado por otros países emprendió una estrategia de lucha anti-drogas, esta situación provocó gran impacto en los traficantes que inmediatamente respondieron con la conformación de carteles, que les ayudó a posicionarse y consolidar su poder.

Durante los años 80 y principios de los 90, pueden atribuírsele a los carteles la gran cantidad de asesinatos, atentados y ataques violentos en diferentes

⁹ CICAD - COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. Plan Nacional de Lucha contra las Drogas: Colombia 1998 – 2002. En Internet: http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/ESP/planes_nacionales/colombia.pdf [Consultado en enero de 2010].

¹⁰ DERECHOS HUMAN RIGHTS. Consecuencias del Plan Colombia en Ecuador. En Internet: <http://www.derechos.net/cedhu/plancolombia/consecuenciasEcuador.html> [Consultado en enero de 2010].

ciudades del país que iban dirigidos muchas veces hacia el gobierno, las otras veces contra carteles rivales o personas influyentes en el ámbito económico del país. *“Mientras la influencia de la droga se infiltraba en esferas políticas, sociales, culturales y económicas de la sociedad, los carteles de la droga empezaron a financiar a grupos paramilitares y guerrilleros, a apoyar a políticos y a importantes grupos de liderazgo en Colombia”*¹¹.

El conflicto, la violencia y las múltiples connotaciones que esta realidad implicaban se agudizaban cada vez más en la región e involucraban principalmente a una población joven de bajos recursos que era, por así decirlo, la cara visible del problema, pues la otra estaba escondida detrás de la fachada de la violencia y la intimidación que estos jóvenes impartían.

Si bien hoy Colombia es uno de los principales productores de drogas ilícitas, según varios estudios también el incremento del consumo resulta preocupante. Esto a generado la intervención de países como Estados Unidos que se han preocupado por implementar estrategias para combatir la producción, reflejas en políticas como el Plan Colombia

Estados Unidos lidera y adelanta una alianza contra las drogas entre países productores de América Latina y países consumidores; es el país más preocupado por el tema y el que más estrategias ha propuesto apoyándolas con gran inversión de dinero; dado que el fenómeno del narcotráfico le genera un gran problema económico: la fuga de capital a causa del negocios es uno de los elementos que ha dado base al montaje de su política antidrogas.

¹¹ Ibid. p. 1.

Colombia participa activamente en esta alianza internacional y de la mano de Estado Unidos es uno de los principales países a nivel mundial que lidera la lucha contra las drogas, los carteles y el narcotráfico. Esto se ve reflejado directamente en el Plan Colombia, que es un plan principalmente de ayuda militar al gobierno colombiano por parte de los Estados Unidos, su propósito es contribuir al desarrollo de Colombia a través de la lucha contra el narcotráfico.

El fenómeno hoy no solo se resume en la producción de droga en el país y la distribución de esta a nivel mundial, el aumento del consumo en poblaciones altamente vulnerables, afectadas principalmente por las dificultades sociales, económicas y políticas del país deben ser también un problema relevante, para tratar en la agenda de los dirigentes.

“Un documento del Ministerio de la Protección Social, entidad a cargo de políticas para reducir el consumo, señala que en Colombia, como en el resto del mundo, el abuso de drogas es mayor en los jóvenes, en los hombres, en los desempleados, en grupos marginados”¹².

Este documento explica que la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia, citando los más recientes estudios de 1996 y 2001. A la marihuana le siguen la cocaína, la heroína y el éxtasis, en orden de mayor consumo, según las estadísticas.

2.1.4 Las drogas en Medellín

Las drogas en el contexto de Medellín empiezan a aparecer con mas claridad y pleno auge en la década de los 80 cuando, en todo el país se agudiza el

¹² LATORRE, Héctor. Colombia: ¿productor y consumidor? En Internet: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/drogasel_problema_del_consumo/newsid_3113000/3113809.stm [Consultado en enero de 2010].

fenómeno de los carteles siendo el de Medellín el principal y el de mayor reconocimiento mundial; a raíz de esta coyuntura nace en la ciudad el fenómeno del sicariato donde los jóvenes de las zonas periféricas y más abandonadas de la ciudad son los directamente involucrados por este fenómeno, por medio del cual encontraban la manera de satisfacer sus necesidades básicas y comenzar una nueva vida ostentosa; estos jóvenes al ingresar a este mundo de carteles donde la fuente principal del dinero provenía de las drogas se vieron entonces no solo contagiados por una cultura de muerte y tráfico de drogas sino también por el consumo y adicción a estas.

“Antes de ser famosa en el mundo por el tráfico de cocaína, Medellín era un gran centro industrial en Colombia. Fundada en el siglo XVII, Medellín creció como centro dedicado a un comercio de droga diferente: el café”¹³.

Fue en Medellín, precisamente en la ciudad del país en la cual el fenómeno del sicariato logró consolidarse, tomó más fuerza y fue el más reconocido por su supuesta efectividad y organización.

Alonso Salazar¹⁴, plantea una hipótesis sobre cuáles serían las causas principales por las cuales el fenómeno del sicariato tomó tanta fuerza en la sociedad paisa, explica que la cultura paisa siempre ha estado caracterizada por ser una cultura de colonización y convivencia. *“Es una cultura estructurada para abrir tierras, para conseguir plata, o en fin para hacer lucro”¹⁵.*

¹³ GRISWOLD, Eliza. Medellín crónica de una guerra. En Internet: http://nationalgeographic.abril.uol.com.br/edicoes/0503/reportagens/0503_medelin.html [Consultado en enero de 2010].

¹⁴ SALAZAR, Alonso. No nacimos pa' semilla. Bogotá: Corporación Región. CINEP, 1990. p. 194.

¹⁵ Ibid. p. 195.

Salazar la caracteriza también como una cultura arraigada y vital, que no pudo ser una cultura urbana sólida, ni una cultura para la convivencia dotada de identidad ciudadana. Expone que Medellín es un “conglomerado urbano que no ha podido ser ciudad”, que es más bien una colcha descosida de culturas pueblerinas.

“La clase dirigente de Medellín no fue capaz para entonces de construir una cultura de convivencia con un proyecto de modernidad que lograra integrar la sociedad en busca de fines comunes. Esta clase se centró en la apertura de nuevos frentes económicos. Con el surgimiento de la lógica del modelo de desarrollo el resultado fue una ciudad más parcelada y diseminada ya que en la ciudad hay ciudades: norte y sur, laderas y valle”¹⁶.

En Colombia se puede hablar de una doble vía de educación y formación ética-personal. Una formal: la de la escuela, la iglesia, el catecismo y la cartilla de cívica, las normas, la conducta, el amor al prójimo; y otra que al parecer es más efectiva: la de la cotidianidad. Donde parecen ser contrariadas y aprobadas las acciones buenas.

Nuestra cultura ha estado siempre enmarcada en un ideal de progreso y esto ha condicionado desde muchas décadas atrás la mentalidad de los paisas, nuestros objetivos siempre han sido elevados y nunca se ha influenciado o determinado a los individuos sobre la forma de cómo lograr estos objetivos, por esto las vías ilegales ha estado presentes en nuestra historia.

“Antioquia ha sido tradicionalmente un pueblo contrabandista, parte de las familias de la tradicional aristocracia hicieron fortuna en actividades ilegales sin

¹⁶ Ibid. p. 201.

*que ello mortificará la sociedad. Sectores de la élite paisa y grupos tradicionales toleraron durante muchos años la mafia y se beneficiaron directa o indirectamente de la bonanza coquera*¹⁷.

El consumo de drogas hoy en la ciudad es preocupante, según un encuesta realizada por el programa Rumbos sobre el consumo de SPA en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años en el 2001¹⁸, Medellín presenta las tasas más altas de consumo pues con relación a otras ciudades.

Medellín está entre las ciudades con mayor consumo de alcohol el 90% de los encuestados afirman haber consumido alguna vez en la vida. y también tiene el menor porcentaje de ex-consumidores. Siendo esta sustancia la mayor consumida por los jóvenes de la ciudad.

El cigarrillo es la segunda sustancia de mayor consumo entre jóvenes. La prevalencia de consumo de la marihuana es del 98% con relación a las demás ciudades, lo mismo ocurre con la cocaína y a esto se le suma que Medellín es la ciudad donde más se consumen inhalantes, ácidos, tranquilizantes y anfetaminas. La marihuana y la cocaína son las drogas ilícitas más consumidas.

En conclusión Medellín es la ciudad con mayor número de consumidores y mayor número de consumidores jóvenes.

¹⁷ Ibid. p. 219.

¹⁸ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Colombia: consumo de SPA en jóvenes 2001. Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas. resultado de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: RUMBOS, 2002. p. 65.

2.1.5 Antecedentes de las recaídas en los programas ambulatorios

De acuerdo con los investigadores de “The Bethlem Royal and Maudsley Hospital”¹⁹, la recaída es el problema central en el tratamiento del comportamiento adictivo y un problema específico en el tratamiento de tipo ambulatorio del síndrome de abstinencia a los opiáceos. Y es que según Gossop²⁰, el problema de la recaída es el punto central en la comprensión de las adicciones, y el estudio del proceso de recaída es de gran importancia en todas las formas de comportamiento adictivo. Una gran proporción de personas que han sido tratadas por problemas de comportamiento adictivo, tienden a volver hacia aquel comportamiento poco después de haber dejado el tratamiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos por los investigadores, un alto porcentaje de pacientes fracasaron en los programas ambulatorios al no completar el mismo y conseguir la abstinencia. En los estudios realizados por Unnituan, Gossop y Strang, un 40% de la muestra analizada abusaron de opiáceos (habitualmente heroína) la semana anterior a la aplicación del instrumento de recolección de información; esta elevada proporción de recaídas transcurría durante las dos primeras semanas del programa de desintoxicación y después de sólo una mínima reducción en la dosis (54 mg a 41.5 mg); además, se encontró que dos tipos de factores estaban asociados con recaídas hacia el consumo de opiáceos. Estos eran factores interpersonales y situaciones tóxicas.

Los investigadores también encontraron que los sujetos que recayeron era más probable que también vieran a alguien consumir y sintieran la necesidad de

¹⁹ UNNITUÁN, Sujata; GOSSOP, Micháel; y STRÁNG, John. Factores Asociados con la Recaída en Adictos a Opiáceos en un Programa de Desintoxicación de Tipo Ambulatorio. En: RET, Revista de Toxicomanías. N.º.2— 1995. p. 14 – 18.

²⁰ Ibid. p. 14 – 18.

consumir. Sin embargo, los sujetos no recaídos no deben considerarse como éxitos del tratamiento. A pesar de que el estudio no puede demostrar cambios periódicos en el uso de drogas de los no recaídos, sobre las bases de estudios previos, puede esperarse que muchos de los no recaídos, caerán por sí mismos.

Por tanto, los investigadores concluyen que si se quieren conseguir buenos resultados en un programa de desintoxicación ambulatorio o en cualquier otro programa de tratamiento ambulatorio para adictos opiáceos, se han de desarrollar medidas específicas contra los distintos problemas que se presentan en el proceso. Pero esto no es fácil, ya que los servicios ambulatorios para adictos opiáceos están a menudo llenos y el tiempo y los recursos disponibles para cada paciente son limitados. Esto es especialmente cierto cuando se compara con las poderosas fuerzas que empujan a la persona a la utilización de drogas. Si la efectividad de una desintoxicación de tipo ambulatorio ha de ser mejorada, el tratamiento debería desarrollar y reforzar los repertorios de los adictos en las respuestas de afrontamiento, para darles apoyo en su intento de cambio.

De otra parte, en España también se han adelantado estudios sobre la prevención de recaídas; se destaca la investigación desarrollada en la Universidad de Oviedo por parte del doctor Roberto Secades Villa²¹, quien estima que la alta tasa de recaídas continúa siendo uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas; precisamente, la investigación de Secades Villa proporciona una revisión de las principales estrategias de evaluación de los procesos involucrados en la recaída, para lo

²¹ SECADES VILLA, Roberto. Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. En: Psicothema, 1997. Vol. 9, No 2, p. 259-270.

cual propone cinco tipos de estrategias: autorregistros, descripción de recaídas pasadas, fantasías de recaída, observación directa y autoinformes, poniendo especial énfasis en la utilidad clínica de los procedimientos y en su implicación para planificar y llevar a cabo los programas de intervención en prevención de recaídas.

Estas estrategias tienen como propósito evaluar las situaciones alto riesgo de consumo, esto es aquellas situaciones que representan una amenaza para la sensación de control del individuo y que aumentan el riesgo de recaída. Por ello, resulta recomendable la evaluación de las situaciones de riesgo y la consiguiente delimitación y caracterización del patrón del consumo del paciente, lo cual debería constituir una de las etapas previas al diseño de una intervención conductual en prevención de recaídas.

Y es que los innumerables estudios orientados hacia la búsqueda de los determinantes de consumo generales en la población drogo-dependiente han contribuido a facilitar la inclusión del toxicómano en una única categoría diagnóstica, a partir de la cual se deriva directamente un programa de tratamiento generalizado e independiente de las características del individuo, dirigido a toxicómanos tipo y dejando a un lado una evaluación específica del caso concreto. Resulta de interés, por tanto, resaltar la necesidad de un acercamiento individual y flexible para el desarrollo del programa terapéutico, que debe estar muy presente durante el proceso de evaluación previo.

Por último, en el ámbito latinoamericano, se destaca la investigación adelantada por Anicama, Mayorga y Henostroza²² en Lima (Perú), en la cual se tuvo como

²² ANICAMA G., José; MAYORGA E., Elizabeth; y HENOSTROZA M., Carmela. Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana. En: Psicoactiva 19, 2001. p. 7-27.

propósito determinar los niveles de calidad de vida y las características de las recaídas en sujetos consumidores de sustancias psicoactivas, utilizando un tipo de diseño descriptivo-comparativo. De acuerdo con los hallazgos hechos en esta investigación, las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales: sentirse molesto, triste y el no poder resistir los deseos de consumo, así como sus estados emocionales negativos y los determinantes interpersonales, tales como: el conflicto interpersonal y el no poder resistir las invitaciones de consumo. En suma, se observa que la cantidad de recaídas afecta negativamente la calidad de vida; esta información, por tanto, permite definir programas de rehabilitación y seguimiento para adictos.

Se concluye, por otro lado, que el factor determinante para las recaídas son los factores intrapersonales y en particular los vinculados con el estado físico negativo y su estado emocional negativo, que se convierten así en los principales indicadores y predictores de probables recaídas y de cualquier otro tipo de salud mental.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Recaída

En términos generales, la recaída corresponde a un retroceso en los patrones comportamentales que se han asumido luego de haberse iniciado un programa terapéutico para la adicción, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. Prácticamente, cuando un paciente ingresa a un proceso terapéutico, éste inicia una abstinencia sostenida que a través de herramientas psicoterapéuticas se busca mantener para resistir al consumo de dichas sustancias. Sin embargo, es necesario tener presente que en todo proceso terapéutico para el tratamiento

de una problemática de drogas, en la gran mayoría de los casos, se producen recaídas, bien sea habitual, puntual o total.

Precisamente, una recaída habitual es aquella conducta que implica el consumo periódico de sustancias psicoactivas sin que se manifiesten los efectos de manera permanente de una intoxicación; por su parte, respecto a los consumos puntuales, algunos autores no lo consideran como una recaída en sí, ya que se trata de episodios aislados en los que el paciente no vuelve habitual esa conducta; mientras que el consumo total implica un retroceso al periodo inicial de la adicción.

2.2.2 Abandono

Son múltiples los factores que pueden incidir en que un paciente abandone su proceso terapéutico frente a las drogas. Al igual que con muchas otras enfermedades, un paciente puede no sentirse a gusto con el proceso, o simplemente, al no evidenciar resultados inmediatos, puede desistir del mismo. Básicamente, el abandono se puede dar por circunstancias tales como:

- Falta de adherencia al proceso.
- Falta de comunicación entre el terapeuta (profesional) y el paciente.
- Desorganización del servicio ofrecido al paciente.
- Ausencia de apoyo familiar.
- Falta de compromiso por parte del paciente.
- Apatía hacia el cambio.
- Influencia del entorno social del paciente.
- Bajo nivel intelectual y cultural.

2.2.3 Prevención de recaída en la terapia cognitiva

Específicamente, los investigadores han podido identificar una serie de patrones conductuales desde los cuales se puede prevenir y conocer a un paciente que se encuentra próximo a sufrir una recaída²³:

1. Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso, como por ejemplo, los sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
2. Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación.
3. Descuido del plan de recuperación.
4. Aislamiento o pérdida de contacto.
5. Irritabilidad, especialmente en las relaciones significativas del adicto.
6. Obsesión con la imagen o los defectos físicos.
7. Sentimientos de depresión y ansiedad.
8. Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
9. Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
10. Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
11. Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
12. Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.

2.2.4 Factores de riesgo

Uno de los propósitos de cualquier programa de intervención terapéutica para el tratamiento del uso y abuso de sustancias psicoactivas es minimizar la incidencia de aquellos factores de riesgo que dan lugar a recaídas y abandonos de programas de intervención. Según Climent y Guerrero²⁴, los factores de

²³ ALVARADO, Saúl. El proceso de recaída. En Internet: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=87> [Consultado en julio de 2010].

²⁴ CLIMENT, C. y GUERRERO, M. Cómo proteger a sus hijos de las drogas. Bogotá: Norma, 1990.

riesgo son las circunstancias, condiciones y características que aumentan la probabilidad de incurrir en el uso y abuso de las drogas, los cuales tienen un efecto acumulativo, es decir, a mayor número de factores mayor es la probabilidad de caer o recaer en la adicción o, incluso, mayor es el riesgo de abandonar el proceso terapéutico.

Ahora bien, dichos factores de riesgo pueden clasificarse según diversas categorías tales como:

- Factores de riesgo familiares: falta de compromiso de la familia, conflictos y violencia intrafamiliar, situaciones de uso y abuso de drogas entre los miembros de la familia, etc.
- Factores de riesgo sociales: incidencia del grupo de amigos, el hecho de que un amigo sea drogadicto, disponibilidad cercana a las drogas, crisis de valores, falta de oportunidades laborales y recreativas, entre otras.
- Factores de riesgo institucionales: falta de comunicación entre profesionales y paciente, procesos terapéuticos mal estructurados, pugnas al interior de la institución, etc.
- Factores de riesgo personales: falta de compromiso con el programa de intervención, baja autoestima, escaso nivel intelectual y cultural, desempleo, problemas afectivos y emocionales, etc.

2.2.5 Factores de protección

Una de las finalidades de cualquier proceso de tratamiento frente al tema de las drogas es brindar al paciente herramientas cognitivas, conductuales y motivacionales para protegerse de los diferentes factores de riesgo que pueden dar lugar a un abandono o a una recaída, aún si se trata de una recaída puntual. En este sentido, los factores de protección no solamente deben estar

dirigidos al paciente mismo, sino también implementarse a nivel familiar, social, institucional e, incluso, estatal.

A nivel individual, por tanto, es necesario desarrollar habilidades sociales, generar estabilidad emocional, mejorar la autoestima, propiciar habilidades para solucionar conflictos, proporcionar herramientas para mejorar la comunicación y ofrecer una motivación permanente frente a las oportunidades que se pueden obtener por fuera de las drogas.

Desde un punto de vista familiar, es fundamental vincular al proceso terapéutico a todo el núcleo familiar del paciente, estableciendo responsabilidades y creando compromisos, de tal manera que se puedan fortalecer los lazos afectivos al interior de la familia y, en particular, ofreciendo una asesoría permanente frente a las recaídas y abandonos, situaciones que deben ser entendidas y tenidas en cuenta como parte del proceso de intervención terapéutica.

De otro lado, las instituciones que ofrezcan ayuda terapéutica a pacientes con problemas de drogadicción, deben evaluar constantemente sus servicios, de tal forma que se minimicen riesgos, se corrijan errores y se procure la creatividad en virtud de las necesidades del paciente.

La sociedad y el Estado también tienen responsabilidad en este aspecto, pues de nada sirve solventar la problemática de drogas de un paciente si la sociedad y la legislación es permisiva y tolerante con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas.

2.2.6 Niveles de prevención

La prevención es abordada en el ámbito social con una visión integradora: la familia, la escuela y la comunidad en su conjunto. Actualmente se puede hablar de tres tipos de prevención²⁵:

- Universal: Va dirigida a todos los adolescentes en general sin que por ello tengan que presentar factores de riesgo de cara al consumo.
- Selectiva: Va dirigida a subgrupos de adolescentes que tienen mayor riesgo de ser consumidores, por ejemplo: programas para hijos de drogodependientes.
- Indicada: Va dirigida a grupos concretos de la comunidad, que suelen ser consumidores. Son grupos de alto riesgo (por ejemplo: un grupo de adolescentes con fracaso escolar y que ya ha iniciado el consumo de cannabis).

De igual forma, las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles²⁶:

- Primaria: tiene como objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades. Se distinguen dos tipos de actividades de Prevención Primaria: a) Promoción de la salud y b) Protección de la salud.
- Secundaria: tienen como objeto de evitar la propagación y la transmisión de la enfermedad hacia otros. Las actividades se desarrollan en el período patológico. Las actividades son: diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, prevenir complicaciones, prevenir la incapacidad prolongada.

²⁵ SOS DROGAS (AUTOR CORPORATIVO). Tipos de prevención. En Internet: <http://www.sosdrogas.com/prevencion/clasificacion.es.html> [Consultado en julio de 2010].

²⁶ MALDONADO, Jorge R. y ARÉVALO, Gabriela A. Prevención del Uso Indebido de Drogas en el ámbito escolar: Prevención Inespecífica del Uso de Drogas. En Internet: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1128 [Consultado en julio de 2010].

- Terciaria: (rehabilitación) actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida. Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 Componentes principales de un tratamiento eficaz

De acuerdo con la Resolución 1315 de 2006, un tratamiento eficaz está comprendido por un *“conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de SPA o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de SPA y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social”*²⁷.

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

1. Permanencia más prolongada en el tratamiento.
2. Oferta de incentivos y estímulos por asistencia y abstinencia (que incluso pueden ser financieros).
3. Contar con un consejero o terapeuta individual.

²⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1315 de 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

4. Contar con servicios especializados para el manejo de problemas psiquiátricos, laborales y familiares.
5. Ofrecer medicación para aliviar las ansias de consumir y los síntomas psiquiátricos.
6. Participar en grupos de auto-ayuda después de la rehabilitación²⁸.

Se sigue insistiendo que si bien la modalidad de tratamiento ha mostrado que los servicios residenciales muestran mejores resultados, el gran problema es que presentan altas tasas de deserción, registrando hasta un 25% de abandono durante las dos primeras semanas y un 40% después de cuatro meses.²⁹ En este sentido, es recomendable que en casos en los que la persona cuenta con una red de soporte social, se ubique en modalidad ambulatoria, para reservar los cupos de los tratamientos residenciales (por lo general escasos) a casos graves con pobres redes sociales o insertas en entornos problemáticos y conflictivos. De este modo, resulta indispensable para un tratamiento eficaz, tanto la existencia de un entorno organizacional y de recursos humanos, así como de recursos económicos y logísticos.

2.3.2 Modelos de tratamiento

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

²⁸. NACIONES UNIDAS, Treaty Series, vol. 520, num. 7515. (Sin Año).

²⁹. TIMS, F., Drug Abuse Treatment Effectiveness and Cost-Effectiveness. Rockville, Maryland: Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1995.

sociedad. De esta manera, los modelos básicos que se pueden identificar para el manejo de tratamientos en la fármacodependencia son los siguientes:

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

2.3.2.1 Comunidad Terapéutica

El término “Comunidad Terapéutica”³⁰ tal como es empleado hoy refiere al fenómeno que emerge simultáneamente en Inglaterra y América en la mitad del siglo veinte. Las comunidades terapéuticas en el pasado se definían como tratamientos residenciales de largo plazo, hoy en día han diversificado las alternativas de servicios y su duración. Se caracterizan principalmente por utilizar la vida en “comunidad” como componente fundamental del tratamiento, aquí en este modelo terapéutico los residentes como el personal, resultan fundamentales en el desarrollo de una dinámica en la que el residente se ayuda a sí mismo y ayuda a los demás, a lograr metas de crecimiento personal. Cada miembro cumple un rol fundamental en la supervivencia y mantenimiento de la comunidad, se estimula una dinámica de presión de grupo “positiva” en la que lo negativo se revisa permanentemente y se fortalece el “aprendizaje

³⁰ MAXWELL, Jones. *Psiquiatría Social: Un estudio sobre Comunidades Terapéuticas*. Buenos Aires, Editorial Escuela, 1966. p. 69.

experiencial” basado en ensayo y error, así, si se cometen errores se aprende de ellos y de esta forma se promueven cambios duraderos en el estilo de vida³¹.

Existen al menos tres tipos de comunidades terapéuticas, las tradicionales en inglés llamadas “concept houses”, las de orientación comunitaria llamadas “community - oriented houses” y las de corte religioso. En las tres se comparten aspectos fundamentales como: la atmósfera comunal o terapéutica, las reuniones grupales, las tareas cotidianas compartidas y el estímulo para asumir cada vez más responsabilidades para consigo mismo y para con otros miembros de la comunidad³².

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

- El usuario es el centro del proceso.
- Tiene carácter residencial.
- Semiabierto: Los residentes no tienen plena libertad de movimiento.
- Jerárquico pero flexible: El modelo se sustenta en una estructura progresiva que debe escalonar el residente en la medida de su crecimiento y compromiso. Libre de drogas: se debe entender drogas de abuso, no aquellas que se consumen por prescripción médica.

³¹ NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2001). Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH Publication No. 01-4180(S) Keer, D.H. (1986). Therapeutic community: a codified concept. En: De Leon G. & Ziegenfluss, J. (eds) Therapeutic communities for addictions. p. 58-62.

³² TOON P. y LYNCH. R. Changes in therapeutic communities in the UK. En Heroin Addiction and Drug Policy – The British System. Strang J. & Gossop M. (eds). Oxford University Press. 1994. p.231-239.

- Transdisciplinario: quiere decir que “la dependencia a las drogas es un desorden que puede ser tratado desde (las) distintas aproximaciones teóricas” de las ciencias humanas.³³
- Con significativa participación de ex adictos capacitados para manejo de personas con conductas adictivas y de comportamiento.
- Inspirado en los tradicionales valores de la Comunidad Terapéutica, principalmente en aquel que declara el poder sanador del grupo³⁴.

A continuación se describen las principales terapias utilizadas dentro del marco del modelo de una Comunidad Terapéutica. Para la elaboración de esta descripción nos hemos valido de la guía de los mismos que hacen el diplomado de Daytop y el Diplomado en fármacodependencias de la Universidad San Buenaventura y Hogares Claret³⁵, de tales elementos se recoge la presente síntesis que refleja los criterios con los que se aborda el modelo de la Comunidad Terapéutica:

1. Los grupos terapéuticos: Son la herramienta básica para incentivar el cambio a todos los niveles, estimulan la cohesión, le dan sentido a la experiencia de recuperación, etc. Los grupos están diseñados para maximizar el compromiso del usuario con su proceso terapéutico.

2. Terapia individual: La terapia individual es un encuentro en el que el paciente propone al orientador algún tópico o tópicos de su problemática (descarga de emociones, sentimientos, conflictos, recuerdos, preocupaciones, etc.) con el fin de ser acompañado a nivel de discernimiento, formulación de alternativas y

³³. AVENDAÑO PABÓN, Mauricio. El libro de las drogas. Manual para la familia. Presidencia de la República de Colombia. Ed. Carrera Séptima, (S.F.). p. 231.

³⁴. ALEJO ALEJO, Henry. Educación superior y drogas. Tomo 1. Pág. I. (No tiene dato editorial).

³⁵. Modulo: DIPLOMADO EN CONSEJERÍA DE FARMACODEPENDENCIAS. Medellín: UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA Y FUNDACIÓN HOGARES CLARET. Pag. 83. 2006.

toma de decisiones para modificar positivamente una actitud, comportamiento o posición del interesado con respecto a la realidad.

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

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

5. Terapia de confrontación de pares: La confrontación de pares es un grupo terapéutico en el que se llama la atención, de forma directa y en tono serio, a uno o varios residentes que hayan incurrido, repetidamente, en fallas no graves dentro del hogar, a partir del establecimiento de una discusión, con usuarios más o menos contemporáneos en el tratamiento (uno o dos meses de

diferencia en la fecha de ingreso). El objetivo es dejar sin soporte los argumentos y justificaciones que alegan los cuestionados, para que reconozcan su error y asuman una actitud de cambio. En este grupo no se ventilan sentimientos, sino que se enfatiza en la responsabilidad individual del residente.

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

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

8. Terapia de maratón: Son dos o tres días con actividades terapéuticas intensivas. Se da fuerza, principalmente, a las terapias de grupo y de confrontación sin descartar otro tipo de intervenciones para movilizar y resolver problemáticas. El objetivo es poner a prueba la honestidad, la capacidad de

autocrítica, la humildad y el compromiso de los residentes, al tiempo que se hace un balance parcial de logros a nivel de crecimiento personal, individual y grupal. En este espacio cada uno de los participantes es invitado a expresar con valentía, honestidad y transparencia las fallas en que ha incurrido, tanto aquellas que son conocidas por el grupo, como las que sólo él conoce para luego ser confrontado y ayudado. Es también la oportunidad para que el usuario aborde eventos traumáticos que tienen comprometida la estabilidad y desarrollo del tratamiento. Permite verificar el grado de autocrítica e introspección de cada uno de los residentes.

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

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

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

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

13. Terapia educativa: Las educativas son un espacio de enseñanza – aprendizaje sobre temas específicos (valores, familia, relaciones interpersonales, etc.) que impactan significativamente la experiencia vital del residente, le ayudan a fundamentar y fortalecer su decisión de mantenerse en sobriedad y lo entrenan para el equilibrio en todas las relaciones y desafíos que tendrá que enfrentar.

14. Terapia ocupacional: El adicto y la persona con problemas de comportamiento, por lo general, no han desarrollado una actitud positiva hacia la cultura laboral o si tuvieron tal actitud, esta se vio perturbada por el descontrol típico del consumo o del desorden conductual; por eso el equipo clínico asigna a los residentes brigadas de trabajo, algunas de ellas encaminadas a la autogestión productiva del hogar: microempresas, eventos,

donaciones; otras relacionadas con el mantenimiento del orden y la limpieza de la institución. La terapia ocupacional brinda la oportunidad de crecer emocionalmente, desarrollar habilidades, aprender un oficio y sentirse útil en la comunidad. Nunca debe ser utilizada para evadir responsabilidades consigo mismo: terapias educativas, entrevistas psicológicas, etc. Es muy importante que el residente muestre una actitud responsable y amorosa frente a la labor encomendada.

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

16. Terapia de reinserción: El pase o permiso forma parte del proceso y permite la progresiva reinserción que culminará con el desprendimiento. Tiene como objetivos principales detectar y trabajar fallas en la relación del residente con sus familiares y con su comunidad de origen; fortalece la personalidad del adicto y pone a prueba la calidad del tratamiento.

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

2.3.2.2 Modelo de Alcohólicos Anónimos (A.A)

Durante la década de los treinta la atención al alcohólico se limitaba únicamente a breves periodos de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital

psiquiátrico. El alcoholismo no era entendido como una enfermedad y el alcohólico era visto como una persona que carecía de voluntad para dejar su adicción, por lo tanto había pocos profesionales que querían trabajar y menos estaban entrenados para ayudar realmente a los alcohólicos.

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

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

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

SEGUNDO PASO: *"Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio". No exige creencias, los doce pasos sólo son sugerencias en la búsqueda de un poder superior que ayude en su proceso de*

rehabilitación, convirtiéndose de esta manera el paso dos en el punto de partida hacia la cordura.

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

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

QUINTO PASO: *"Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos"*. Este paso es difícil y necesario para la sobriedad y la paz de la mente ya que reduce el ego y concientiza al individuo a un verdadero parentesco de él con Dios, se aprende humildad, se gana honestidad y realismo de uno mismo.

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

OCTAVO Y NOVENO PASO: *"Reparar el daño causado a otras personas que rodean al individuo"*. Aprender a vivir con los demás, que éste reflexione,

comprenda, acepte y obre de acuerdo a su crecimiento espiritual el cual va obteniendo en su proceso de rehabilitación.

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

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

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

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

su camino y reencaminarse hacia una terapia que le puede ofrecer una nueva oportunidad en la vida.

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

2.3.2.3 Modelo médico-psiquiátrico

Conocido de igual forma como sanitario, este modelo considera la dependencia de las drogas de carácter psiquiátrico, se basa en el uso de fármacos y sus intervenciones son similares a las que presentan desórdenes psiquiátricos, usualmente comparten el mismo espacio físico, trabajan con actividades dirigidas para ambos casos.

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

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

2.3.2.4 Modelo Teoterapéutico

La Teoterapia, como modalidad de tratamiento, tuvo origen en la mente del Rev. Dr. Mario E. Rivera Méndez en 1956 (Pto. Rico). Luego de haber estudiado psicología, aspectos de la medicina y teología, el Dr. Rivera vio la necesidad de integrar estos diversos campos del conocer humano para lograr una modalidad terapéutica que diese contestación a interrogantes acerca de cómo ayudar a personas con serios conflictos emocionales. El resultado de esta integración interdisciplinaria fue la modalidad de consejería cristiana conocida como Teoterapia.

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

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

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

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

2.3.3 Otros modelos terapéuticos

2.3.3.1 Modelo Ambulatorio³⁶

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

2.3.3.2 Modelo clínico³⁷

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

- 1) Establecer contacto con el paciente para manejar la situación de urgencia médica.

³⁶ GARCÍA JURADO, A. "Modalidades de Intervención Terapéutica en Farmacodependencia" Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo, N° 15. Departamento de Toxicología. Ed. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, 1994

³⁷ CANTU, F.A. "Simposium sobre Adicciones", Cuernavaca, Morelos, México, junio de 1998.

2) Alcanzar el objetivo fundamental de la abstinencia.

2.3.3.3 Modelo basado en la medicina alternativa

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

2.3.4 Modelo de tratamiento terapéutico ambulatorio

Este tratamiento es utilizado para consumidores de sustancias psicoactivas, este modelo, a grande rasgos está basado en las siguientes características, mencionadas por Visbal y Nieto³⁸, resultado de su experiencia en el programa la Casa: atención a la comunidad.

- Se centra en el presente: hace referencia a la intervención física o mental presentada en un momento específico y a los sentimientos y razonamientos asociados al mismo.
- La metodología de intervención es ambulatoria: tiene la ventaja de que el proceso terapéutico se desarrolla en el contexto de la situación de vida

³⁸ DE VISBAL, Marta Támara y NIETO M, María Inés. Un modelo de tratamiento ambulatorio en consumidores de sustancias psicoactivas. En: Universidad de los Andes. p. 94-109.

del consultante: no es un proceso independiente, sino que se da en un sistema de interacciones habituales, en donde cobra sentido el trabajo que se realiza con familiares y allegados.

- El proceso terapéutico: se desarrolla dentro del esquema de una terapia breve (3 meses aproximadamente). Existe una base para hacer de esta terapia la forma básica: es más razonable acomodar la terapia a su verdadera probabilidad de asistencia que a un plan de terapia a largo plazo en el cual se va a lograr muy poco, porque el consultante no regresará. En los casos en los que se observa la necesidad de una terapia más extensa se habilita al individuo para que continúe en ella, realizando la adecuada remisión.

2.3.4.1 Técnicas de intervención

- Confrontación: es utilizada en momentos en que es necesario enfrentar al consultante con aspectos de su realidad que son oscuros, negados y contradictorios.
- Resumen: se utiliza con el fin de que el terapeuta como el consultante logre integrar conclusiones parcialmente abordadas durante la sesión.
- Explicación: se hace con el fin de aclarar al consultante aspectos que un determinado momento pueden llevar a interpretaciones equivocadas.
- Clarificación: se utiliza para tratar de esclarecer aspectos de información obtenida por parte del terapeuta
- Connotación positiva: se hace con el propósito de facilitar en el consultante la incorporación de elementos que le ayuden a redefinirse de manera mas positiva, así como empezar a evaluar su imagen desvalorizada.

El modelo se centra en actividades de grupo: que tienen un mínimo de restricciones y que con el tiempo se transformaran en un microcosmos social

para sus miembros. La persona empezará a interactuar en la misma forma en que lo hace en su esfera social, a crear en el grupo el mismo universo interpersonal que siempre ha habitado. Esto significa que el consultante empezará a mostrar su conducta interpersonal inadecuada en el grupo; no necesita describir su patología, tarde o temprano la expondrá ante él.

2.3.4.2 Proceso de evaluación

Con el fin de evaluar la motivación del consultante, el proceso se inicia con su participación en el grupo de Inducción y Motivación, que se desarrolla en forma simultánea con la evaluación psicológica. Inicialmente, la primera entrevista es grupal, es decir, todos los consultantes que han pedido cita por primera vez en los últimos días son vistos simultáneamente. Se integran cada vez dos grupos separados: uno para consultantes y otro para familiares y allegados.

En cada uno de los grupos, el responsable informa, en primera instancia, sobre los siguientes aspectos.

- Estructura y funcionamiento del programa: (Servicio de la Universidad de los Andes, características ambulatorias y servicios que se derivan de ello, costos y normas).
- Objetivos: del grupo de inducción y motivación y sistema de evaluación (condiciones de asistencia, aclaración de que el grupo es un espacio en que pueden resolver dudas y prepararse para la terapia y que facilita la elección del consultante para optar por los servicios del programa, aclaración de que el programa se reserva el derecho de definir la aceptación del consultante).
- Áreas: de intervención y apoyo terapéutico (se explica brevemente cada una de ellas):
 - Terapia individual y de grupo
 - Taller coterapéutico

- Taller de arte
- Taller de expresión corporal
- Taller de relaciones interpersonales
- Grupo de autoayuda
- Grupo de padres

Una vez concluidas las primeras entrevistas, el consultante inicia el proceso de inducción y motivación. Este consta de tres sesiones grupales, al final de las cuales se define la admisión definitiva al programa. Durante este periodo, por ningún motivo se autoriza la participación de los consultantes en actividades coterapéuticas, hasta cuando sean aceptados definitivamente. Los terapeutas encargados cada mes son responsables de informar el proceso de cada consultante durante esta etapa y definir el ingreso en forma conjunta con el evaluador, así como también, si ello fuera necesario, realizar las remisiones a otra institución.

Por otro lado, los familiares y allegados de los consultantes también inician un proceso de inducción y motivación, para luego integrarse a los grupos de padres.

2.3.4.3 Objetivo general de la intervención terapéutica

Se considera fundamental ayudar al individuo a enfrentar la realidad por medio de la búsqueda de autonomía, autovaloración y desarrollo. La intervención terapéutica tendrá sentido en la medida en que el consultante participe de tres aspectos fundamentales:

- El poder empezar a atribuir la responsabilidad de lo que es y de lo que siente a elecciones que ha hecho por si mismo, que sea independiente de la aprobación de los demás y utilice referencias propias cuando se auto-

evalúa en un momento dado el pensar que sus estados emocionales negativos son en gran parte consecuencia de sus propios pensamientos y su propia conducta.

- El recuperar valores, recursos y potenciales que han sido perdidos, al igual que reconocer sus limitaciones y así poder evaluarse de manera mas objetiva, redefiniéndose durante el proceso.
- El iniciar modificaciones en la selección de las percepciones, lo cual significa que puede incorporar aquellos aspectos de naturaleza positiva que hasta el momento han sido excluidos.

Dirigimos gran parte de la intervención hacia el logro de una mayor comprensión por parte del consultante, de su tendencia heterónoma, es decir, la tendencia a atribuir la responsabilidad de lo que le sucede a algo externo así mismo.

Afirmación como: me ofendió, no puedo evitarlo, no fue culpa mía, tengo mala suerte, yo no soy responsable y una serie de ideas parecidas son formas típicas de la manera como es procesada la información.

Como el consumidor habitual de sustancias psicoactivas se ha basado en una serie de razones externas para explicar la causa de su problema también se base en algo igualmente externo para dar solución a la situación. La pauta resulta clara: tenemos un consumidor crónico de drogas que acusa a otro o a los acontecimientos, o incluso a la mala suerte, de sus sentimientos negativos y luego, utiliza algo igualmente externo a él para sentirse bien sin tener que asumir ninguna responsabilidad personal con lo que está pasando.

La persona que se siente algunas veces optimista y otras veces deprimida, pero siente que en realidad el motivo está en ella misma. Son los “otros” quienes hacen que se sienta deprimida y la droga “le levanta el ánimo”: es casi como si el individuo no participase en el proceso.

Quienes trabajamos con consumidores de drogas debemos tener muy en cuenta este estilo de pensamiento externo. Una droga incorporada al sistema físico que proporciona al usuario sensaciones placenteras, distorsión perceptual, euforia y estados emocionales-que son una combinación de sensaciones y emociones provocadas por pensamientos alterados-transmite este poderoso mensaje de exterioridad al individuo: “tu no puedes resolver esto, pero la droga si puede hacerlo”³⁹.

Dentro de esta perspectiva, se considera la droga como una alternativa que toma el individuo, ya sea para dar solución a sus problemas, sentir placer, experimentar o reemplazar algo que ha perdido, que se constituye en un estilo de vida que inicialmente resulta adaptativo para él, pero que a largo plazo puede convertirse en un problema más, que magnifica los problemas que antes “solucionaba”⁴⁰.

En este sentido, el consumo de SPA sería un comportamiento “adaptativo” o “funcional” que le permite a una persona desempeñarse en un nivel que este considera aceptable y con la obtención de diversas “ganancias” como puede ser

³⁹ VRIEND, John y DYER, Wayne W. Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico. España: Grijalbo, 1981. 404 p.

⁴⁰ ÁLVAREZ M., ROCHA, A., ANDRADE, X. Perfil de los consultantes del Programa La Casa. En: PÉREZ, A. Programa La Casa: Atención a la comunidad en las áreas de drogadicción, sida y suicidio. Santafé de Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Psicología, 1991.

enfrentar la frustración o la ansiedad, así como una forma de protegerse de algo que está sucediendo dentro de sí mismo⁴¹.

2.3.4.4 Condiciones y estrategias

Una relación óptima entre terapeuta y consultante es un requisito previo y necesario aunque no suficiente, para que el tratamiento tenga éxito. Se mencionaran algunas condiciones que, entre otras, tienen gran importancia en el desarrollo de la terapia, teniendo en cuenta que la calidad de la relación terapeuta-consultante debe ser independiente del modelo teórico que asume el terapeuta; las características fundamentales con respecto al terapeuta serian:

- Debe tener una actitud positiva.
- Debe ser autentico.
- No demostrarse superior o autosuficiente.
- Debe hacer ver al individuo que se le acepta tal como es, sin emitir juicios de valor.
- Debe generar una dinámica de relación caracterizada por un énfasis en el autoexamen-introspección en el consultante, a través de un clima de atención y seguridad.
- Debe proveer condiciones que faciliten en el consultante la identificación de sus recursos y limitaciones.

Además de estas condiciones, existen otros factores que inciden en el proceso y que el terapeuta debe evaluar, con respecto al consultante:

- a. Fuerza motivacional, considerando que no todos los momentos son propicios para lograr un cambio.
- b. Expectativas en cuanto al tratamiento, de tal manera que exista relación entre lo que espera del tratamiento y lo que el programa puede ofrecerle.

⁴¹ Ibid.

- c. Nivel de resistencia frente al cambio, que se puede presentar antes, durante o al final del proceso terapéutico, cuando existe demasiado temor por parte de la persona adquirir un compromiso, o cuando durante la terapia se toca un aspecto que no es aceptado por el consultante.

2.3.4.5 Áreas de intervención

Por la importancia de los campos o áreas de intervención es necesario mencionar la experiencia acumulada de Visbal y Nieto⁴² autoras que relievan la idea de que proceso de evaluación es continuo e integral que incluyen componentes y áreas de trabajo con sus respectivos objetivos y estrategias.

En la medida de lo posible, todo el proceso terapéutico será formulado en términos de áreas de intervención y cada una de estas tendrá unos objetivos específicos de trabajo; se desarrollará un proceso para trabajar en cada una de las diferentes áreas. Debe comprenderse que un plan no es algo que debe seguirse rígidamente, sino que será lo suficientemente flexible para poderse cambiar al surgir nuevo material o según el paciente lo vaya requiriendo.

A través de las sesiones se espera haber logrado progresos y cambios positivos en las áreas evaluadas. A continuación, vamos a establecer ciertos lineamientos que representan una tendencia más o menos global e ilustran el proceso.

Para llevar a cabo un adecuado proceso terapéutico, se debe realizar una permanente evaluación de al menos tres componentes:

- La eficacia de las técnicas utilizadas.
- La participación del consultante en las diferentes actividades coterapéuticas.

⁴² DE VISBAL, Marta Támara y NIETO M, María Inés. Op. Cit. p. 100.

- La naturaleza de la atmosfera de trabajo.

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
1. Resistencia al cambio	Que el consultante haga conscientes los motivos para su cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia por parte del consultante de la dificultad para el cambio si prevalece en el la resistencia. • Reconocimiento por parte del consultante de los beneficios secundarios de las SPA y contrastación con los efectos negativos de las SPA.

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
2. Consumo	Que el consultante logre la abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda por parte del consultante de alternativas para abandonar el consumo de SPA. • Registro de consumo que permita al consumidor darse cuenta de su conducta abstinentes o de recaída. • Solicitud al consultante sobre su percepción actual con respecto a las SPA. • Evaluación de la situación de consumo actual.

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
	<p>Que el consultante logre el reconocimiento de sus recursos y limitaciones.</p> <p>Que el consultante logre una mayor aceptación de si mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El consultante debe identificar situaciones que le brindar mayor seguridad. • El consultante debe hacer un reconocimiento de sus limitaciones y capacidades.

<p>3.Autoestima</p>	<p>Que el consultante logre respetarse a si mismo y a los demás.</p> <p>Que el consultante logre autoevaluarse dentro y fuera de la sesión empezando a incorporar los elementos positivos reconocidos hasta el momento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El consultante debe hacer un análisis de la relación existente entre sus capacidades y las metas que se propone • El consultante debe hacer un análisis de la imagen que cree que proyecta en los demás. • El consultante debe autodefinirse • El consultante realiza una identificación de logros alcanzados a lo largo de su vida. • Tarea: verse en el espejo, el consultante debe pensar que le gusta y que no le gusta de el mismo • Análisis minucioso de situaciones específicas • Ejercicio de ponerse en el lugar del otro
----------------------------	---	---

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
	<p>Identificar la forma en que son vistas estas figuras autoritarias (amenazantes, violentas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta debe promover en el consultante alternativas de solución de situaciones que se relacionen con el manejo

<p>4 .Relaciones con figura de autoridad</p>	<p>Lograr un manejo adecuado</p>	<p>de la autoridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El consultante debe analizar situaciones vivenciales con figuras de autoridad, que le permitan entender el proceso que el esta llevando a cabo y así poder hacerse responsable de las consecuencias que su actitud implica
---	----------------------------------	--

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
<p>5 Establecimiento de metas que el consultante desea alcanzar</p>	<p>Que el consultante pueda empezar a proyectar su futuro</p> <p>Que el consultante pueda reconocer la importancia de establecer, crear y planificar metas como parte del éxito.</p> <p>Que el consultante pueda distinguir entre metas a corto, mediano y largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe insistir en que las metas personales tengan las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> a. Deben ser iniciativa de la persona e importantes para ella b. Deben ser definidas claramente c. Deben estar al alcance de sus posibilidades d. Deben considerar los posibles obstáculos y la manera de enfrentarlos
Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
	<p>El consultante debe identificar emociones que le son molestar o provocadoras de ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de modos apropiados de expresar emoción.

<p>1. Manejo de las emociones</p>	<p>El terapeuta debe promover en el consultante la generación de reacciones mas apropiadas a estos sentimientos y evitar relaciones autodestructivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagación de sentimientos • Contrastación entre lo racional y lo emocional • Análisis del consumo como medio para enfrentar la inhibición
--	--	--

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
<p>2. Área laboral académica</p>	<p>Lograr que el consultante se ubique laboralmente</p> <p>Lograr que el consultante encuentre satisfacción y realización a través de la ocupación o trabajo que este ejecutando</p> <p>Estimular el poner en practica sus destrezas en esta área</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El consultante debe realizar un análisis de su historia de trabajo, tratando identificar aspectos negativos y positivos, su estabilidad laboral y la relación existente entre sus intereses • El consultante debe identificar los logros obtenidos en esta área y la satisfacción que le producen
Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
	<p>Aprender a reconocer el proceso de</p>	<p>Involucrar un miembro de la</p>

<p>3. Manejo de la recaída</p>	<p>recaída y así prevenirla</p> <p>Identificar situaciones que le puedan desencadenar una posible recaída</p> <p>Encontrar alternativas de solución o manejo en caso de presentarse la recaída</p>	<p>familia o alguien que sea significativo que sirva como apoyo en su esfuerzo por dejar de consumir</p> <p>La persona debe expresar la forma en que le gustaría que le ayudaran</p> <p>Buscar a alguien con quien pueda hablar con frecuencia y regularidad y con quien pueda compartir sus experiencias, dudas, ansiedades y logros</p> <p>Si se presenta la recaída se debe hacer un análisis de la situación que lo condujo a esta. Luego renovar su compromiso. La persona debe pensar nuevamente en las razones iniciales por las cuales decidió que cambiaría su comportamiento y en los beneficios que obtendría con el cambio.</p> <p>La persona debe realizar con su terapeuta la “historia de las recaídas”, lo cual hace con el fin de determinar patrones comunes y evaluar el proceso de tratamiento. Además, se deben revisar los factores que</p>
---------------------------------------	--	---

		impiden o bloquean la recuperación, o sea, aquellos elementos que interfieren en el proceso de recuperación.
--	--	--

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias
4. Relaciones interpersonales	<p>El consultante debe identificar aquellos elementos, tanto positivos como negativos que se manifiestan dentro de sus relaciones interpersonales.</p> <p>Identificar los elementos que constituyen su patrón de comunicación</p>	<p>Por medio del juego de roles, brindar estrategias de comunicación que le faciliten la relación con los otros.</p> <p>El consultante debe reconocer la relación existente entre el interés de comunicarse y el patrón empleado para ello.</p> <p>El consultante debe evidenciar el efecto que una forma particular de comunicación produce en los otros.</p> <p>El consultante debe identificar la imagen que proyecta en los otros.</p>

Área de trabajo	Objetivos	Estrategias

<p>5. Locus de control</p>	<p>Lograr que el consultante tome completa responsabilidad de la manera como esta viviendo su vida</p>	<p>Análisis del terapeuta, en conjunto con el consultante, de situaciones y/o comportamientos que ilustren como el consultante asume la responsabilidad de su vida.</p>
-----------------------------------	--	---

El objetivo final de la intervención es crear las condiciones para que el sujeto desarrolle plenamente sus posibilidades en todas las áreas discriminadas. Existen ciertos criterios de éxitos que nos sirven como punto de referencia para evaluar la efectividad del proceso terapéutico; estos son:

- Supresión del consumo.
- Modificación de actitudes.
- Establecimiento de patrones de comunicación más efectivos en su medio familiar y social.
- Adaptación a la realidad, que ha sido distorsionada con el consumo.
- Aumento del sentido crítico.
- Logro de un rendimiento satisfactorio, en su ambiente escolar y/o laboral.
- Comprensión de que la droga cumple generalmente una función de ayuda en situaciones conflictivas que él no pueda afrontar por sí mismo en un momento dado.
- Identificación de emociones y manejo adecuado de ellas.
- Aumento en la capacidad de tolerancia y a la frustración.
- Reintegración a actividades laborales y académicas.
- En el servicio ambulatorio se han desarrollado diferentes modalidades de grupos que se han estructurado como talleres; estos tienen un valor terapéutico muy importante; además de contribuir dentro del proceso a la

presentación de alternativas o estrategias de acción. A continuación se presenta una pequeña descripción de los principales objetivos de cada uno de ellos.

2.3.4.6 Actividades de intervención

Taller de arte:

Las autoras anteriores también consideran importante la utilización de diversos tipos de talleres que soporten y apoyen las actividades terapéuticas en las comunidades en general y en particular las del programa La Casa. Dentro de estos talleres, uno de los más notables por su influencia e importancia, es el taller de arte.

Este taller tiene como propósito fundamental servir de soporte y apoyo a las diferentes actividades terapéuticas propuestas en el programa de rehabilitación. Debido a que la mayoría de los consultantes han abandonado o actualmente no están realizando ninguna actividad concreta, el programa ofrece un espacio donde pueden crear, aprender o enseñar diferentes actividades que van desde el dibujo hasta la artesanía los consultantes tienen la posibilidad de trabajar todos los días, durante todo el día en el taller, de manera que cada uno organiza su tiempo de acuerdo con su necesidades y disponibilidad.

Básicamente, los objetivos de este taller son:

- Brindar un espacio que permita el uso creativo del tiempo libre.
- Capacitar a los participantes del taller en una o varias de las actividades que se están dictando.
- Promover el trabajo en equipo alrededor de una actividad común.
- Permitir la expresión creativa a través del trabajo individual.

- Identificar las dificultades (disciplina, concentración, atención) que los consultantes pueden presentar frente al trabajo, con el fin de facilitar el aprendizaje y la realización de la tarea.
- Contribuir mediante asesoría a superar las dificultades que se presenten en la tarea indicada.
- Motivar al consultante a concluir todas las tareas que halla iniciado.
- Promover la autocrítica frente al trabajo.
- Estimular a través de exposiciones y trabajos especiales los logros alcanzados por el consultante.

Taller de relaciones interpersonales:

Con esta actividad se pretende contribuir a identificar y modificar o estimular los factores tanto positivos como negativos de la personalidad y conducta de los consultantes que se manifiestan en sus relaciones interpersonales. Este taller se realiza una vez por semana y tiene una duración de dos horas por sesión.

Entre los objetivos específicos tenemos:

- Identificar los elementos que constituyen el patrón de comunicación de cada individuo.
- Evidenciar el efecto de la forma particular de comunicación en cada uno.
- Promover la autocrítica frente al propio estilo de comunicación.
- Mostrar la relación existente entre el patrón de comunicación empleado y el esperado.
- Ayudar a establecer la coherencia entre los contenidos verbales (discurso) y los contenidos emocionales propios de la comunicación con otros.
- Contribuir a mejorar y/o mantener formas de comunicación que permitan a cada consultante interactuar de manera adecuada con su medio.
- Brindar estrategias de comunicación que faciliten su relación con otros.

Grupos de padres y familiares de consumidores y ex consumidores:

Este es el medio para vincular a la familia en el tratamiento y, de esta manera, que participen del proceso de ayuda. Se utiliza como guía el manual para conformación y orientación de grupos de familiares de consumidores de SPA⁴³. Este taller se realiza una vez por semana y tiene una duración de dos horas por sesión.

- a- Si el consumidor asiste a terapia en la comunidad: vincular a la familia al proceso terapéutico del consumidor, motivándola así a participar activamente en su recuperación.
- b- Si el consumidor no asiste a terapia en la comunidad: orientar a la familiar para que esta pueda ofrecer una ayuda adecuada al consumidor, motivándolo así a asistir al tratamiento. Entre los objetivos específicos tenemos:
 - Orientar a los padres en el manejo del consumidor.
 - Brindar algunas estrategias de manejo que puedan ser utilizados en situaciones problemas.
 - Apoyar a los familiares en el proceso de recuperación del consumidor.
 - Concientizar a los familiares acerca de la importancia de su participación tanto en el proceso de adicción, como en el proceso de recuperación.
 - Generar, a través de discusiones de grupo, alternativas de solución y de manejo de diferentes situaciones problema.
 - Permitir y fomentar la expresión de ideas, sentimientos e inquietudes relacionadas con la problemática familiar.

⁴³ ÁLVAREZ, VILLA y MARTÍNEZ. En: PÉREZ, A. Op. Cit.

Taller de expresión corporal:

En este taller se tiene como fin el brindar un espacio de comunicación a través del cuerpo que permita abrir una reflexión acerca del cuerpo y el daño que la droga está causando en el organismo; al mismo tiempo, hacer evidente cual es el código de comunicación “no verbal” del consultante; como expresa sus sentimientos y como expresa sus emociones a nivel físico. Se toman como elemento básico ejercicios de expresión corporal con una base teatral empleada en preparación de actores. El taller se realiza una vez por semana y tiene una duración de dos horas por sesión.

Taller coterapéutico:

Este taller tiene un carácter informativo- educativo que pretende clarificar conceptos relacionados con temáticas que permanentemente son abordadas en al terapia individual y de grupo; se realiza una vez por semana y tiene una duración de dos horas por sesión.

Entre los principales objetivos tenemos:

- Brindar herramientas conceptuales sobre diferentes aspectos de la interacción psicosocial que permita generar alternativas de comportamiento más adaptativas.
- Proporcionar un espacio donde se tenga oportunidad para discutir inquietudes sobre temas de interés para el grupo.
- Proporcionar durante las sesiones un clima de confianza que dé lugar a la expresión y discusión de las experiencias particulares de los miembros del grupo con relación a los temas tratados.
- Ofrecer suficientes criterios a los participantes para identificar las dificultades propias en sus procesos de interrelación, para que sean tratados posteriormente en la terapia individual y/o grupal.

Algunos de los contenidos de este taller son: auto-imagen, recaída, capacidad para estar a sola, agresión, depresión, rebeldía, hábitos, toma de decisiones, sexualidad y liderazgo. En síntesis, las actividades coterapéuticas complementan eficazmente la asesoría psicológica clásica y permiten ampliar el rango de influencia del programa sobre el consultante y sus familiares.

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1 Política nacional para la reducción del consumo de SPA

De acuerdo con el documento del Ministerio de la Protección Social titulado “Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto”⁴⁴, el propósito del gobierno es hacer visible el fenómeno del consumo de alcohol y otras sustancias y su impacto negativo sobre áreas fundamentales para el desarrollo humano y social del país. De igual forma, se reconoce la necesidad de tener un marco común que apalanque la articulación e integración de las acciones, lo cual permitirá ejercer control sobre la mayor cantidad de factores y variables que operan sobre los orígenes del problema y de sus manifestaciones, así como sobre las respuestas. A su vez, se busca optimizar la distribución de los recursos (técnicos y financieros), comúnmente escasos y finitos, y así maximizar el bienestar y garantizar el derecho de todos y todas a acceder a oportunidades para prevenir, mitigar y superar las condiciones y factores que hacen más dinámicos los riesgos y la vulnerabilidad frente al consumo de SPA.

⁴⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social, abril de 2007.

La Política propone un esquema-marco general que pretende orientar las acciones en prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, con particular énfasis en los aspectos definidos como objeto prioritario de la Política: uso de SPA en menores de edad, uso indebido de medicamentos y sustancias volátiles, uso problema y dependencia de sustancias lícitas e ilícitas.

Esta política, además, se basa en unos ejes operativos a nivel de prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad de respuesta, teniendo presente también unos criterios de gestión tales como la eficiencia, la calidad, la integralidad, la territorialidad y la sostenibilidad.

2.4.2 Ley 30 de 1986

Mediante dicha normatividad⁴⁵, se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes. En esta disposición jurídica se consideran términos tales como: droga, estupefacientes, medicamento, psicotrópicos, abuso, dependencia psicológica, adicción o drogadicción, dosis terapéutica, dosis para uso personal, precursor, prevención, tratamiento, rehabilitación, plantación y cultivo. Por otro lado, en el capítulo 2 de la mencionada ley, se señalan las diferentes campañas de Prevención y Programas Educativos que cualquier entidad tanto pública como privada perteneciente al Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), Ministerio de Comunicación, Ministerio de Educación en el territorio nacional colombiano, están obligadas a realizar, dirigidos a la lucha contra la producción, tráfico y consumo de drogas que produzcan dependencia. Respecto al tratamiento y rehabilitación, se especifica claramente la reglamentación de establecimientos públicos y privados, los cuales deben

⁴⁵ LEY 30 DE 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. En Internet <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774> [Consultado en julio de 2010].

dirigirse a programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que estarán sometidas a autorización e inspección del Ministerio de Salud.

2.4.3 Resolución 1315 de 2006

A través de esta disposición⁴⁶, se definen las condiciones de rehabilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia. Esta normativa tiene por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma.

⁴⁶ RESOLUCIÓN 1315 DE 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. En Internet: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=790> [Consultado en julio de 2010].

3. ASPECTOS TÉCNICOS

3.1 MODELO DE ENTREVISTA

Objetivo de la entrevista: Elaborar un análisis comparativo sobre la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

Población objetivo: personal encargado del programa ambulatorio (también denominado hospital día), tanto de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ.

Clases de preguntas: El cuestionario de la entrevista consta de 10 preguntas abiertas, diseñadas para ser aplicadas al personal encargado del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ.

Consentimiento informado: La información que busca consultarse tiene como único propósito elaborar un análisis comparativo sobre la concepción de las recaídas y abandonos del programa ambulatorio de la E.S.E. CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ; dicho análisis tiene una finalidad meramente científica, por lo que los datos allí contenidos serán tratados confidencialmente, conforma a lo dispuesto en la Ley 1090 de 2006.

Cédula de entrevista:

Nombre	
Cargo	
Fecha de la entrevista	
Firma de consentimiento	

Cuestionario:

1. Describa el funcionamiento o dinámica del programa ambulatorio. Comente acerca de los objetivos, estrategias, recursos y evaluación de este programa.

2. ¿Qué factores intervienen en los fenómenos de recaída de los miembros del programa ambulatorio?

3. ¿Qué funciones cumple la familia y el equipo terapéutico en una situación de recaída?

4. ¿Qué factores intervienen en el fenómeno de abandono del programa ambulatorio?

5. ¿Cuál es la duración del tratamiento que se le ofrece a un paciente en el programa ambulatorio?

6. ¿Cuál es el porcentaje de abandono de los pacientes del programa ambulatorio?

7. ¿Cuál es el porcentaje de recaída de los pacientes del programa ambulatorio?

8. ¿Qué repertorios o estrategias se emplean dentro del programa ambulatorio para contrarrestar las recaídas y los abandonos?

9. ¿Qué comportamientos se observan para detectar una probable recaída o abandono del programa ambulatorio?

10. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida del paciente y los niveles de recaídas o abandonos del programa ambulatorio?

3.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

A continuación se presentan los nombres de los entrevistados tanto en la ESE CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ; en las respectivas cédulas se encuentran consignados los cargos de los entrevistados y las fechas en las cuales se realizó la entrevista; para el desarrollo del respectivo cruce de información y buscando con ello cumplir con los objetivos de esta investigación, a cada uno de los entrevistados se le asignó un color y un símbolo con el cual busca identificarse la respectiva respuesta dada por cada uno de ellos en la tabla de respuestas abajo desarrolladas.

Nombre	Gustavo Quijano Rojas.
Cargo	Director Nacional de Tratamiento.
Institución	Fundación La Luz.
Fecha de la entrevista	Mayo 27 de 2010.
Identificación	

Nombre	Camilo Hincapié.
Cargo	Operador Terapéutico.
Institución	Fundación La Luz.
Fecha de la entrevista	Mayo 27 de 2010.
Color de identificación	

Nombre	María Alejandra Restrepo.
Cargo	Psicóloga.
Institución	Fundación La Luz.

Fecha de la entrevista	Mayo 27 de 2010.
Color de identificación	

Nombre	Luisa Fernanda Espejo Osorio.
Cargo	Directora Terapéutica.
Institución	Fundación La Luz.
Fecha de la entrevista	Mayo 27 de 2010.
Color de identificación	

Nombre	John J. Muñoz.
Cargo	Operador Calificado.
Institución	ESE CARISMA.
Fecha de la entrevista	Mayo de 2010.
Color de identificación	

Nombre	Jenny Morales.
Cargo	Trabajadora Social.
Institución	ESE CARISMA.
Fecha de la entrevista	Mayo de 2010.
Color de identificación	

Nombre	Luis Fernando Giraldo.
Cargo	Psiquiatra.
Institución	ESE CARISMA.
Fecha de la entrevista	Mayo de 2010.
Color de identificación	

Nombre	Sandra Lara.
Cargo	Coordinadora del Programa Ambulatorio.
Institución	ESE CARISMA.

Fecha de la entrevista	Mayo de 2010.
Color de identificación	

3.3 DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
<p>1. Describa el funcionamiento o dinámica del programa ambulatorio. Comente acerca de los objetivos, estrategias, recursos y evaluación del programa.</p>	<div style="text-align: center;"></div> <p>El programa de hospitalización “Día o reinserción” funciona de lunes a viernes, fin de semana por fuera, es decir, el paciente viene todos los días a las siete de la mañana, se recoge en un bus que sale del centro de Medellín hasta la institución y salen a las cinco de la tarde en el mismo bus hasta el centro de la ciudad, de ahí cada uno se dirige a sus casas.</p> <p>El tratamiento funciona de una manera muy organizada, teniendo en cuenta los espacios, que sean cumplidos los objetivos de reinserción; la familia juega un papel muy importante en este proceso, ya que los lunes, después de que el paciente comparte el fin de semana con ellos, debe venir con sus familiares para hacer una evaluación de fin de semana; el rol del acudiente o familiar resulta fundamental en este proceso; también se trazan lineamientos y directrices para el tratamiento del paciente durante la</p>	<div style="text-align: center;"></div> <p>El objetivo general, además de ofrecer un espacio grupal que le permita a la persona expresar su problemática de consumo, es generar motivación en el usuario para llevar un diario de vida que le permita asumir sus problemáticas de manera consciente y responsable y con un acompañamiento permanente para identificar debilidades que lo inducen al consumo. Igualmente, identificar factores predisponentes al consumo y establecer estrategias de afrontamiento con base en el conocimiento de temas como los factores de riesgo vinculados con las sustancias, manejo de emociones y pensamientos, ideas irracionales y distorsiones cognitivas.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	semana.	
	 <p>El programa ambulatorio nace de la necesidad de dar respuesta a una demanda de consumo y también busca no desligar a los pacientes, tanto de su medio social como familiar; este programa se constituye como una prolongación del tratamiento del hospital interno y como una opción diferente para que las familias y los pacientes no se alejen de su medio. Se busca que los pacientes adquieran los elementos y herramientas para cambiar su estilo de vida y así puedan sobrevivir en un medio que les está exigiendo muchas cosas.</p>	 <p>Este programa se propone despertar conciencia sobre la problemática, empleando para ello recursos de video, experiencias, recursos humanos; la estrategia es hacer sentir la enfermedad con el objetivo de buscar la solución; se hacen exámenes teóricos y prácticas para evaluar el crecimiento y la utilización de herramientas en distintas dificultades.</p>
	 <p>Básicamente, los pacientes puede llegar al programa por dos vías: en primer lugar, el paciente ya ha hecho un programa hospitalario durante treinta y cinco días y luego se ingresar al hospital día; y, en segundo lugar, aquellos pacientes que tienen una severidad menor en su patología o que tienen mayor aporte o</p>	 <p>El programa ambulatorio integra tres terapias significativas en un proceso de recuperación: la terapia psicológica, la terapia de duelo y la terapia terapéutica, en tres sesiones semanales donde el individuo manifiesta y verbalizar su problemática; con la terapia de grupo se brindan estrategias de solución.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>mayor apoyo socio-familiar o mayores recursos para asistir diariamente a la institución, puede empezar de una vez en el hospital día. Por tanto, los pacientes con una problemática psiquiátrica mayor y una gravedad y cronicidad más alta llegan directamente al programa hospitalario; los de menor severidad en su problema de consumo ingresan de una vez al hospital día.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>El objetivo del programa ambulatorio es lograr la reinserción socio-familiar, esto implica una opción de vida diferente a nivel de la elaboración y aplicación de una serie de habilidades para vivir saludablemente; también se refuerzan redes de apoyo socio-familiar, se exploran modificaciones conductuales a nivel del comportamiento social y se busca la adherencia al tratamiento y a la abstinencia frente al consumo.</p> <p>Las estrategias que se tienen en el programa se aplican mediante guías temáticas y pedagógicas a nivel de competencias sociales con miras a</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>El programa ambulatorio integra el trabajo clínico y terapéutico en tres sesiones semanales a través de la terapia de grupo, en la cual el individuo tiene un espacio para expresar sus problemáticas de manera clara y precisa, recibiendo retroalimentación de sus compañeros y del profesional encargado. Se complementa con trabajo clínico individual.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>efectuarse en un futuro mediante habilidades para la vida; también se fomenta la adquisición de conocimientos y estilos de vida saludables para lograr mantener la abstinencia; de igual manera, se orienta a los usuarios y se asesora en la búsqueda de oportunidades educativas y de emprendimiento, se promueven en ellos las habilidades laborales para propender por la recuperación y los aspectos relacionados con la responsabilidad, asumir la iniciativa de una nueva actitud frente a la ocupación profesional.</p> <p>Básicamente, como la institución es un hospital, se evalúa el estado mental de los usuarios a través de consultas con los diferentes especialistas en farmacología, medicina toxicológica, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social; estos profesionales también realizan intervenciones grupales.</p> <p>El objetivo básico del programa es fortalecer una alternativa de tratamiento ambulatorio que brinde la opción de fortalecer actitudes y comportamientos y</p>	

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>desarrollar hábitos personales para transformar modos de pensar y así mantener autocontrol, autodecisión, autonomía para que adquieran responsabilidades.</p> <p>Por último, la evaluación es básicamente de desarrolla en todo el proceso, en el cual el paciente viene de una fase de desintoxicación y llega a la fase de reinserción socio-familiar; luego de que el tratamiento logra una abstinencia en el usuario, se previenen las recaídas, se sigue con grupos de apoyo, trabajo de psiquiatría mensual y consultas en psicología, si se requiere; además, se hace seguimiento con una llamada cada seis meses.</p>	
<p>2. ¿Qué factores intervienen en los fenómenos de recaída de los miembros del programa ambulatorio?</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Los factores de riesgo con estos pacientes son más constantes; seguramente, cuando el paciente sale de la institución inmediatamente está sometido a los riesgos propios del medio, ya que éste se ve con la libertad, con horario extendido, con algo de dinero que le puede sobrar del pasaje. De igual manera, los amigos o</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Inicialmente, la no aceptación de su problemática. Igualmente, el no identificar los factores que originaron su consumo inicial hace que no se implementen estrategias para controlarlo. Otro factor son ciertas características individuales de personalidad y circunstancias socioculturales de su entorno.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>compañeros, al no estar lo suficientemente comprometidos con el tratamiento, también se constituyen en un factor de riesgos, ya que estos los pueden inducir o motivar al consumo de algún tipo de sustancia. La desmotivación también es otro factor de riesgos, de ahí que constantemente haya que estar motivando al paciente, pues hay que tener en cuenta que al adicto le dura muy poco la motivación, o en otras palabras, el sentimiento de culpa “se les pasa” demasiado rápido, de ahí que tiendan a cansarse fácilmente. Por tanto, hay que estar analizando esos factores de riesgo de recaída. Es más, el fin de semana en sí mismo puede implicar que, por ejemplo, las familias se sientan poco comprometidas con el paciente; puede darse el caso de un compañero o compañera sentimental o de otro miembro de la familia que sea consumidor y pueda incidir con ello a que el paciente consuma también algún tipo de sustancia.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>A los pacientes se les elabora una tabla comparativa entre los factores que</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>La negación de tener una enfermedad y la desobediencia al aplicar las herramientas</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>intervienen en el consumo y los factores de recaída que son los aquellos que no han sido trabajados en el tratamiento y cuya influencia es más de carácter personal que social o familiar. Lo que se busca con el paciente es que éste se autoevalúe y empiece a pensar en que los factores sociales, escolares, laborales y familiares pueden influir, pero que no determinen el consumo.</p>	<p>para las dificultades de la vida. Los problemas económicos y familiares intervienen en las recaídas.</p>
	<p style="text-align: center;"></p> <p>En el tratamiento ambulatorio hay varios que influyen en la recaída: algunos factores proceden del paciente, otros de la familia y otros del ambiente. Los factores relacionados con el paciente son la ausencia de compromiso con el cambio (pacientes que expresan deseo de cambiar, pero que no hacen cambios en sus conductas), que continúan viendo a las mismas personas, yendo a los mismos lugares, haciendo las mismas cosas, son pacientes que no hacen cambios en su estilo de vida y no están dispuestos a hacerlos; también hay pacientes cuya patología mental hace más difícil realizar cambios; se producen también problemas</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Inconstancia, falta de compromiso, poca asertividad y responsabilidad, falta de honestidad del usuario en temas de su problemática.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>de motivación, o se encuentra en un periodo de contemplación de su problema adictivo.</p> <p>A nivel familiar, se dan situaciones de comunicación bloqueada que favorecen la recaída, además de la sobreprotección excesiva, el abandono en el cuidado del paciente durante el periodo del hospital día, la no vinculación de la familia en el tratamiento ambulatorio, la expresión continua de hostilidad hacia el paciente y la desconfianza.</p> <p>Y desde el punto de vista ambiental, los pacientes vuelven a entornos muy conflictivos que incluyen tanto a la familia como al barrio; por ejemplo, hay barrios donde el consumo es socialmente aceptado, donde hay un alto porcentaje de jóvenes que consumen drogas o donde los niveles de violencia son altos; también es un factor de riesgo en el hecho de que el paciente vuelva a tener amigos consumidores; en ello incide mucho el hecho de que el paciente, por falta de conciencia, consume frecuentemente licor porque considera que por tratarse de una</p>	

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>sustancia lícita no existe problema alguno, pero lo cierto es que es un factor muy alto de recaída. Es recomendable que el paciente no maneje dinero, ya que muchas veces esto se convierte en factor detonante de la recaída.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>En el programa de mantenimiento, lo que se busca es una identificación de los factores de riesgo, tanto internos como externos, es decir, unos signos de alerta frente a la recaída. Un factor es la aparición de cualquier clase de sufrimiento o enfermedad; se buscan condiciones o eventos que posibilitan la reproducción de un problema donde se reinician conductas y comportamientos propios del consumo o evocan actitudes y comportamientos de antes.</p> <p>Los factores puntuales pueden ser: ambivalencia, cuando el paciente experimenta placer o dolor y esto lo lleva a una recaída, puede ocurrir un doble mensaje en el ámbito de la amistad cuando un amigo le dice al paciente que éste ya tiene el mismo comportamiento de</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Poca cohesión al proceso, inconstancia, no comunicar al terapeuta situaciones críticas por las que está pasando, falta de honestidad del usuario, retorno a conductas problemáticas que acompañaron su proceso adictivo, tales como manipulación, mentiras, etc.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>antes, lo cual los incita a continuar consumiendo; a esto se le agrega la permisividad, la falta de proyección personal, la poca iniciativa para el uso del tiempo libre, los bloqueos de comunicación, la sobreprotección, las carencias afectivas, la presión del grupo, la poca o nula capacidad para decir no, la poca habilidad para enfrentar el estigma psicológico y social, entre otros aspectos.</p> <p>Por lo general, los pacientes no dejan de frecuentar lugares y amigos que consumen, con la falsa seguridad de que ellos ya adquirieron autonomía y conciencia de enfermedad, por lo cual creen tener una gran facilidad para minimizar el riesgo.</p> <p>Otros factores son la ansiedad, la prepotencia, la compulsión, el rechazo, el mal manejo del dinero, el inadecuado uso del tiempo libre, lo que contrasta con la ausencia de un proyecto de vida claro.</p>	
<p>3. ¿Qué funciones cumple la familia y el equipo terapéutico en una situación de</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>En todo el proceso terapéutico con el paciente es necesario tener en cuenta una</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>La familia juega un papel importante en una situación de recaída, delimitando</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
recaída?	<p>regla de tres: institución, paciente y familia; si uno de esos elementos no funciona, tampoco funciona el programa. En el proceso la familia es importante, pues se trata de una reinserción socio-familiar; la familia proporcionar apoyo, contención, etc. Inclusive, podría decirse que también la familia necesita apoyo, cierto tratamiento, pues de ella depende, en gran medida, el éxito del proceso, en otras palabras, a la familia hay que contaminarla de la dinámica del tratamiento, hacerlos parte de éste.</p>	<p>claramente el apoyo que se da para salir del problema de la adicción, pero estableciendo claramente cuáles son las responsabilidades y obligaciones del adicto en el proceso de recuperación. El terapeuta debe insistir permanentemente en el adecuado manejo de emociones y pensamientos y reafirmando el respeto a la norma y la responsabilidad.</p>
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Lo que se busca con la familia es tratar de educarla para que entienda que la recaída hace parte del proceso de recuperación, porque a veces la familia, ante una recaída puntual, toma decisiones muy radicales como alejar al paciente del proceso; por tanto, hay que enseñarle a la familia que el problema del paciente se trata de una enfermedad y que toda enfermedad tiene unas etapas en las que posiblemente puede haber lugar a una recaída, aún cuando ésta no justifique ciertos comportamientos. Entonces, se le enseña</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Unirse para buscar y aplicar estrategias y mirar debilidades y poner límites. Utilizar herramientas para concientizar la necesidad de buscar ayuda.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>a la familia a hacer un manejo del paciente en el hogar, lo cual se complementa con el equipo terapéutico de la institución, en donde el paciente tiene la posibilidad de hacer una auto-reflexión individual y grupal y en el que se le pide comprometerse mediante un contrato terapéutico con el tratamiento en el cual están involucrados tanto él mismo como su familia</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Tanto a la familia como al equipo terapéutico le corresponde identificar la recaída y para ello deben sospechar permanentemente del paciente: identificar las conductas que anticipan la recaída; se debe saber, por ejemplo, que un paciente que está aislado e irritable y que muestre desinterés, que anda relacionado con pacientes que están con un nivel de motivación más bajo o que tienen más mala conciencia de enfermedad, están en riesgo más alto de recaer.</p> <p>Después de que haya recaída se debe pasar a identificarla y debido a esa sospecha, por ejemplo la institución debe hacer exámenes toxicológicos de orina</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Un papel importante, en la medida de brindar estrategias que posibilitan la interrupción de dichos comportamientos negativos o recaídas y brindan de nuevo los límites necesarios para generar un nuevo proceso de recuperación.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>para identificar el consumo; también le corresponde a ésta hablar con el paciente e intervenirlo y confrontarlo, tanto antes como después de conocerse los resultados del examen para evaluar el proceso de recaída y determinar si se trató de un consumo aislado o de un proceso de verdadera recaída, es decir, que ha vuelto a las conductas plenas que tenía antes de hacer el proceso de tratamiento: mentiras, delincuencia, consumo compulsivo, falta de interés por los sentimientos de los demás, falta de compromiso con la propia vida, etc.</p> <p>El hecho de que una persona haya consumido en un determinado momento, pero reconoce el malestar propio de la culpa por haber consumido, indica que está reconociendo la magnitud de su conducta, por lo que es necesario que éste interprete el significado de la recaída.</p> <p>En el proceso se recibe al paciente, se analizan cuáles fueron las situaciones por parte de la institución que favoreció la recaída, si existieron decisiones aparentemente irrelevantes (por ejemplo,</p>	

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p><i>“decidí que no tenía ningún problema en tomarme uno o dos tragos, una o dos cervezas”, “decidí que iba a ir a saludar a los parceros a la esquina, que iba a darles un saludito y me pareció muy normal ir”</i>) y se estudia, además, el estado emocional del paciente antes de la recaída (si estaba deprimido, triste, aislado, etc.); también se tiene en cuenta si hubo un conflicto familiar o hay una situación que haya precipitado la recaída, cuáles fueron los factores de riesgo o protección que fueron ignorados, qué fue lo que falló en el plan de prevención de recaídas (si la falla radicó en que el paciente tenía dinero o si tomó licor o si estaba con amigos consumidores, si no hubo cambios en el estilo de vida, si ocurrió una frustración o una emoción negativa y la persona no fue capaz de manejarla), en general, se trata de identificar la falla que se presentó y, posteriormente, se busca que el paciente realice un aprendizaje a partir de sus errores para que pueda corregirlos posteriormente.</p> <p>El tema motivacional también es relevante, pues en ocasiones hay que orientar al</p>	

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>paciente a la abstinencia total o inclusive si el paciente en un momento dado expresa que no está dispuesto a abandonar determinada sustancia se deben analizar los efectos de esa sustancia y redireccionar la conducta del paciente haciendo énfasis en los daños, inconvenientes o efectos que puede tener por su consumo.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>La familia es un pilar fundamental tanto para el apoyo a nivel emocional como de comportamiento; ésta puede ayudar a identificar conductas y actitudes o a contribuir a mantener un síntoma. Como el acompañamiento establece claramente normas y límites, se analiza el tipo de situación por la cual el paciente consumió, se evalúa el entorno que le facilitó la recaída y se realiza un auto-registro de la situación; su conducta y sentimientos se refuerzan con técnicas de manejo de la ansiedad, ya que el paciente, aunque las tiene, las pueden haber olvidado, por lo cual, en el momento de una recaída, se olvidan de estas técnicas y no las aplican.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Definitivamente, la familia y el grupo terapéutico debe tener claro que la adicción como enfermedad crónica tiene implícita la recaída; es decir, la recaída es parte del proceso de cambio, por lo tanto se espera apoyo al usuario que pasa por una recaída para que logre determinar sus factores de riesgo; es importante no juzgarlo, simplemente motivarlo y seguir adelante.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
4. ¿Qué factores intervienen en el fenómeno de abandono del programa ambulatorio?	 <p>A ciencia cierta, algunos de los factores más frecuentes son: la excusa, la tolerancia a la frustración, el escaso compromiso y acompañamiento familiar, el consumo puntual, el alejamiento del grupo por pena o vergüenza.</p>	 <p>Intervienen los mismos factores que se dan en el fenómeno de la recaída.</p>
	 <p>Los factores son de tipo personal: cuando un paciente no tiene conciencia de su enfermedad y no tiene la posibilidad de evaluarse introspectivamente, generalmente termina abandonando el programa; otros factores son la falta de motivación, la existencia de ganancias secundarias (por ejemplo, el paciente que hace el tratamiento porque lo van a echar de la casa y cuando recupera su espacio habitacional o de protección abandona el proceso porque ya cumplió su objetivo; o también al paciente que le dicen que si hace el tratamiento le dan una moto, ingresa al proceso y luego lo abandona cuando recibe la moto).</p>	 <p>El trabajo es uno de los principales factores que intervienen en el abandono, ya que se convierte en una excusa; de igual forma, existe la apatía para cambiar, problemas económicos o familiares, falta de aceptación, influencia de los amigos, negarse a dejar las antiguas amistades o las antiguas rutinas; y en general, creer que es suficiente con lo que se ha hecho en el proceso.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Estos factores son muy parecidos a los que intervienen en las recaídas: mientras que el abandono se da muchas veces porque el paciente se encuentra en un estado de precontemplación (los pacientes van muchas veces a los tratamientos ambulatorios porque están presionados por la familia o por amenazas en el barrio o por la pareja), de igual manera no hay voluntad de cambio, es decir, si el paciente no considera la droga como un problema, éste no la va a cambiar; hay que hacerle ver al paciente que el consumo de drogas es, en realidad, un problema.</p> <p>De igual forma, también hay razones institucionales para el abandono: algunos pacientes pueden quejarse de falta de cuidado, es decir, de que el ambiente es demasiado libre; algunos pueden quejarse de que los compañeros con los cuales se relacionan durante el proceso les generan ansiedad, los invitan o les ofrecen droga o incluso los incitan a participar de conductas inadecuadas; también es causa de abandono la falta de recursos</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Tres factores: la poca introspección de la problemática, el ingreso a un programa que no es pertinente a su cronicidad de consumo, y la falta de compromiso consigo mismo y en el proceso.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>económicos, la distancia del hogar a la institución, el hecho de tener que asistir diariamente, la falta de interés y de estímulos por parte del programa, ya que algunos pacientes pueden considerar tediosas ciertas actividades.</p> <p>Otro factor que da lugar al abandono es la psicopatología del paciente, además del escaso nivel intelectual o cultural de estos, pues se sienten muy marginados en ciertas actividades en donde se requiere del ejercicio intelectual, entonces, esa marginalidad ocasiona un malestar que lleva al abandono, ya que son pacientes que no están acostumbrados a una estructura parecida a la académica.</p> <p>Una última razón por la cual abandonan el programa radica en las relaciones entre compañeros, lo cual puede generar inestabilidad durante el proceso.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Muchas veces, es el dinero que las familias les pueden dar para los pasajes o la estadía; hay pacientes que están internados gracias a convenios</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Se pueden identificar tres factores: poca identificación del usuario con el terapeuta o con el grupo; ingreso al programa ambulatorio cuando su problemática y el</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	establecidos por municipios, por lo que no poseen ciertas facilidades económicas; el compromiso del paciente, la motivación o el interés que tenga, muchas veces, son ganancias secundarias.	estado actual de su enfermedad corresponden más a otro tipo de proceso, por ejemplo al residencial o un programa médico-psiquiátrico; poca responsabilidad y coherencia del usuario.
5. ¿Cuál es la duración del tratamiento que se le ofrece a un paciente en el programa ambulatorio?	 <p>El tratamiento dura veinte días hábiles para aquellos pacientes cuya primera fase fue de hospital, es decir, de deshabitación; y treinta días hábiles para el paciente que ingresa directamente al programa ambulatorio y que no hizo el proceso de hospitalización.</p>	 <p>Cinco meses.</p>
	 <p>Depende de la manera como ingrese el paciente: si éste viene procedente de hospital total, que es la primera fase de tratamiento en CARISMA y que dura 35 días interno, luego pasa al hospital día y tiene veinte días hábiles; pero cuando no ha tenido ningún tratamiento previo se queda treinta días hábiles en la fase de hospital día.</p>	 <p>Tres meses.</p>
	 <p>Se le ofrecen treinta días de tratamiento</p>	 <p>Cinco meses.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	ambulatorio cuando ingresan directamente o veinte días cuando proceden del proceso de hospitalización.	
	 Existen dos modalidades: en la primera, los pacientes vienen procedentes de hospital total, en donde se hace un proceso de desintoxicación, deshabituación y reinserción social; la reinserción dura veinte días; y en la segunda, los pacientes llegan nuevos a la institución y pasan directamente al hospital día, proporcionándosele una red de apoyo funcional y un compromiso en sus comportamientos. El proceso dura treinta días hábiles.	 Cinco meses.
6. ¿Cuál es el porcentaje de abandono de los pacientes del programa ambulatorio?	 Aproximadamente entre el 8% y el 10%.	 Aproximadamente el 36%.
	 En la institución se tiene la capacidad de tener grupos de cuarenta pacientes, aunque, por lo general, esos cupos son de veinticinco a treinta pacientes. El abandono es de un 10%, pues, por lo general, la mayor parte del grupo termina	 40%.

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	toda la fase.	
	 Cerca del 30% de los casos.	 36%.
	 Los porcentajes varían de acuerdo a la época; el abandono se da de acuerdo al tiempo que utiliza el paciente para desplazarse a la institución o también por la falta de recursos económicos. En promedio, sería entre un 2% y un 3%.	 36%.
7. ¿Cuál es el porcentaje de recaída de los pacientes del programa ambulatorio?	 Entre el 10% y el 12%.	 Aproximadamente el 47%.
	 Este es un porcentaje alto, aunque todo depende de la escala en la que se produzca la recaída: puede darse recaída puntual, o recaída habitual, o recaída total. La mayoría de los pacientes de la institución tienen recaídas puntuales, es decir, recaen una vez en consumo; aunque hay otros que lo vuelven habitual y son los que generalmente abandonan los tratamientos. Aproximadamente el 70% de los pacientes tienen, por lo menos, una	 40%.

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	recaída puntual en hospital día.	
	 No se posee el dato.	 46%.
	 Es aproximadamente de un 6%.	 46%.
8. ¿Qué repertorios o estrategias se emplean dentro del programa ambulatorio para contrarrestar las recaídas y los abandonos?	 Para contrarrestar las recaídas o los abandonos no se trabaja mucho; lo que sí se hace es trabajar en la prevención de recaídas a nivel grupal y a nivel individual, implementando la psicoterapia desde las motivaciones y desde la ventilación de estrategias. Además, se hace un perfil del paciente, realizando un diagnóstico, pues varía en cada uno la condición socio-familiar, cultural. Así, cuando el paciente recae o abandona se le aborda y se le da a entender que una recaída o abandono no es el fin del tratamiento, sino un punto que señala que hay que mejorar ciertas cosas; de igual forma, se le hace un manejo especial de recaída, se remite inmediatamente a psicología o a psiquiatría para el manejo de síntomas y se identifiquen futuras directrices a trazar	 Un aspecto esencial de los programas de prevención de recaídas es la evaluación individual de los procesos implicados en la recaída: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer tales situaciones y las estrategias de afrontamiento de las personas en estas situaciones.

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>que, por lo general, son tratamientos basados en actividades grupales, individuales y con psicoterapia.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>En CARISMA se busca trabajar mucho sobre los efectos físicos y psicológicos a largo plazo del consumo; se trata de enfocar en las pérdidas que ha tenido un paciente y esa es una de las estrategias que más se emplean debido al efecto que produce en el paciente, pues con ello se evita un abandono y se contrarresta la recaída. Cuando se empieza a trabajar la pérdida a nivel personal, familiar o social el paciente comienza a evaluar y valorar más lo que ha perdido.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Más tiempo del estipulado, ayudas dentro del hogar en residencial, trabajar individualmente para complementar las terapias ambulatorias, confrontar las recaídas en el grupo y concientizar más sobre la necesidad de estar en tratamiento.</p>
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Lo que se hace es analizar las recaídas, se procede a llevar a cabo consultas individuales con el paciente y se evita que se produzca el efecto dominó que consiste en una desmoralización que provoca la recaída en muchos pacientes.</p> <p>Aquellos que demuestran voluntad de cambio experimentan culpa, malestar,</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Asignación de tareas, diario terapéutico o de campo, auto-observación y registro y control de llamadas.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>angustia y muchas veces ven perdida la posibilidad de recuperar la familia si siguen con el consumo.</p> <p>Al paciente se le hacen precisiones sobre lo que significa una recaída, diferenciándola de un consumo; además se les ofrece ayuda y alternativas desde los diferentes puntos terapéuticos y, en ciertos casos, se les ofrece ayuda farmacológica con medicamentos que les permiten controlar los síntomas de ansiedad, angustia o impulsividad. Algunos pacientes son intervenidos por equipos interdisciplinarios de profesionales (trabajador social, psiquiatra y psicólogo).</p> <p>Y en cuanto al manejo de los abandonos, lo que se busca es que los pacientes se involucren en las actividades y para ello éstas se diseñan con contenidos interesantes buscando que los pacientes tengan disponibilidad de acceder a ayudas cuando ellos lo requieran; pero de igual forma se interviene a los pacientes desmotivados antes de que abandonen.</p>	

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	 <p>Reforzar las técnicas de mantenimiento a nivel de ansiedad, se trabaja en la adherencia al tratamiento, a la conciencia de enfermedad, se le hace un manejo de recaída al paciente mediante un contrato terapéutico a través del cual se adquiere un compromiso para estar en la institución, también se emplean entrevistas motivacionales para que incrementen su interés y puedan lograr la abstinencia.</p>	 <p>Seguimiento telefónico, exigencias en el cumplimiento de las tareas y puntualidad en las citas, trabajo con la familia para que ayude en el proceso y terapias individuales.</p>
<p>9. ¿Qué comportamientos se observan para detectar una probable recaída o abandono del programa ambulatorio?</p>	 <p>Desánimo, inestabilidad, irritabilidad, falta de compromiso, ausencias o faltas injustificadas, falta de motivación, desinterés por la presentación personal, escasa participación en las actividades grupales, aislamiento del grupo, mal comportamiento, consumos esporádicos de cigarrillo, relaciones sociales negativas; también se dan casos en los que los mismos compañeros del programa inciden en el abandono del mismo, nula comunicación de los asuntos, en algunos casos se presentan alucinaciones auditivas o visuales y conductas</p>	 <p>El dejar a un lado responsabilidades que inicialmente se habían asumido; la no observación de la norma; el mal manejo de emociones y pensamientos; debilidad de carácter y temperamento; y pensamientos de autoengaño.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	paranoides.	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Siempre se evalúa al paciente y a su familia; también se identifican los comportamientos y actitudes que recaen; cuando un paciente vuelve con los mismos comportamientos de su vida como consumidor como aislarse, encerrarse, no utilizar bien su tiempo libre, no asumir compromisos ni responsabilidades que se le delegan, o cuando empiezan con mentiras o a cuestionar a la autoridad o a no cumplir con la norma o a no permitir la supervisión, se está ante un posible caso de recaída.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Mucha ausencia sin justificación, salen antes de terminar la terapia, indiferencia en las reuniones, irritabilidad, negación de su problemática, sabotear la reunión, frustración y depresión en la terapia.</p>
	<p style="text-align: center;"></p> <p>El hecho de que el paciente se observe aislado, callado, apático y dormido en las actividades son algunos síntomas de una probable recaída o abandono; de igual manera, el aislamiento sumado al consumo de licor durante un fin de semana es un fenómeno que anticipa la recaída; a esto hay que agregar los conflictos familiares permanentes, las actitudes (como llegar tarde, salirse de las</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Falta de honestidad, inasistencia, comportamientos negativos y poca coherencia con lo que se manifiesta dentro de la ronda de estados de ánimo.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>actividades y tener conflictos con los compañeros) y el desinterés y la irritabilidad son síntomas que anticipan la recaída o abandono.</p>	
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Cambios a nivel de actitudes y comportamientos anteriores a la vida que ellos llevaban de consumo, entonces reinciden en esto y frecuentan lugares y amigos de consumo, por lo que adquieren la falsa creencia de que están recuperados.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Inasistencia a las sesiones del programa, reporte de comportamiento negativo por parte de la familia del usuario, mentiras y manipulación del usuario, excusas para no asistir.</p>
<p>10. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida del paciente y los niveles de recaídas o abandonos del programa ambulatorio?</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Cuando el paciente empieza a presentar poca motivación e interés en la presentación personal o en las relaciones interpersonales, es porque existe un alto riesgo de recaída o abandono; por tanto, hay una relación directa entre el entorno del paciente y sus aspiraciones (académicas o laborales) y el alejamiento de una posible recaída o abandono. Inclusive, el barrio mismo es un factor de riesgo o la escasa motivación.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>La calidad de vida que tenga una persona en recuperación es fundamental para mantener su sobriedad: un adecuado entorno social, de trabajo, familiar, genera una buena calidad de vida, elemento indispensable para detectar a tiempo factores de riesgo y hacer uso de los factores de protección.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	 <p data-bbox="646 435 1268 790">La calidad de vida de un paciente depende, en gran medida, de las oportunidades sociales, laborales o afectivas; si un paciente sigue o no en abstinencia depende de esos factores, ya que si no tiene oportunidades laborales o sociales o si no recupera su afecto o sus espacios o si no tiene oportunidades de salir adelante tiende más a frustrarse y, por tanto, puede recaer.</p>	 <p data-bbox="1285 435 1906 758">Existe una gran relación y sobre todo los problemas económicos que interfieren en el traslado hacia la terapia. Una familia disfuncional interfiere en la calidad de vida y buscan como excusa para abandonar o recaer la falta de trabajo. El desarrollo del ser para su recuperación debe ser equitativo, debe tener una estabilidad en todo.</p>
	 <p data-bbox="646 873 1268 1375">Entre más bajo el nivel de calidad de vida, hay más riesgo de abandono en el proceso ambulatorio, ya que éste representa un reto para el paciente en términos de que hay inconvenientes como, por ejemplo, tener que salir muy temprano de la casa, tener que tomar dos o más buses para llegar a la institución, asumir una actitud de soporte en la familia, porque si la actitud es de hostilidad o de resentimiento, entonces ese pacientes va a tener mucha posibilidad de abandonar o de recaer durante el hospital de día. Así, esas son condiciones del ambiente social</p>	 <p data-bbox="1285 873 1906 1131">El estilo de vida del usuario debe ser sano, tomando distancia de los factores de riesgo, comunicando contundentemente sus problemas y mejorando día a día en la resolución de los mismos con la ayuda de sí mismo, la parte espiritual y los grupos de apoyo.</p>

Pregunta	E.S.E. CARISMA	FUNDACIÓN LA LUZ
	<p>que favorecen que el paciente recaiga.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Mientras que el paciente posea una red de apoyo, podrá implementar un estilo de vida saludable; la calidad de vida de un paciente que recae es nula, porque vuelve a sus conductas de consumo, no hay modificaciones en su comportamiento llevándolo, en algunos casos, a situaciones de calle. El individuo se desvaloriza totalmente, se pierden los auto-esquemas, la motivación y el interés por la vida.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>NO RESPONDE.</p>

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A continuación, se presenta el análisis descriptivo-interpretativo de los resultados obtenidos durante el trabajo realizado en campo, tanto con el personal del programa ambulatorio de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ. Este análisis resulta de la observación cuidadosa de las respuestas procuradas por el personal entrevistado, buscando, a partir de ello, encontrar coincidencias y divergencias entre las informaciones proporcionadas.

4.1.1 Dinámica del programa ambulatorio

En la ESE CARISMA, el programa ambulatorio funciona bajo la denominación de “Hospital Día” o “Reinserción”; opera de lunes a viernes, desde las siete de la mañana hasta las cinco de la tarde; la institución les ofrece a los usuarios del programa transporte desde y hasta el centro de la ciudad de Medellín.

Los pacientes pueden acceder al programa a través de dos vías: en primer lugar, como complemento del programa hospitalario, el cual recibe al paciente y lo institucionaliza durante 35 días, tiempo después del cual es remitido al programa ambulatorio; y, en segundo lugar, puede ingresar directamente al programa, cuando la severidad del caso es mucho menor y no se requiere de un tratamiento más complejo.

De igual manera, la ESE CARISMA tiene muy en cuenta el papel que juega la familia en el proceso, de ahí que dentro de éste se incluya a la familia a través de compromisos y actividades que complementen el programa; vale la pena decir que es un programa menos intensivo, pero que de igual manera

aprovecha las ventajas que ofrece el hecho de que el paciente no esté interno, lo que evita el efecto negativo a que da lugar esta medida restrictiva.

De otra parte, en la FUNDACIÓN LA LUZ el programa ambulatorio tiene una intensidad de sólo tres sesiones semanales, en cuyo proceso se emplean diferentes tipos de terapias para la recuperación: terapia psicológica, terapia de duelo y terapia terapéutica; su objetivo es ofrecerle al consumidor un espacio grupal para que pueda llevar un diario de vida desde el cual asuma sus problemáticas consciente y responsablemente con el acompañamiento permanente de personal profesional que procure la búsqueda de solución a su problema de consumo.

Así las cosas, prácticamente los objetivos y estrategias empleados en el programa ambulatorio tanto de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ son, en cierta medida, análogos, pues lo que se busca es, en primer lugar, propiciar un espacio para que el paciente exprese su problemática de consumo; en segundo lugar, generar actitudes de motivación para que el usuario busque dejar de lado dicha problemática; y en tercer lugar, para identificar los factores que predisponen el consumo de los pacientes.

4.1.2 Factores de recaída en los programas ambulatorios

Tanto el personal profesional de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ coinciden en que los principales factores que intervienen en la recaída son los siguientes:

- La flexibilidad y libertad que da el horario.
- El porte de dinero.
- La influencia de los amigos.
- La falta de motivación y compromiso con el cambio.
- La incidencia negativa o ausencia de comunicación en la familia.

- La falta de apropiación de los factores que dieron lugar al consumo.
- La problemática socioeconómica.
- La falta de oportunidades laborales.
- La incidencia del entorno (barrios marginales o con problemáticas sociales complejas).
- La permisividad del programa.
- La falta de proyección personal.
- El no adecuado uso del tiempo libre.
- La inconstancia en el proceso.

4.1.3 Funciones de la familia y del equipo terapéutico en las recaídas

En ambas instituciones se concuerda en que la familia es un pilar fundamental en los procesos de terapia ambulatoria en pacientes con problemas de adicción; en las dos entidades la familia hace parte de este proceso, se le asignan funciones y responsabilidades, se le determinan obligaciones y se le vincula mediante compromisos, ya que todo el proceso, en últimas, se trata de una reinserción socio-familiar, puesto que al paciente hay que revincularlo no sólo a la sociedad, sino especialmente a la familia.

Además, tanto en la ESE CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ se aconseja ofrecerle a la familia la formación necesaria para que sepa asumir su rol ante una situación de recaída; esta orientación debe estar encaminada a hacer un buen manejo del paciente en el hogar, función que sirve de complemento a la labor ejercida por los equipos multidisciplinarios de cada institución.

De igual manera, a la familia y al equipo terapéutico les corresponde implementar un sistema de alerta temprana que permita identificar posibles recaídas; pero a su vez, lo más importante es que en el trabajo mancomunado

entre el equipo terapéutico y la familia se logre tener presente es que la recaída, en muchos casos, sino en todos, hace parte del proceso normal de recuperación del paciente, para lo cual la familia, específicamente, debe asumir una actitud de compromiso que debe hacerse palpable, especialmente, en el proceso puntual de recaída.

4.1.4 Factores de abandono de los programas ambulatorios

Aunque las recaídas y los abandonos son circunstancias que difieren entre sí, tanto en la ESE CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ son concebidos como fenómenos análogos, se le asigna al abandono circunstancias causales similares que a las de la recaída, aunque se agregan otros factores como:

- La excusa.
- La tolerancia a la frustración.
- La falta de compromiso.
- La ausencia de acompañamiento familiar.
- La falta de introspección.
- La existencia de ganancias secundarias.
- La apatía hacia el cambio.
- El trabajo como pretexto.
- La influencia de los amigos.
- Las fallas o deficiencias del programa.
- La distancia entre el hogar y la institución.
- El nivel intelectual y cultural.
- La falta de dinero.

4.1.5 Duración del tratamiento del programa ambulatorio

La única variación entre los dos programas radica en que la ESE CARISMA ofrece un proceso mucho más intensivo que dura alrededor de 20 días, de lunes a viernes, de siete de la mañana a cinco de la tarde; mientras que la

FUNDACIÓN LA LUZ ofrece un programa ambulatorio menos intenso, pero más extenso en el que sólo se exigen tres sesiones semanales durante un periodo de tiempo que va de los tres a los cinco meses.

Por tanto, de lo anterior puede establecerse que el programa ambulatorio es un proceso que puede llevarse a cabo de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los usuarios, o también de acuerdo a las necesidades y motivaciones de los pacientes; la intensidad y periodicidad del programa ambulatorio no es, por tanto, una camisa de fuerza ni mucho menos está sujeto a aspectos temporales específicos que se deban cumplir, sino que, por el contrario, pueden ser variables según las exigencias de la población usuaria del programa y la disponibilidad de recursos (materiales y humanos) existentes.

4.1.6 Porcentaje de abandono en el programa ambulatorio

Respecto a los porcentajes de abandono del programa ambulatorio se encontró un aspecto que llamó la atención de los investigadores: en la ESE CARISMA no se cuenta con estadísticas o datos certeros sobre los índices de abandono del programa ambulatorio, de ahí que las respuestas dadas por los entrevistados no fueran coincidentes (2%, 8%, 12% y 30%, respectivamente); caso contrario se observó en la FUNDACIÓN LA LUZ, en donde se promedió un porcentaje de abandono entre el 36% y el 40%, es decir, 4 de cada 10 personas que ingresan al programa ambulatorio lo abandonan en algún momento del proceso.

4.1.7 Porcentaje de recaída en el programa ambulatorio

Igual fenómeno que frente a los abandonos se presentó también en el tema de las recaídas; la ESE CARISMA, prácticamente, no tiene cifras precisas o un conocimiento específico sobre el porcentaje de recaídas de los pacientes del programa ambulatorio; en esta institución se plantean cifras que van del 6% al 70%. Esta situación contrasta con la de la FUNDACIÓN LA LUZ, en donde el

promedio estimado de recaídas de los pacientes del programa está entre el 40% y el 47%, es decir, entre 4 y 5 personas de cada 10 pueden sufrir una recaída durante el proceso.

4.1.8 Estrategias para contrarrestar las recaídas o abandonos del programa ambulatorio

Los repertorios que se emplean para contrarrestar las recaídas y los abandonos dentro de los programas ambulatorios tanto en la ESE CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ convergen en determinados aspectos:

- Psicoterapia como medida preventiva frente a la recaída.
- Determinación del perfil del paciente para conocer las condiciones específicas de consumo de cada uno de ellos.
- Implementación de estrategias especiales a través de psicología o psiquiatría para trazar rutas de acción frente a la recaída o el abandono.
- Evaluación individual de los procesos implicados en la recaída o abandono.
- Trabajo encaminado a conocer la pérdida a nivel personal, familiar y social.
- Tratamiento del paciente a través de institucionalización.
- Mayor control sobre las tareas, terapia y relaciones familiares.
- Diferenciación entre recaída y consumo a través de procedimientos terapéuticos.
- Intervención a través de equipos interdisciplinarios.
- Reforzamiento de técnicas de manejo de la ansiedad.
- Seguimiento permanente y exigencia en el cumplimiento de tareas y responsabilidades asignadas.

4.1.9 Comportamientos que se observan ante una posible recaída o abandono del programa ambulatorio

Los principales comportamientos que observan los profesionales en los pacientes del programa ambulatorio, tanto de la ESE CARISMA como de la FUNDACIÓN LA LUZ, son los siguientes:

- Desánimo, inestabilidad, debilidad de carácter y temperamento.
- Falta de compromiso.
- Irritabilidad, apatía y mala conducta.
- Ausencias, faltas injustificadas o retiro de las reuniones antes de finalizar.
- Falta de motivación.
- Desinterés en la presentación personal.
- Consumo esporádico de cigarrillo o alcohol.
- En algunos casos se pueden presentar alucinaciones auditivas o visuales y conductas paranoides.
- Manifestaciones de autoengaño y negación de su problemática.
- Aislamiento.
- Inadecuada utilización del tiempo libre.
- Falta de responsabilidad frente a sus compromisos.
- Mentiras y cuestionamientos a la autoridad.
- Depresión.
- Frecuentar nuevamente amigos y lugares donde se consume.
- Problemas en la familia.

4.1.10 Relación entre la calidad de vida del paciente y las recaídas o abandonos del programa ambulatorio

En términos generales, tanto el personal de la ESE CARISMA como el de la FUNDACIÓN LA LUZ considera que existe una relación directa entre la calidad de vida del paciente y las recaídas o abandonos del programa ambulatorio; en otras palabras, puede plantearse lo siguiente: a una mejor calidad de vida,

menor es el riesgo de recaída o abandono de un paciente; y de igual forma, a una menor calidad de vida, mayor es el riesgo.

4.2 ACCIONES DE MEJORAMIENTO FRENTE A LAS RECAÍDAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS DE LA ESE CARISMA

4.2.1 Identificación de factores de riesgo

- Ambivalencia (placer-dolor)
- Mundo de doble mensajes (familia)
- Permisividad, falta de proyección futura.
- Poca iniciativa para el uso del tiempo libre.
- Comunicación bloqueada, autoritarismo, sobreprotección y carencias afectivas.
- Necesidad de evasión, carencia de objetivos en la vida, creencias equivocadas y baja tolerancia a la frustración.
- La presión de grupo y poca ó nula capacidad de decir NO.
- Poca habilidad para enfrentar el estigma psicológico y social que deja el ex consumidor.
- Frecuentar lugares y amigos de consumo, con la falsa seguridad de la autonomía.
- La facilidad de minimizar el riesgo y la creencia de que un poco no hace daño (consumo reducido y sustancia legal)
- Dificultades emocionales: Ansiedad, frustración, prepotencia, compulsión y rechazo.
- Mal manejo del dinero.
- NO proyecto de vida claro y alcanzable (o tenerlo y no ejecutarlo).

- Recordar y melancolizar tiempo pasado (NO amigos o relaciones con pacientes y ex consumidores)
- Perder el contacto con la institución (No citas de control y grupos de apoyo).

4.2.2 Identificación de signos de alarma

- Manifiesta querer recuperar tiempo perdido.
- Siente que la recuperación es más lenta.
- Miente, inventa problemas o discusiones sin razón, buscar un pretexto para volver a consumir.
- Se compadece a sí mismo, culpa a los demás.
- Depresión y enojo constante.
- El pretexto de que la enfermedad es difícil de curar.

4.2.3 Manejo de recaída

Es una técnica de reconstrucción cognitiva conductual, donde se analiza el tipo de situación, el entorno que facilitó la recaída y los sentimientos. Se hace con un auto-registro de su situación, su conducta y sus sentimientos. Este medio busca reconocer y vigilar las situaciones de alto riesgo, evaluando las señales de aviso mediante auto-observación y controlando la ansiedad.

4.2.4 Control de recaídas ocasionales

Algunos ejercicios para el control de recaídas ocasionales son:

- Pararse, observar lo que está ocurriendo, romper la cadena de conductas que está teniendo lugar.
- Calmarse, porque lo normal es que el paciente se sienta culpable (efecto de la violación de la abstinencia EVA).
- Renovar el compromiso de abstinencia y seguir con el proceso.

- Analizar la situación que ha provocado la recaída y que se puede hacer la próxima vez para afrontarlo.
- Revisar y trabajar las situaciones de exposición y del manejo de ansiedad.
- Desarrollar un plan de recuperación, alejarse de la situación y si es necesario encontrar una fuente de gratificación.
- Buscar ayuda de los profesionales.
- Firmar contrato terapéutico y exponerse a las ayudas pedagógicas, este tiene una fecha de inicio y de caducidad.
- Fomentar la red de apoyo socio-familiar.

4.2.5 La familia en la prevención de recaídas

La familia se constituye en pilar fundamental en el tratamiento de las adicciones, no solo por el apoyo emocional y el acompañamiento que le puedan brindar al usuario durante el proceso, sino porque se requiere la identificación de las conductas y actitudes familiares que puedan estar contribuyendo al mantenimiento del síntoma. Por tanto la familia y el paciente deben recibir los elementos necesarios para la modificación de conductas, el reconocimiento de los recursos con los que cuenta para enfrentar la enfermedad del usuario y la adquisición de habilidades para el fortalecimiento de la comunicación y el manejo de límites.

La prevención de recaída son acciones, actitudes, comportamientos y hechos que nos llevan a protegernos del reinicio del consumo, estas son algunas con las cuales la familia puede ayudar al paciente:

- Acompañar al usuario en el planteamiento de un nuevo proyecto vital que le garantice una mejor calidad de vida.

- Preparar al usuario en el manejo de conflictos que le permita afrontar su intolerancia e impulsividad.
- Cuidarse, protegerse, atención permanente para no recaer.
- Elaborar, desarrollar y ejecutar el proyecto de vida.
- Aprender a seguir las normas asertivamente.
- Tener claro su plan de actividades cotidiano.
- Practicar las técnicas de manejo de ansiedad.
- No permitirse probar y mirar a ver que resulta.
- Cumplir con deberes y responsabilidades para mantener ocupado(a).
- Familias no comenzar a ceder en permisos, en dinero y en consumo.

4.2.6 Identificación de factores de recaída o abandono

- Aislamiento y retiro de actividades familiares.
- Exceso en excusas a las llegadas tarde.
- Cambios bruscos en la actitud hacia normas y autoridad.
- Agresión física y verbal sin causa aparente.
- Cambios en los hábitos alimenticios.
- Mentir y culpar a otros por acciones irresponsables.
- Compartir poco los problemas personales.
- Perdidas de objetos de valor.
- No cumplir con deberes y responsabilidades delegadas.
- Irritabilidad constante y frecuente.

4.2.7 Mecanismos de prevención de la recaída en familia

- Evitando la automedicación.
- Facilitando información útil y ajustada a la realidad.
- Informando sobre los riesgos.
- Buscando apoyo profesional.

- No involucrando al paciente en la mezcla, preparación y ofrecimiento de licor en las celebraciones y reuniones familiares.

4.3 ACCIONES DE MEJORAMIENTO FRENTE A LAS RECAÍDAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS DE LA FUNDACIÓN LA LUZ

4.2.1 Identificación de factores de riesgo

- La sustancia cumple determinada función para la persona y en el contexto donde se use le dará un significado concreto:
- A mayor disponibilidad mayor riesgo de consumo.
- Propiedades farmacológicas de la sustancia, administración y capacidad adictógena.

4.3.2 Identificación de signos de alarma

Se reconoce la importancia del ambiente, de su influencia para que la persona consuma, pero en última instancia el que decide es la persona misma, puede tener la capacidad de rechazarla (si es su decisión y tiene las capacidades necesarias para mantenerla), e incluso puede modificar su ambiente.

La importancia de las características individuales, en función de ellas, cada persona da diferente significado a los efectos de las sustancias e interpreta particularmente el ambiente.

Edad: en determinadas etapas evolutivas hay más riesgo, como en la adolescencia, periodo entre los 10 y 19 años, este se separa en forma progresiva de la familia y se plantea el tema de la propia identidad. Identidad vs

Confusión de papeles: conciencia de ser único, conocimiento del papel a seguir, falta de habilidad para identificar papeles adecuados en la vida.

Baja autoestima: forma en que la persona se valora a si misma (defectos y cualidades) tiene gran influencia y se deteriora mientras se incrementa el consumo, se vincula con la autoeficacia (sentimiento de ser competente y capaz).

Baja asertividad: no ser capaz de mantener sus propias opiniones y de actuar según su propio criterio, es difícil que rechace una oferta de drogas.

Elevada búsqueda de emociones: tendencias a experimentar sensaciones nuevas e intensas, sin reparar los riesgos de sus actos, esto puede llevar a los deportes extremos hasta el consumo.

Lugar de control externo: la persona oscila entre el control muy externo (la causa está en factores externos a él) y el control muy interno (causa factores internos). Entonces la persona que tiende a pensar que sus problemas no son de sus propias características sino a factores externos suelen solucionarlos mediante recursos externos.

Falta de conformidad con las normas sociales: la sociedad regula muchas conductas, las personas tienden a transgredir las normas.

Escasa tolerancia a la frustración: durante el proceso de desarrollo, la persona aprende a postergar la gratificación de sus necesidades. La persona, incapaz de tolerar la frustración, requieren satisfacción inmediata de sus necesidades, la droga puede convertirse en algo que le de placer inmediato a la persona.

4.3.3 Identificación de otros factores de riesgo

Aprobación de los demás: la persona al estar en un grupo, comenzara a realizar conductas que el mismo grupo realiza sino tiene una postura independiente del grupo.

Dificultad para el manejo del estrés: cuando se tiene dificultad para controlar la sensación de ansiedad que genera el ambiente, es probable recurrir al consumo, se aconseja controlar el estrés, disfrutando el tiempo libre realizando actividades que nos gustan con personas que queremos.

Insatisfacción con el empleo del tiempo libre: ocupación del tiempo libre en cosas que no son para nada productivas, en vez de realizar actividades culturales, deportivas, relación en familia, entre otras.

Bajo aprovechamiento escolar: la escuela puede ser de doble filo, puede alejar a la persona del consumo gracias a la educación y a las normas de la institución, pero puede generar un menor nivel de conocimientos a nivel personal de los individuos, el desarrollo de su personalidad (menor autoestima) y en su desarrollo social(al repetir un curso se pierde la relación generando rechazo o aislamiento).

Falta de conocimiento acerca de las drogas: la falta de información, puede incidir en la toma de decisiones responsables respecto al consumo.

Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas: ideas como: gracias a las drogas me voy a relacionar mejor con los demás.

Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas: estos son procesos cognitivos que pueden aprenderse, la dificultad para solucionar un

problema puede generar situaciones de malestar y de incapacidad que dificulta la forma para resolverlo. La toma de decisiones ante varias alternativas pueden generar ansiedad y que la persona tome decisiones irreflexivas. Estas situaciones de ansiedad puede que hagan que la persona recurra al consumo.

Actitudes favorables hacia las drogas: la actitud positiva hacia las drogas, predispone favorablemente a la persona hacia el consumo.

Confusión en el sistema de valores: valor: creencia de que una conducta o objeto es mejor que otro. Ej.: dinero, poder pueden estar relacionados con la cocaína, la diversión puede estar relacionados con alcohol, marihuana, heroína.

4.3.4 Identificación de factores de riesgo vinculados con el contexto

A través del contacto con los demás las personas aprenden a realizar diferentes conductas, no solo por observación de modelos sino también gracias a los reforzantes de aprobación de los demás., el consumo de drogas está influido a procesos sociales que se producen en los ámbitos en que nos relacionamos: familia, trabajo, grupo de amigos, etc.

Factores microsociales: en estos entornos microsociales se dan interacciones personales muy intensas, por lo que hay una gran influencia sobre la conducta de los individuos, caben resultar tres entornos significativos para la persona durante la infancia: la familia, el medio escolar y el grupo de iguales, posteriormente en la adultez el medio laboral también puede influir significativamente.

Factores macrosociales: factores de carácter sociocultural y se refieren a las características culturales o sociales que sirven de contexto general al consumo de drogas.

4.3.5 Identificación de factores de riesgo vinculados con el contexto macrosocial

Disponibilidad de la droga: entre mas disponibilidad de sustancias, es mayor el número de consumidores y de cantidades consumidas

4.3.6 Identificación de factores de riesgo relacionados con el ámbito familiar

Baja cohesión familiar: lazos familiares, hacer cosas en familia, intereses y amigos en común, compartir tiempo y espacio, de esta forma tienen menos oportunidades de recibir ofertas y viven en un medio de seguridad afectiva.

Clima afectivo inadecuado: un clima familiar conflictivo puede romper los lazos afectivos (discusiones, ruptura familiar, incomunicación, ausencia de expresiones de cariño, frialdad afectiva).

Estilo educativo familiar: establecimiento de una norma fija pero razonable, ejercida por unos padres cálidos y comunicativos. Cuando hay padres permisivos o lo contrario totalmente autoritarios, los hijos tendrán dificultades para internalizar las normas y les será difícil controlar la conducta.

Consumo de droga en el ambiente familiar: la observación de personas significativas consumiendo sustancias para relajarse o divertirse, puede llevar a la persona a hacer lo mismo por aprendizaje.

Apego familiar y clima afectivo positivo: actitudes de reconocimiento y respeto por cada uno de los individuos del grupo familiar, afecto positivo y comunicación fluida y adaptada a cada situación. Si se da lo contrario no hay un sentido de pertenencia, lo cual conlleva a la búsqueda de otro grupo

Comunicación fluida: sin comunicación las personas están aisladas, el hombre es un ser social por naturaleza y la comunicación es el vehículo para la comunicación con el entorno, esta utilizada de forma adecuada favorece el desarrollo individual y grupal. La familia al ser el primer núcleo de socialización de la persona, debe propiciar un ambiente comunicativo entre sus miembros para lograr tener un efecto protector sobre los mismos.

La presencia de límites: establecimiento de límites claros y flexibles, ya que en el desarrollo o crecimiento de los hijos van a fluctuar sus papeles y sus responsabilidades dentro de la familia.

4.3.7 Identificación de factores de riesgo relacionados con el grupo de amigos

Factores de riesgo: es probablemente el mayor riesgo de inicio, es probable que si los amigos de un joven fuman cigarrillo el también lo hace, y más se incrementa el riesgo cuando está acompañado de dependencia al grupo y falta de habilidades para enfrentarse a la oferta.

Factores microsociales relacionados con el ámbito laboral: los valores, las actitudes y los hábitos de la sociedad influyen o impregnan el medio laboral.

Factores relacionados con la organización del proceso productivo: jornadas prolongadas, rotaciones horarias, ritmo de trabajo muy intenso (estrés laboral), sobrecarga de trabajo, elevados niveles de tensión, escasa promoción profesional.

Factores de trabajo relacionados con el puesto de trabajo y o tarea: trabajos repetitivos y escasamente motivadores, condiciones climatológicas, contaminación, trabajos aislados, traslados frecuentes.

Factores de riesgo relacionadas con el ambiente: conflictividad laboral, inestabilidad en el puesto de trabajo, ambientes competitivos, presencia de consumidores, presión de compañeros, tolerancia hacia los consumos y disponibilidad de sustancias.

4.3.8 Pasos para identificar una recaída

Se pierde la comunicación: con uno mismo, con la familia, con los amigos (entorno). Es importante que transmita claramente todo lo que se siente, molesta y con lo que no se esta de acuerdo. Dentro de este paso, es importante contemplar el fenómeno “Bola de Nieve” la persona no comunica sus emociones, sus ansiedades y sus sentimientos, haciendo que se empiece a acumular de estados de ansiedad hasta provocar lo inevitable. “La avalancha”. Se podría decir que la persona se somete a un aguante que se desborda inevitablemente al colmarse de emociones, sentimientos y ansiedades.

Se presentan ansiedades o falta de algo: Al dejar la sustancia (la adicción) inconscientemente se busca reemplazarla con algo como el juego, el comer, el fumar, dando pie a que siempre nos falte algo que finalmente sabemos que es. El ser humano por naturaleza siempre está en busca de algo, pero en el adicto la ansiedad se disfraza de muchas maneras para no manifestarse conscientemente y su objetivo es lograr engañar al individuo y llevarlo por distintas maneras a un fin último.... El consumo.

Se afirma estar bien, estar seguro y no necesitar de nadie: se cree curado. Se auto engaña y piensa que solo puede salir adelante, este paso va muy ligado al

primero, que habla del aislamiento, y la nula comunicación, esto indica que no necesita de nadie para comunicar o para recibir algún tipo de apoyo. Se cree autosuficiente y capaz de manejar sus emociones. Se muestra fuerte ante los otros pero internamente existe una gran confusión.

Se presentan pequeñas depresiones: Esto porque al momento de hacerle falta algo no lo puede consumir, generando un vacío que si no se sabe manejar, genera una depresión mayor, la cual puede llegar hacer que se consuma. Al existir un vacío incapaz de llenar, se produce una insatisfacción evidenciada en falta de motivación, de metas claras, de auto cuidado y de estabilidad. Esto lleva a seguir en la búsqueda de algo que le de sentido a su vida y encuentra la droga que no le da sentido a su vida sino que le permite una fuga de la realidad, lo cual implica que no esté vinculado y viviendo conscientemente.

Se presenta un aislamiento: se auto compadece, “nadie me entiende”, “nadie me quiere”, “no puedo hacer nada bien si no estoy drogado”, y empieza que al realizar actividades que no necesiten compañía. Ej.: leer, ver televisión solos.

Se aparta de las normas: cuando termina el tratamiento se crea un derrotero de disciplina y normas, las cuales se van alejando por que se vuelven permisivos con ellos mismos.

Empieza a decaer en sus metas e ideales: las metas fijadas a corto y largo plazo se empiezan a postergar, Ej.: “mañana hago esto” y como cada meta (corto plazo) realizada es la base para otra meta, se desmorona todo.

Se dan depresiones fuertes (se manifiesta agresividad): en la época adictiva se busca evadir la depresión fuerte con el consumo, cosa que ahora no se puede

hacer y se desfoga la depresión en agresión fuerte, intolerancia, impulsividad, indolencia.

No le encuentra sentido a la vida: al no poder cumplir las metas se pierden los ideales y desvía el rumbo que lleva la vida. Se hacen cosas que no se programaron, que no llenan y que no tienen sentido.

Empieza a deteriorarse físicamente: por las depresiones, por el no sentido de la vida; se deja de comer, de dormir; lo que incide en el aspecto físico.

Se aparta de quien puede ayudarlo: se irradia odio cuando la persona que quiere ayudar (amor responsable) dice las verdades y para evitar que esto suceda se evita.

Depresión profunda y confusión mental: la depresión tiene sus pasos (leve, fuerte y profundo); cuando llega a la última se pierde la vergüenza, no come, no duerme, realiza actos que no quiere hacer y se avanza en un deterioro mental. Porque el cerebro no recibe ideas coordinadas, alimentos necesarios.

Rompe todas las estructuras y principios adquiridos: la vida del ser humano se basa en principios, los cuales a esta instancia se olvidan, la estructura deteriorada que trae como ser humano colapsa y donde no hay estructura ni principios reina el caos.

Se miden controles: como ya se está curado, como no se necesita a nadie, se miden controles; yendo a lugares socializando con personas negativas, incrementando el factor de riesgo que lleva a ser permisivo.

Adquiere habilidades de justificación: justifica todas las fallas en vez de aceptarlas; generalmente le hecha la culpa a los otros.

Crea su propio mundo y vuelve a la droga: al rechazar todo, al no aceptar normas, al no aceptar ayuda y al no encajar en la sociedad o en el mundo; crea su propio mundo, a su amaño; donde todo es permitido y nada es malo, por esto vuelve al mundo de las drogas.

4.3.9 Mecanismos de prevención de la recaída en familia

La recaída son una serie de condiciones o eventos que posibilitan la reproducción de un problema, donde se reinician conductas y comportamientos propios de la etapa del consumo, se puede o no reiniciar el consumo de cualquier sustancia psicoactiva. Recaída es volverse disfuncional en el proceso de recuperación. “Es no poder resolver el malestar interno”, no implica sólo retomar el uso de drogas.

- Con buen ejemplo. Siendo coherente entre lo que se hace y se dice
- Acompañando en la formación de estilos de vida saludable
- Brindando estrategias para manejo de tiempo libre y de ocio
- Manejando adecuadamente los procesos familiares “autoridad, comunicación y afectividad”
- Educando en la responsabilidad, en el amor propio y auto cuidado
- Fortalecimiento de lazos afectivos

5. CONCLUSIONES

Un importante hallazgo en esta investigación lo constituye el hecho de que para el desarrollo de un programa de intervención de las adicciones de carácter ambulatorio, en realidad no requiere de la implementación de unas pautas preestablecidas de trabajo con los usuarios o pacientes, basta simplemente que se cumpla con unas condiciones: que el paciente o usuario no tenga la connotación de interno, que el paciente o usuario tenga a su alcance una serie de estrategias motivacionales que procuren la superación de su problemática de consumo, que el paciente o usuario posea un espacio propicio para la exteriorización de su problemática y la identificación de las causas o factores que dan lugar a la misma y, por último, que se cuente con un equipo profesional multidisciplinario que le ofrezca al paciente o usuario los procedimientos pertinentes para dejar de lado su problema de adicción.

La recaída hace parte de todo proceso de tratamiento de adicción a las drogas, y no sólo a las drogas, sino también a otros tipos de adicciones; por tanto, los factores que pueden llevar a un individuo a que incurra nuevamente en una conducta de consumo o de adicción pueden ser múltiples y variados, su origen puede ser interno o externo, puede estar influenciado por la familia, por el ambiente, por la falta de oportunidades, etc. Precisamente, una de las ventajas que ofrecen los programas ambulatorios es que, si bien no se pueden evitar las causas por las cuales dan lugar a una recaída, por lo menos es posible identificar de manera previa unos fenómenos que alertan tempranamente una posible recaída. Y aunque evitar una recaída, en cierta medida, puede resultar improbable en la mayoría de los casos, lo cierto es que, por lo menos, es posible revincular al paciente o usuario al programa manejando un sistema de

refuerzos estratégicos frente a los factores que dieron lugar a la recaída como tal.

En todo proceso de intervención ambulatorio la familia juega un papel determinante: el apoyo, el acompañamiento, la ayuda, la orientación, el trabajo complementario, en realidad son funciones que hacen parte del proceso ambulatorio; no se trata de una ayuda externa, sino de un elemento más de este tipo de programas. Sin embargo, lo más difícil de ello es lograr conciencia en el núcleo familiar de que la recaída hace parte del proceso, es decir, una vez iniciado el programa de desintoxicación el paciente puede incurrir nuevamente en situaciones de consumo.

Los motivos por los cuales un paciente abandona un programa ambulatorio, en realidad, radican en la motivación misma del individuo; si un paciente está lo suficientemente motivado como para llevar a cabo o continuar con un proceso de desintoxicación, ninguna otra causa o factor externo puede dar lugar a abandonar el proceso y esa motivación depende, en gran medida, de la familia y de los equipos de profesionales que dirigen los procesos; vale la pena tener en cuenta que cuando un paciente ingresa a un programa ambulatorio sólo tiene por objeto dejar de lado la causa de su adicción; por tanto, la motivación es un valor agregado que se va ganando a medida que avanza el proceso y en ello tienen gran responsabilidad la familia y la institución misma en donde se lleva a cabo el proceso.

Tanto desde la doctrina como desde la práctica se pudo establecer que en los programas ambulatorios no existen condiciones específicas de acción; sólo hay que cumplir con unos requisitos en materia de logros y pretensiones, por lo cual la dinámica a través de la cual se ejecuta el programa puede estar sujeta a

variaciones y modificaciones según la disponibilidad, tanto de recursos como de los mismos pacientes.

En diversas investigaciones, aún en ésta, las cifras de abandono de los programas ambulatorios oscilan entre un 35% y un 40%, lo que demuestra que 4 de cada 10 pacientes de estos programas están sujetos a abandonarlos por diferentes circunstancias; esta cifra no sólo se trata de un simple dato estadístico, sobre todo proporciona un referente para que las instituciones que implementan los programas ambulatorios se concentren en identificar los factores que dan lugar a los abandonos con el propósito de establecer estrategias de acción dirigidas a contrarrestar esos factores.

Otro aspecto relevante en este estudio tiene que ver con el hecho de que la recaída, aunque es un fenómeno que busca evitarse en todo tratamiento de las adicciones, lo cierto es que ningún programa ni proceso ni sistema está exento de las recaídas y ello se debe a que la recaída en sí misma hace parte inherente de la enfermedad que implica la adicción a las drogas. Aunque en promedio entre el 40% y 47% de los pacientes de un programa ambulatorio pueden sufrir recaídas de cualquier tipo, la cifra es aún mayor y puede llegar, incluso, al 70% u 80% en el caso de las recaídas puntuales, es decir, el consumo eventual o único de una sustancia psicoactiva.

Uno de los problemas detectados tiene que ver con el hecho de que tanto la ESE CARISMA como la FUNDACIÓN LA LUZ no cuentan con protocolos específicos de acción para contrarrestar las recaídas y abandonos dentro del programa ambulatorio; simplemente, implementan una serie de repertorios o estrategias que se plantean de acuerdo a las condiciones especiales de cada paciente; resulta pertinente el diseño de un instrumento guía que le permita a los equipos multidisciplinarios actuar y ejecutar acciones individuales y grupales

en torno a la recaída o al abandono, de tal manera que se cuenten con repertorios institucionalizados que puedan ser sometidos a procesos de evaluación y mejoramiento según los logros obtenidos y falencias detectadas en el proceso.

Son múltiples los comportamientos que pueden observarse en un paciente que esté ante una posible situación de recaída o abandono; sin embargo, muchas de esas conductas, aunque identificables de manera anticipada, no son abordadas ni tenidas en cuenta desde una postura preventiva. Las instituciones lo único que hacen es detectarlas, pero sólo se exteriorizan o se evidencian cuando el paciente ya ha recaído o ha abandonado el programa ambulatorio.

Por último, entre la relación existente entre la calidad de vida de un paciente del programa ambulatorio y los niveles de recaída o abandono, vale la pena decir que las instituciones, como es el caso de la ESE CARISMA y la FUNDACIÓN LA LUZ, muchas veces no pueden procurar el mejoramiento de las condiciones de dicha calidad de vida; en ciertos casos una persona puede consumir porque en la droga encuentra un espacio para escapar de la realidad de sus problemas que pueden ser de tipo afectivo, económico, laboral, familiar o incluso de violencia; estas son circunstancias que, prácticamente, en muchos casos, resultan irresolubles. Por tanto, vale la pena destacar que las instituciones que tratan la problemática del consumo de drogas y de cualquier otro tipo de sustancias psicoactiva, a ciencia cierta, realizan una labor que ayudan a resolver ciertas dificultades del paciente, pero que en últimas si no se complementan con estrategias de acciones por parte de la familia, el Estado y la sociedad, las recaídas y abandonos seguirán siendo situaciones prevalentes entre los pacientes consumidores.

6. RECOMENDACIÓN

Los programas ambulatorios de tratamiento de adicción a las drogas son herramientas que se acomodan a las necesidades y exigencias de una población que, en primer lugar, ve en las drogas una problemática que ocasiona serios perjuicios en su vida; y, en segundo lugar, si bien están buscando caminos a través de los cuales puedan superar estas problemáticas, el programa ambulatorio se postula como una vía a través de la cual es posible asumir su problemática de consumo sin necesidad de renunciar al hogar, a su vida social y a su trabajo. De ahí la pertinencia de reforzar esta clase de programas y, sobre todo, de sistematizarlos, ya que no existen paradigmas desde los cuales el programa ambulatorio se pueda llevar a cabo, por lo cual, las instituciones que los emplean lo hacen únicamente cumpliendo requisitos en materia de logros, pero no siguiendo condiciones en cuanto a sus formas y contenidos, pues éstas no existen.

Por ello, resulta recomendable la realización de un ejercicio científico con miras a la sistematización de los programas ambulatorios, ejercicio que debe partir del delineamiento de una estructura guía de trabajo que oriente al personal terapéutico de las instituciones que los emplean hacia el desarrollo y seguimiento de unos puntos específicos de acción que procuren la búsqueda y el logro de los objetivos planteados en el programa, en especial el de permitirle a los individuos solventar su problema de consumo de drogas.

La implementación de estas herramientas, por tanto, debe someterse a un proceso de evaluación permanente en la que se identifiquen tanto logros como dificultades del proceso, de tal forma que a medida que se avance se logre el

perfeccionamiento de esta guía en virtud del mejoramiento de los programas ambulatorios.

Ahora bien, esta investigación sirve, por tanto, de base y punto de inicio para este tipo de ejercicios, por lo cual puede afirmarse que éste es un estudio que puede trascender aún más en la medida en que a partir del mismo puede desarrollarse un instrumento guía que posteriormente pueda implementarse tanto en el programa ambulatorio de la ESE CARISMA como en la FUNDACIÓN LA LUZ.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, G. La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico. Buenos Aires: Ed. FAL. (S.F).

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

ALVARADO, Saúl. El proceso de recaída. En Internet: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=87> [Consultado en julio de 2010].

AMARO González Guillermo Amaro. Valoración de un Modelo de Comunidad Terapéutica: Criterios de los pacientes y familiares. Ciudad de La Habana: (No tiene dato editorial), 1980.

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

AVRAM H. Mack, MD, Franklin Jr Jhon E MD, MSC, Frances Richard J. Tratamiento del Alcoholismo y las Adicciones. Barcelona: Masson S.A., 2003.

BACCA SANDOVAL, Carlos J. Proyecto Hombre. Programa de Prevención Integral Contra la Drogadicción y el Alcoholismo. ASOCAR.

BBC MUNDO. ONU: consumo en aumento. En Internet: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/drogas_-

[_el_problema_del_consumo/newsid_3121000/3121459.stm](#) [Consultado en enero de 2010].

BECERRA, Rosa María. Trabajo Social en Drogadicción. Argentina: Lumen Hvmánitas, 1999. 222 p.

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

BONILLA, CASTRO. Elssy y RODRÍGUEZ, Sehk. Penélope Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá. segunda edición, 1997.

BRIONES, Guillermo. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. México: Trillas, 1987.

CABALLERO MARTÍNEZ, Fernando. (Coord.) Las Drogas. Educación y Prevención. España: NEXUS, 2004.

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

CICAD - COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. Plan Nacional de Lucha contra las Drogas: Colombia 1998 – 2002. En Internet: http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/ESP/planes_nacionales/colombia.pdf [Consultado en enero de 2010].

CLIMENT, C. y GUERRERO, M. Cómo proteger a sus hijos de las drogas. Bogotá: Norma, 1990.

CLINARD, Marshall (Comp.). Anomia y Conducta Desviada. Buenos Aires: Paidós, 1967.

COHEN, Bruce J. Introducción a la Sociología. México: McGraw-Hill, 1995.

COMFAMA. Curso de Prevención de la Farmacodependencia. Departamento de Educación. Colombia: DUX, 1987.

DE VISBAL, Marta Támara y NIETO M, María Inés. Un modelo de tratamiento ambulatorio en consumidores de sustancias Psicoactivas. (94-109). En: Universidad de los Andes. Pérez Gómez Augusto. Facultad de humanidades y ciencias sociales. Departamento de Psicología. Editorial presencia Bogotá. 1991.

DELGADO Brun, Anneed. Interacción social, cultura escolar y violencia en el Instituto Técnico Industrial Pascual Bravo. Tesis. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Sociología. Medellín. 2003.

DERECHOS HUMAN RIGHTS. Consecuencias del Plan Colombia en Ecuador. En Internet: <http://www.derechos.net/cedhu/plancolombia/consecuenciasEcuador.html> [Consultado en enero de 2010].

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES 2002. Problemática de las Drogas en Colombia. Memorias del Seminario. República de Colombia.

Ministerio de Justicia y del Derecho. En Internet: http://www.unodc.org/colombia/es/drug_programme.html [Consultado en enero de 2010].

DURKHEIM, Emilio. Educación y Sociología. Bogotá: Linotipo Ltda., 1979.

ESCUADERO Marín, María Zulay. Sistematización de práctica. Análisis sociológico del proceso educativo en el Instituto Técnico industrial Pascual Bravo. Tesis: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencia sociales y Humanas. Departamento de Sociología. Medellín. 2003.

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

GRISWOLD, Eliza. Medellín crónica de una guerra. En Internet: http://nationalgeographic.abril.uol.com.br/edicoes/0503/reportagens/0503_medeelin.html [Consultado en enero de 2010].

GUARDIA, José. Todo sobre la drogadicción. Barcelona: Tibidabo Edicions, 1987. p. 69.

KALIMA Eduardo. Aportes para la Clínica y la Terapéutica. Barcelona: Editorial Paidós, 2000. p. 85-93.

LATORRE, Héctor. Colombia: ¿productor y consumidor? En Internet: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/drogasel_problema_del_consumo/newsid_3113000/3113809.stm [Consultado en enero de 2010].

LEY 30 DE 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. En Internet <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774> [Consultado en julio de 2010].

LIPOVETSKY, Gilles. LA era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama, 1986.

MACIONIS, John; PLUMER, Kin. Sociología. España: Prentice Hall, 2001.

MALDONADO, Jorge R. y ARÉVALO, Gabriela A. Prevención del Uso Indebido de Drogas en el ámbito escolar: Prevención Inespecífica del Uso de Drogas. En Internet:
http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=1128
[Consultado en julio de 2010].

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

MERTON; Robert K. Teoría y Estructura Social. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social, abril de 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1315 de 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en

Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

MODULO: DIPLOMADO EN CONSEJERÍA DE FARMACODEPENDENCIAS.
Medellín: Universidad San Buenaventura y Fundación Hogares Claret. 2006. p. 83.

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

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

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

PARRA Sandoval, Rodrigo; CASTAÑEDA, Elsa; Et al. LA Escuela Vacía. Colombia: Tercer Mundo Editores, 1994. p. 239.

PÉREZ, A. Programa La Casa: Atención a la comunidad en las áreas de drogadicción, sida y suicidio. Santafé de Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Psicología, 1991.

PÉREZ GÓMEZ, Augusto. Editor. Atención a la Comunidad en las áreas de Drogadicción, Sida y Suicidio. Bogotá: Editorial Presencia, 1991. p. 94-109.

POSADA SÁNCHEZ, Augusto. Proyecto de ley “por la cual se autoriza la creación de un fondo cuenta de la prevención nacional para adicciones en la infancia y adolescencia (FPNAIA) y se destinan recursos para su funcionamiento”. En Internet: http://www.gobiernobogota.gov.co/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=725&Itemid=46 [Consultado en enero de 2010].

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Colombia: consumo de SPA en jóvenes 2001. Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas. resultado de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: RUMBOS, 2002.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. El Libro de Las Drogas. Manual para la Familia. Bogotá: RUMBOS. 1999.

RESOLUCIÓN 1315 DE 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. En Internet: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=790> [Consultado en julio de 2010].

REVISTA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ. Jóvenes Conceptos de Droga. Vol. 6. No. 9. Medellín.

REVISTA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA. No. 17. Jul-Dic. 2002. Medellín.

RIVERA, Eunice. Familia y Farmacodependencia. Revista. Cultura y Droga. Año 4. No. 4 Manizales. Octubre 1999.

SALAZAR, Alonso. La Cola del Lagarto: Droga Y Narcotráfico En La Sociedad Colombiana. Medellín. Corporación Región. 1998.

SALAZAR, Alonso. No nacimos pa' semilla. Bogotá: Corporación Región. CINEP, 1990.

SALDARRIAGA, Diana Patricia. Las Historias de Vida como Instrumento de Análisis para la Conducta Desviada. Universidad de Antioquia. Facultad de ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Sociología. Medellín. 1993.

SÁNCHEZ ORANTOS, José María. El Mundo de las drogas. UN reto para la sociedad. España: San Pablo, 1996. p. 222.

SATRIANO Cecilia R. Psicología desde el Caribe. Revista del programa de psicología. U del Norte. No 2-3: 39-46, 1999. Ediciones Uninorte.

SCHROEDER Richard. El Mundo de Las Drogas. México: Editores Asociados Mexicanos S.A., 1985. p. 122-138.

SOS DROGAS (AUTOR CORPORATIVO). Tipos de prevención. En Internet: <http://www.sosdrogas.com/prevencion/clasificacion.es.html> [Consultado en julio de 2010].

SOSA CABRERA, Silvia. El estudio de casos como estrategia de investigación. En Internet: <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm> Fecha de consulta: febrero de 2010.

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

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

TORO OCAMPO, Jorge Arbey. Aportes de la sociología al campo de la prevención de la farmacodependencia. Tesis. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Sociología. Medellín. 1999.

VRIEND, John y DYER, Wayne W. Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico. España: Grijalbo, 1981. 404 p.

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