

Re significación del *estilo* y proyecto de vida en la prevención de recaídas posterior al

Proceso de rehabilitación por consumo de alcohol

Ángela Parra, Juanita Santos y Claudia Serrano

Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana

Septiembre, 2013

Resumen

El alcoholismo, entendido como una adicción, provoca en el sujeto una pérdida de autocontrol influida por los significados personales otorgados a dicha sustancia, los cuales inducen a la necesidad de iniciar un proceso de rehabilitación. El presente trabajo plantea cómo, desde el modelo humanista existencial, se puede llegar a la prevención de recaídas a partir de la re significación del estilo de vida y proyecto personal, con el fin de proporcionar al sujeto herramientas para su funcionamiento cotidiano, en ausencia de control y supervisión referentes al miedo frente a la recaída.

Palabras claves: *Adicción, Rehabilitación, Prevención de recaídas, Re significación.*

Abstract

Alcoholism, understood as an addiction, generates in the individual a loss of control influenced by the personal meaning granted to such substance, which induces the need to start a rehabilitation process. This paper presents how, under the existential humanistic model, is it possible to prevent relapses through the resignification of lifestyle and personal life project. The objective is to provide tools for the individual for its daily functioning, in absence of supervision and control concerning to the fear of relapse.

Key words: *Addiction, Rehabilitation, relaps prevention, Resignification.*

RE SIGNIFICACIÓN DEL ESTILO Y PROYECTO DE VIDA EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS POSTERIOR AL PROCESO DE REHABILITACIÓN POR CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol se encuentra asociado a diversos actos sociales como una manifestación de celebración y acompañamiento en ritos y tradiciones culturales alrededor del mundo (Duran, Guevara & Valencia, 2011; y Gil, 2008) en donde según frecuencia e intensidad, se evidenciaran determinadas problemáticas y disfuncionalidades para el individuo consumidor en sus diferentes áreas (Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007; y Cadaveria, 2009; y Salm, Seigny, Mulholland & Greenberg, 2011).

El proceso de rehabilitación se focaliza en tratar la enfermedad y sus manifestaciones; direccionando su interés a lo sano y las capacidades que conserva el adicto; por tanto, se intenta ayudar al sujeto, devolviéndole la autonomía perdida, a partir de la restauración de la valía, involucrando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Díaz & Palucci, 2010)

Arias (2010), en el foro sobre alcoholismo realizado por el Concejo de Bogotá, plasmó que Colombia es el país de Latinoamérica con el inicio más temprano de consumo de alcohol, el cual está alrededor de los 12 años, donde el porcentaje de primera ingesta es del 20% para los hombres con bebidas como la cerveza; y 12% para las mujeres, las cuales ingieren principalmente vino y cocteles. Adicional a esto, plantea que aquellos jóvenes que inician antes de los 15 años, tienen una probabilidad 4 veces mayor de generar una adicción en el futuro.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), el uso nocivo de alcohol es el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial, aproximadamente 2,5 millones para el

2004, afectando especialmente la población entre 15 y 29 años y por lo tanto es de vital importancia para los países y los entes de asistencia social y sanitaria la atención a los individuos afectados directa o indirectamente, generando una reducción de situaciones de conflicto y fomentando la presencia de protagonistas activos, que incrementen el éxito del proceso a partir del apoyo mutuo, re significación, estructuración y fortaleza.

Para la re significación del estilo y proyecto de vida en la prevención de recaídas, a través de un enfoque humanista, se abarcan aspectos como la aceptación de la condición de dependencia, la adopción de la noción del alcoholismo, los riesgos de la enfermedad y el manejo frente a la pérdida de control (Jimenez, Pascual, Flórez & Contel, 2007) utilizando técnicas tales como: huellas de sentido, diario terapéutico, registro de pensamiento y ansiedad, grupos de soporte, 12 pasos etc. (Martínez, 2009).

Estas técnicas, enfocan la prevención de recaídas, en brindar herramientas para que el individuo ex consumidor sepa reconocer las creencias, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden reiniciar su consumo (Martínez, 2009). Es por esto que se puede llegar a actuar para evitar la reincidencia, o en caso de haberse presentado ya el consumo, generar aprendizaje al respecto y fortalecimiento para situaciones futuras (Monras, Mondon & Jou, 2010).

El objetivo de este proyecto es analizar la prevención de recaídas posterior a un proceso de rehabilitación por consumo de alcohol, teniendo en cuenta la capacidad que tendría el sujeto para habituarse a las costumbres cotidianas del entorno que lo rodea en ausencia de alguna sustancia psicoactiva, en este caso específico: el alcohol. Por tanto, la intención del presente trabajo atiende a la siguiente interrogante: ¿Cómo la re significación

del estilo y proyecto de vida puede llegar a prevenir recaídas posteriormente a un tratamiento de rehabilitación por consumo de alcohol?

Responder a esta pregunta es de suma importancia puesto que una persona con determinada adicción, no debe vivir con temor y precaución con respecto a todo lo que la rodea durante el resto de su vida; la prevención de recaídas es un punto fundamental que acompaña al proceso donde, posterior a la rehabilitación y frente a la ausencia de total protección y acompañamiento, se debe incorporar un nuevo proyecto y estilo de vida desde lo sano para el sujeto; esto, sin irse al extremo opuesto de una visión positiva ingenua de cura y ausencia de peligro, puesto que sí debe existir una fase inicial de autocuidado y distanciamiento, pero seguida por la posibilidad de cambio de rutinas y funcionamiento adecuado con la eliminación de determinadas sustancias presentes en su consumo habitual (Martínez, 2005).

Consumo de alcohol

“Superar una adicción parece fácil para muchas personas que desconocen del tema. Para algunos simplemente es un problema de voluntad y suelen decir “es cosa de querer y nada más”, “es simplemente tomar la decisión y ya está”. Para otros es un problema de debilidad moral y suelen decir “es un desgraciado, degenerado y desconsiderado”. Algunos más piensan que es un castigo de Dios y se preguntan “¿Qué hemos hecho para merecer esto en esta familia?”... (Martínez, 2009. p 11)

Existen diferentes maneras de entender y manejar el consumo de alcohol. Algunos autores lo consideran como un trastorno conductual crónico, donde se presentan ingestas excesivas en proporción con lo aceptado socialmente y con la capacidad de resistencia física del sujeto (Del sol, Álvarez & Rivero, 2010). Por su parte, Sirvent (2006) considera

que el consumo de alcohol es una adicción la cual se consolida debido a un proceso inicial y progresivo de auto engaño. Desde las perspectivas biológicas, Koob y Le Moal (2006), sostienen la postura de que las adicciones son una enfermedad cerebral con características genéticas y fisiológicas donde se ven afectados los procesos neuronales en términos de liberación de neurotransmisores, prevención de su reutilización o limitación de sus efectos.

Para el presente trabajo, se hará uso de la definición de Weinberg (2008) el cual considera el consumo de alcohol como una adicción, y sustenta su definición en un “agente no humano encarnado materialmente, cuyos efectos son fácilmente observables y profundamente influyentes en la vida de las personas” (Weinberg, 2008, p. 161) acompañado por una pérdida del auto control que debe estar obligatoriamente ligada a la relevancia que tiene para el sujeto el consumo, los significados que están asociados al mismo y las experiencias de iniciación y posterior mantenimiento relevantes para el individuo (Weinberg, 2008).

Es importante agregar a la definición previamente planteada que el consumo de alcohol no es igual a la dependencia al mismo. La dependencia implica “que la vida del individuo se estructura alrededor de la bebida, y ésta constituye su máxima prioridad, lo cual sugiere que es el resultado de una compleja interacción entre vulnerabilidad individual y factores ambientales.” (Franco & Giner, 2008, p 73).

Rehabilitación y recaídas

La finalidad de una rehabilitación es ayudar al paciente a recuperar el equilibrio y estabilidad que se habían disminuido por la adicción, implicando la restauración de la valía previa al padecimiento. Así, el interés se centra en la parte sana y las capacidades que el sujeto todavía conserva, con el fin de devolverle la autonomía al mismo, involucrando aquí

factores mentales, psicológicos, físicos, sociales y espirituales (Naveillan, 1992; Torres, 2007).

En el aspecto físico, se trata de incrementar el nivel de salud y desarrollar aptitudes a través de los deportes y capacitación laboral, entre otras (Castillo & Escobar, 2010). En la esfera psicológica se busca desarrollar un bienestar para el sujeto, mejorar la imagen o idea de sí mismo y potencializar las aptitudes existentes mediante la educación, capacitación, desarrollo cultural, etc. (Giraldo, 2009). En la parte social está la reorganización y desarrollo de la familia, realización en un trabajo adecuado, cambio de amistades y de pareja y el incremento de la asertividad social (Romero, 2011; y Díaz, Correa, Vacca, Barboza, Méndez & Muñoz, 2012). Por último, referente a lo espiritual, se trabaja todo lo relacionado con los valores, la religión y el sentido de vida (Neira, 2012).

La persona con un problema de adicción que ha experimentado un proceso de cambio, atraviesa por diferentes experiencias en su vida y debe adaptarse de nuevo al mundo en el que vivía. Este proceso de adaptación pone a prueba la calidad del programa de recuperación que la persona ha interiorizado, cambios que, dependiendo de su estructuración personal, afrontará de manera adecuada o inadecuada el proceso de recaída (Martínez, 2009).

El proceso de recuperación de las adicciones unido al fenómeno de la recaída son aspectos relativamente recientes en la historia del estudio y tratamiento de adicciones (Díaz, 2005). Koob y Le Moal (2006); Díaz (2005) desde una perspectiva bio-médica de la adicción, consideran que las recaídas están presentes debido a que el consumo prolongado genera en el cuerpo del adicto una adaptación neurológica compensatoria, que le permite al sistema nervioso soportar la sustancia. Estos efectos de tolerancia no siempre son fisiológicamente evidentes hasta que se restringe del todo el consumo y aparecen los

síntomas de abstinencia; los cuales provocan una reducción de la sensación de placer que lleva al individuo a querer buscar nuevamente el “equilibrio”.

“Recaída” es el término que se utiliza de manera tradicional en el ámbito del tratamiento de adicciones e implica volver al consumo de sustancias tras un periodo de abstinencia. Recientemente, la recaída se ha valorado como un fenómeno complejo que involucra mucho más que solo el acto de volver a consumir químicos que alteran el estado de ánimo. En la actualidad es vista como un proceso que incluye cambios en las actitudes, conductas y elecciones del paciente que lo llevan, en forma progresiva, a estar más cerca de volver a consumir (Washton & Zweben, 2008; Korovsky, Rial & Olave, 2006; Calvo, Pérez, Sacristan y Paricio, 2009).

Washton y Zweben (2008) mencionan que se han logrado identificar diferentes factores que precipitan la recaída, entre los que se encuentran, 1) indicadores o detonantes del entorno asociados con el anterior consumo de sustancias, 2) habilidades inadecuadas para tratar de resolver problemas, 3) expectativas no reales o distorsiones cognitivas, 4) síndrome de abstinencia persistente, incluyendo anhedonia y disforia post sustancia y 5) motivaciones como la pena, culpa, abusos anteriores etc. (Sánchez & Llorente del Pozo, 2012.)

Prevención de recaídas

La prevención de recaídas consiste en brindar herramientas para que el individuo que ha dejado de consumir sepa reconocer cuáles son las creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden reiniciar su consumo. Esto con el fin de poder llegar a actuar antes de que se produzca una recaída y así evitarla o, en el peor de los casos, para aprender de ella y evitar futuras reincidencias (Korovsky, Rial & Olave, 2006).

Si la persona cede ante el deseo del consumo, lo cual en el primer momento puede considerarse como una equivocación, aparecerán dos tipos de respuestas; por un lado, la culpa que llevará a la persona a justificarse a sí mismo, creyendo no puede lograrlo y que es un fracasado. O por otro lado, una idea de control “no va a pasar nada” que se convertirá en una indefensión y desesperanza “no seré capaz de salir de esto”. Ambas situaciones ponen en riesgo de consumo a la persona para que ante nuevos estímulos ambientales, individuales o familiares se produzca una recaída caracterizada por un crisis en la motivación para el cambio (Korovosky, Rial & Olave. 2006).

Al revisar las experiencias de las recaídas, muchos pacientes logran identificar señales específicas o indicios de peligro que anteceden al retorno al consumo de alcohol. Así, es vital fomentar un apoyo de aprendizaje para tomar las acciones pertinentes que permitan detener el proceso antes de que culmine en un regreso al consumo de alcohol (Echeburúa, Corral y Amor, 2004).

El propósito es ayudar a anticipar las “trampas” con las que se encuentra la persona de manera más frecuente. Este tipo de intervenciones educativas tienden a ser formas no amenazantes de contrarrestar la negación y motivar a los pacientes para cambiar (Washton y Zweben, 2008).

Adicionalmente, es vital tratar con las fantasías de volver a un consumo “controlado”, el éxito obtenido al establecer la abstinencia puede llevar a un regreso a la ambivalencia, a un sentimiento de que la vida ha mejorado a tal grado que puede llegar a tener un consumo de la sustancia de manera controlada, por tanto, aquellos que han tenido un progreso sustancial pueden ser muy vulnerables a la idea de que sus logros pueden llevarlos a una posición de controlar su consumo; así es que la participación de los grupos de autoayuda o

de recuperación puede llegar a lograr compensar el vacío que provoca la recaída (Washton & Zweben, 2008 y Fernandez, Carballo, Secades & García, 2007).

Para contrarrestar, durante la recuperación temprana, donde puede existir la tendencia de algunos pacientes a experimentar el recuerdo eufórico, estos deben ser alentados a mantener recordatorios vividos y visibles de las consecuencias negativas ocasionados por el consumo trabajando a la par con las redes sociales que lo rodean y la presión social, algunos necesitarán construir nuevas redes para tener éxito en su propósito de mantenerse abstemios, logrando así un control de los impulsos presentes (Washton & Zweben, 2008).

Otra de las estrategias se basa en evitar el primer trago, “si usted no ingiere el primer trago, nunca se emborrachará” “un trago es excesivo, pero veinte pueden no ser suficientes”. Esta ideología sostiene que el primer trago va a activar el deseo y posteriormente la compulsión de beber más y más hasta encontrar los problemas causados por la bebida, lo cual se enlaza, con una segunda estrategia y la más común dentro de estos grupos de apoyo, usar el plan de las 24 horas: El día de hoy siempre será más flexible y más alcanzable; la vida es cotidiana, y cualquier persona puede permanecer un día sin beber (Martínez, 2009).

Otra estrategia se basa en ponerse en actividad ya sea dentro de Alcohólicos Anónimos (A.A) o fuera de esta organización. Esta estrategia consiste en mantenerse activos durante el proceso de recuperación del alcoholismo generalmente alrededor de A.A, o también implica practicar algún deporte o ejercicio, lectura, actividades artísticas, con el fin de alejar la mente de la idea de consumo y de las viejas rutinas, ayudando así a calmar la ansiedad que el proceso de abstinencia genera (Alcohólicos Anónimos, 1975).

Otro punto clave, es el manejo de la ira y los resentimientos, donde el aporte está en ayudar a los miembros de A.A a identificar las señales de ira y encontrar modos de

expresión adecuados y constructivos, generando tipos de respuesta con mayor asertividad, organizando las ideas previamente al actuar y considerando las opiniones de otros (Alcohólicos Anónimos, 1975).

La integración y la normalización social constituyen la base de la meta del tratamiento de la dependencia alcohólica, y podría definirse como la etapa de recuperación integral del paciente, donde después de las etapas de desintoxicación, deshabitación y estabilización, se deben utilizar estrategias psicosociales que permitan la normalización de todos los aspectos de la vida del paciente a nivel familiar, individual y social (Sánchez, 2009).

Tratamiento e intervención al paciente alcohólico

La intervención asociada a la desintoxicación y rehabilitación, debe tener en cuenta factores del tratamiento referentes a las necesidades y condiciones tanto internas como externas del paciente que aseguren éxito en el proceso. Valdés-Stauber (2005) considera que un tratamiento eficaz ha de tener fases que proporcionen un servicio psicosocial y médico al paciente alcohólico, acompañado por revisiones en la literatura que permitan la aplicación y uso de la técnica más pertinente para cada paciente. A su vez, es fundamental tener en cuenta factores como la duración, el entorno, la modalidad de trabajo y las habilidades del clínico en la utilización de cada modelo (Raistrick, Heather y Godfrey, 2007).

Guardia, Jiménez, Pascual, Flórez y Contel (2008) plantean que entre los pacientes que han recibido tratamiento psicosocial, el 70% refiere una reducción del número de días de consumo de alcohol y una mejoría de su salud en un periodo posterior a 6 meses. Aunque la mayoría reporta haber tenido por lo menos un episodio de recaída durante el primer año de tratamiento, el consumo se vio reducido a mínimas cantidades, acompañado por una disminución en la frecuencia en contraste con el inicio del proceso terapéutico. El

tratamiento pasó por la abstinencia total del 70% al 90% de los días y se presentó un consumo excesivo de alcohol sólo del 5% al 10% de los mismos.

Jimenez, Pascual y Cols (2007) afirman que el consumo de alcohol puede causar cuadros de intoxicación aguda asociados a su ingesta, con factores ambientales y otros como la cantidad, frecuencia, intensidad y sintomatología presente que condicionarán el manejo terapéutico a desarrollar. La base del tratamiento psicosocial está enfocada entonces tanto en la motivación en pro de la aceptación para el proceso del paciente, como en la permanencia en abstinencia y por consiguiente impedimento contundente de las recaídas. Para lograr dicho cometido, se inicia con una fase de desintoxicación, en la cual se elimina radicalmente la ingesta de alcohol, mediante la utilización de fármacos y estrategias que generen dicha supresión (Valdés – Stauber, 2005). Para el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Un tratamiento de desintoxicación aguda de alcohol ocasional y no de riesgo, tendrá como objetivo principal la limpieza física de las grandes cantidades de la sustancia y la evitación de posibles accidentes o lesiones. Por otro lado, en un bebedor regular que presente dependencia alcohólica y por lo tanto sea un consumidor de riesgo, el tratamiento estará enfocado en prevenir el desarrollo de un posible síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) y facilitar el primer paso en dirección a establecer un tratamiento de deshabitación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Tras la desintoxicación, la siguiente fase es la deshabitación cuyo objetivo principal es la prevención de recaídas en el consumo, mediante un abordaje multimodal. La deshabitación, como segunda fase del proceso, está compuesta por una etapa de intervención psicosocial y farmacoterapia específica basada en interdictores, anticraving y otros medicamentos utilizados para las comorbilidades médicas y psiquiátricas asociadas al consumo (Jimenez et al.,2008).

Terapia humanista existencial

“La terapia humanista existencial aborda problemáticas con relación a preocupaciones básicas de la vida, definiéndose como un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es promover un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia” (Imbernón y García, 2009, p445) . El objetivo de la terapia es analizar el proyecto individual y su modificación a partir de la autonomía para crear nuevos significados en ausencia del cambio de la realidad externa; se enfoca entonces en la percepción que tiene la persona frente a las cosas y la capacidad propia para recuperar su auto posesión (Imbernón y García, 2009; Romo, 2011; Goodman, 2009; López, 2009; U.S. department of health and human services, 2012; Scholl, McGowan y Hansen, 2012).

Registro ansiedad

El registro de ansiedad es una línea de base que permite identificar los posibles disparadores de la ansiedad, permitiendo una alternativa de acción y opciones de afrontamiento. Este tipo de registros son útiles en las primeras fases de recuperación y el inicio del plan soporte. La supervisión del registro debe ser llevada por un terapeuta. (Martínez (2005) y Ariz, Cariñena, García, Moros, Pascual y Salaberri (2009).

Grupos de Soporte, Dimensión espiritual y 12 pasos

Desde el planteamiento hecho por El instituto Nacional de Salud- National Institutes of Health (2010) La terapia de facilitación de 12 pasos se concibe como una estrategia terapéutica que tiene como base el compromiso del paciente en el proceso y el aumento de las posibilidades de vinculación con el fin de disminuir las probabilidades de recaída. Según Bevacqua y Hoffman (2010), predominan tres procesos claves: La aceptación de la condición de dependencia al alcohol, la adopción de la noción de alcoholismo, los riesgos

de la enfermedad y la incapacidad de control que sugiere la dependencia, para que se identifique con la concepción de la enfermedad y entienda que lo que está viviendo es “normal” en pacientes con dicha condición y que la incapacidad de manejar su propia vida tiene un lazo estrecho con la dependencia al alcohol.

El segundo fundamento de la estrategia corresponde a la entrega, en donde el paciente debe someterse a un poder superior de compromiso y aceptación de ayuda y apoyo no solo de los profesionales, sino también de grupos de otros adictos que estén pasando por la misma situación, entendiendo así, que todos están en igualdad de condiciones de incapacidad por la enfermedad. Finalmente, el tercer paso, corresponde al seguimiento riguroso, puntual y estricto de las actividades sugeridas y establecidas en el programa de 12 pasos y dirigidas por el profesional a cargo, siendo el participante, protagonista activo del proceso (Bevacqua y Hoffman, 2010).

Gutiérrez, Andrade, Jiménez y Juárez (2007) , en su investigación, buscaban conocer en qué medida la práctica de los 12 pasos y la experiencia espiritual influyen en el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos anónimos. Encontraron que la dimensión espiritual en los consumidores es una fuente protectora que favorece al proceso de tratamiento, funcionando como un ente mediador que proporciona largos periodos de abstinencia en integrantes de alcohólicos anónimos. Esto, sustentado en términos de la aceptación de una fuerza espiritual procedente de un poder superior para la recuperación, visto como una experiencia de transformación como resultado de la práctica de los 12 pasos.

En esta misma línea, Willie (2010) en su investigación hace uso de la historia de vida como técnica para profundizar en cómo el sujeto logra permanecer en abstinencia con el apoyo de un grupo de autoayuda como alcohólicos anónimos. Considerando estos a partir

de una base religiosa, apoyándose de un “poder superior” y la ayuda de otros para lograr la abstinencia con el programa de 12 pasos.

Guitirrez et al. (2007) realizaron un estudio donde muestra fue de 192 miembros, procedentes del sur de México, dividida en un grupo de 49 que habían presentado algún tipo de recaída y 143 que no habían pasado por este proceso. Se utilizó un formato de 12 preguntas para explorar la práctica de cada uno de los pasos con el fin de determinar la influencia de los principios espirituales de estos y otra escala de 12 reactivos para determinar la periodicidad. Encontraron que aquellos participantes no recaídos, habían practicado un mayor número de pasos, en donde el 75% del grupo utiliza la creencia en un poder superior y la oración como retorno de su abstinencia y estabilidad; por el contrario, el 50% de los participantes en el grupo de aquellos que han recaído, no genera ningún tipo de práctica espiritual y tampoco expresan la determinación para eliminar defectos del carácter. Adicionalmente, el grupo de no recaídos practica más el escribir detalladamente sus problemáticas y posteriormente leerlas a otra persona con unos porcentajes de 78 y 75% respectivamente, contrario a los recaídos quienes lo realizan en un porcentaje de 59% y 55%. Además, se encontró que los sujetos no recaídos son quienes más procuran elaborar la lista de personas a quienes han dañado, con el fin de repararlo y anticipar o solucionar problemas interpersonales. Por último, plantean que un mayor involucramiento del paso 4 al 12, aumenta en un 10% la posibilidad de generar un despertar espiritual, y duplica la posibilidad de mantenerse en abstinencia (Sociedad Científica Española De Estudios Sobre Alcohol , 2007)

Registro de pensamientos o reestructuración cognitiva humorística

Una vez iniciado un proceso de tratamiento, muchas de las creencias adictivas son comprendidas por el consultante en proceso, sin embargo, por las características de

pensamiento automático en las que se manifiestan las creencias, es importante desarrollar un proceso directivo de entrenamiento en la identificación de las mismas, para posteriormente, convertir el entrenamiento en una reestructuración cognitiva constante (Bados y García, 2010).

La reestructuración es la identificación del pensamiento adictivo para su posterior ironización, generando así, un auto distanciamiento de dicho disparador y de la misma forma un monitoreo y regulación del mismo (Martínez, 2005). Este tipo de entrenamiento debe llevarse a cabo de forma intensa durante la fase de recuperación, de tal modo, que en la finalización de esta etapa, se haya interiorizado esta herramienta y pueda utilizarse a nivel mental, en cuestión de segundos y sin la escritura de los pensamientos. Finalmente, es necesario que dicho entrenamiento sea supervisado por un terapeuta semanalmente, para determinar de esa manera la viabilidad del mecanismo o la necesidad de otro tipo de intervención (Martínez, 2005).

Diario Terapéutico

Martínez (2005) identifica el diario terapéutico como un espacio de reflexión privado y personal, que funciona como medio de desahogo y autoevaluación. Es una herramienta autónoma, en donde ningún miembro del sistema terapéutico tiene acceso sin previo consentimiento del consultante. Durante el desarrollo de dicha estrategia, se intenta responder a las preguntas: ¿Qué aprendí hoy?, ¿Qué oportunidades de aprendizaje aproveché hoy?, ¿En qué retrocedí hoy?, ¿Qué necesidades tengo para mañana? y ¿Cuál es mi compromiso? El diario es escrito por el consultante durante el día o al finalizar el mismo, siendo revisado por el terapeuta al día siguiente.

Huellas de Sentido

Las huellas de sentido se refieren a las razones diarias para vivir. Son aquellos pequeños o grandes momentos cotidianos que llenan la vida de sentido, de la misma manera es la captación de valores en el pasado, el presente y las posibilidades futuras. El sentido, como cualquier vivencia, es atemporal permitiendo que los significados temporales puedan ser consientes o actualizados al ver las captaciones que realizan otras personas. (Martínez,2005; Copello, 2010).

Los registros de huella de sentido permiten identificar los sistemas axiológicos de los consultantes. En éstos, se pueden observar la presencia de sistemas piramidales que consisten en la captación de un valor máximo o supremo, como la familia, o un único bien depositario de todos los valores y no permiten ver las ilimitadas posibilidades del mundo de los valores. De igual forma, se puede identificar los sistemas axiológicos paralelos, en donde la presencia de valores generan un contexto en que tras la pérdida de un valor, hay otras huellas de sentido por las cuales y para cuales seguir viviendo (Irizar, 2008).

Las anteriores corresponden a algunas de las técnicas utilizadas por el modelo Humanista Existencial para la intervención terapéutica del paciente alcohólico y a la prevención de recaídas del mismo. El proceso constituye, entonces, una base fundamental para el éxito del proceso y para generar un cambio positivo en la vida y en la salud del paciente. Factores individuales de cada caso son atendidos desde cada intervención terapéutica y las diferentes modalidades de trabajo están orientadas al nuevo proyecto de vida por medio de la reconstrucción y re significación del hoy de cada individuo. De ahí la importancia de nombrar cada técnica y cada tratamiento utilizado y así entender el fin primordial de cambio en el que se debe trabajar.

Discusión y conclusiones

Con respecto a las terapias sustentadas desde un enfoque humanista existencial se evidencia que los eventos posteriores a la rehabilitación hacen parte de un proceso y no a una técnica específica. Sin embargo, el adicto en términos de la re significación del estilo y proyecto de vida va a llevar a cabo el paso por dos etapas fundamentales. La primera de éstas se sustenta en términos de un alejamiento de las rutinas cotidianas anteriores a la rehabilitación, en donde la prevención de recaídas se asume a partir de la autopercepción de temor y riesgo, debido a la propensión del individuo por retomar sus hábitos. Teniendo en cuenta que no son solo los aspectos sociales los que influyen; también se involucran síntomas de abstinencia que gobiernan el pensar y actuar del sujeto, que lo inducen de manera psicológica al equilibrio de su cuerpo por medio del consumo de sustancias a las que solía estar acostumbrado.

En esta primera etapa el consultante no encuentra puntos positivos al malestar vivido, y considera que todos los demás “gozan de una vida, de la cual éste se encuentra privado” Donde incluso los planes que no involucran alcohol, empiezan a ser insignificantes para el individuo en tratamiento (Martínez, 2006). Esto se encuentra sustentado a la luz de los altos niveles de ansiedad auspiciados por la respuesta inicial de desintoxicación, pero luego por la ansiedad psicológica que se genera en términos de la asociación con todo tipo de lugares, amistades, fechas y el consumo de tabaco.

Con respecto a la segunda etapa, donde el tiempo y apoyo terapéutico ya han causado efectos en el individuo, cabe cuestionarse ¿qué ha ocurrido con lo que el sujeto a vivido de manera diferente y bajo una visión social distinta?

El individuo rehabilitado debe empezar a verse como un adicto que lleva un nuevo estilo de vida con ausencia de elementos relacionados al consumo que lo mantienen sano y en pie. Por supuesto que hay que recordar lo malo, como historia de vida y como huella de

sentido, pero el sujeto no es la adicción, sencillamente hay sustancias que su cuerpo no tolera. En ningún momento se debe dejar a un lado la ansiedad constante y la tensión que produce el estar en auto cuidado, y recibir apoyo de soporte, pero esto debe hacer parte del proceso y no ser el proceso en sí.

Con base en esto, en la segunda etapa se empieza a ver el individuo como un ser que ha reestructurado su proyecto de vida y para lo cual, los nuevos eventos sin consumo, hacen parte de experiencias actuales positivas y reconfortantes que le permiten encontrar un sentido a su existencia sin alcohol. Así, la abstinencia ya no se concibe como un problema, o una falencia, se convierte entonces; en una modalidad de funcionamiento que ha traído tantas vivencias positivas en términos de la relación familiar, académica, laboral, psicológica y social, entre otras, que encaminan al sujeto hacia la prevención de recaídas pero desde sus áreas sanas. El contacto con otros sujetos, y las relaciones sociales y ambientales, no dependen de como otros se acomodan al problema del adicto, es éste, quien debe tener sus propias estrategias de afrontamiento que lo favorezcan y encaminen.

En conclusión, el adicto, no debe vivir con temor y precaución frente a todas sus rutinas post rehabilitación, la prevención de recaídas es un punto fundamental que acompaña al proceso, donde la re significación de su estilo de vida, lo debe vincular a un nuevo proyecto partiendo de lo sano, con una fase inicial de autocuidado y distanciamiento, seguida por el cambio de rutinas y funcionamiento adecuado, con la eliminación de determinadas sustancias presentes en su consumo habitual.

Para futuras investigaciones se recomienda abarcar temáticas asociadas a paradigmas culturales, consolidación de marcos arbitrarios con asociaciones que reconozcan el grande esfuerzo y valentía de aquellos que deciden funcionar con prácticas diferentes a las que la

cultura en la que se encuentran inmersos les exige, el fortalecimiento frente a la sensación de aislamiento, la visión social referente a lo bueno o malo según perspectiva personal, herramientas frente al rechazo y campañas preventivas en general, involucrando en estas no solo la idea de que el alcohólico es aquel que “consume todos los días”, puesto que en muchos casos estos ejemplos ni están presentes, aspecto que disminuye la percepción de riesgo para el resto de la sociedad no consciente.

Referencias

- Ariz, M. Cariñena, A. García, M. Moros, A. Pascual, P. & Salaberri, A. (2009). Manejo de la Ansiedad en Atención Primaria. Guía de Actuación. *Servicio Navarro de Salud*
- Arias, E. (2010). Preocupantes Cifras de Alcoholismo en Adolescentes Bogotanos. Recuperado el 2 de Diciembre de 2012 en la página web http://concejodebogota.gov.co/prontus_concejobogota/site/artic/20100519/pags/20100519121124.php.
- Bados, A. & García, E. La técnica de la Reestructuración Cognitiva. Recuperado el 23 de noviembre. [En línea]. Consultado [27,agosto,2013]. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>.
- Bevacqua, T & Hoffman, E.(2010). William James’s “Sick-Minded Soul” and the AA Recovery Paradigm: Time for a Reappraisal. *Journal of humanistic psychology*. 20 (10) 1-19.
- Cadaveria, F. (2009). Alcohol y Cerebro Adolescente. *Adicciones*. 21 (1) 9-14.

- Calvo, P. Pérez, A. Sacristán, P & Paricio, C. (2009). Terapia Grupal en Prevención de Recaídas del Alcoholismo frente a Seguimiento Ambulatorio Habitual. *Adicciones*. 21 (1) 15-19.
- Castillo, T. & Escobar, M. (2010). *Consecuencias del Alcoholismo de las Personas que Asisten a un Centro de Rehabilitación* (Tesis de grado no publicada). México: Universidad Veracruzana.
- Copello, L. (2010). Violencia, Depresión y Adicción en los Jóvenes: Recursos para Prevenir desde la Escuela y la Familia. [Folleto]. Buenos Aires: Ministerio de desarrollo social. Gobierno de la ciudad, unidad de coordinación de políticas de juventud.
- Del sol, L. Álvarez, O. & Rivero, J. (2010). Consumo de Alcohol. *Revista Científica Médica de Cienfuegos*. 10, 61-51.
- Díaz, L. Correa, L. Vacca, A. Barboza, C. Méndez, M. & Muñoz, L. (2012). Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios y Personas con Proceso de Rehabilitación. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 14 (1) 25-43.
- Díaz, L. & Palucci, M. (2010). El Papel de los Profesionales en Centros de Atención en Drogas en Ambulatorios de la Ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol 18. Pp 573-581.
- Duran, S. Guevara, D & Valencia, S. (2011). *Consumo Cultural Universitario* (Tesis de pregrado no publicada). Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
- Echeburúa, E. Corral, P & Amor, P. (2004). Prevención de Recaídas en las Ludopatías. *Salud y Drogas*. 4 (2) 97-116.
- Fernandez, J. Carballo, J. Secades, R & García, O. (2007). Modelos Teóricos de la Conducta Adictiva y Recuperación Natural. Análisis de la Relación y Consecuencias. *Papeles del Psicólogo*. 28 (1) 2-10
- Franco, M. & Giner, J. (2008) Síndrome de Dependencia del Alcohol. *Jano*, 1714.

- Gil, J. (2008). Consumo de Alcohol entre Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 346,291-313.
- Giraldo, J. (2009). *Aproximación Teórica y de Tratamiento, desde la Terapia Gestalt para Orientar al Terapeuta que Acompaña el Proceso del Darse Cuenta del Drogodependiente*. (Tesis de pregrado no publicada). Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Goodman, S. (2009). *Psychodynamic Approach to Addiction Treatment*. Recuperado el 23 de noviembre. [En línea]. Consultado [23,novimbre,2012]. Disponible en <http://www.caronrenaissance.org/sites/caronrenaissance.org/files/psychodynamicapproachtoaddictiontreatment.pdf>.
- Gutierrez, R. Andrade-Palos, P. Jimenez, T. & Juárez, G. (2007). La espiritualidad y su relacion con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcoholicos Anonimos. *Salud Mental*. 30 (4).
- Imbernón, C & García, J. (2009). Psicoterapias Humanístico Existenciales: Fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 29 (104) 437-453.
- Irizar, L. (2008). *Tras las Huellas de Sentido*. Colombia: Editores S.A.
- Jimenez, M. Pascual, P. Flórez, G. & Contel, M. (2007). *Guía Clínica de Alcoholismo*. Socidrogalcohol: Venezuela.
- Koob, G & Le Moal, M. (2006). *The Neurobiology of Addiction: a Neuroadapational View Relevant for Diagnosis*. California: Academic Press
- Korovsky, G. Rial, C & Olave, M. (2006). *El Desafío de la Prevención de Recaídas en Drogodependencias*. Programa KEIROS.

López, V. (2009). *Uso de Terapia Humanista en Mujer con Insatisfacción Matrimonial y Laboral: Un Estudio de Caso* (Tesis de grado publicada). Quito: Universidad San Francisco de Quito.

Martínez, E. (2005). *Hacia una Recuperación con Sentido*. Bogotá: Ediciones Aquí y Ahora.

Martínez, E. (2009). *Prevención de Recaídas*. Bogotá: Ediciones Aquí y Ahora.

Monras, M. Mondon, S. & Jou, J. (2010). Estrategias de Afrontamiento en Enfermos Alcohólicos. Diferencias Según el Consumo de Benzodiazepinas, los Trastornos de la Personalidad y el Deterioro Cognitivo. *Adicciones*. 22 (3) 191-198.

Naveillan, P. (1992). *Alcoholismo laboral*. Chile: Editorial jurídica de Chile.

National Institutes of Health. (2010). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía Basada en las Investigaciones*. Recuperado el 4 de diciembre de 2012 en la página web <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drog-4>

Neira, A. (2012). *Comprensión desde la Logoterapia del Despliegue de la Dimensión Noética de Adultos con Problemas de Adicción que han Vivenciado el “Grupo de Apoyo Existencial”*. (Tesis de pregrado no publicada). Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana, Colombia.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia Mundial para Reducir el uso Nocivo del Alcohol*. Organización Mundial de la salud: Adicciones. Recuperado el 22 de noviembre de 2012 en la página web http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

- Raistrick, D. Heather, N & Godfrey, C. (2007). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems* [En línea]. Consultado [16,Marzo,2013] Disponible en http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_for_alcohol_problems_fullreport_2006_alcohol2.pdf.
- Romo, M. (2011). *Terapia Humanista en una Mujer con Indecisión Laboral y Preocupación por los Miedos de su Hijos: Caso de Estudio* (Tesis de grado publicada). Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Romero, A. (2011). Familia, Cohesión, Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y de Alcohol en Jóvenes. *Katharsis*. No 12. Pp. 59-67.
- Salm, T. Seigny, P. Mulholland, V. & Greenberg, H. (2011). Prevalence and Pedagogy: Understanding Substance Abuse in Schools. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 55 (1) 70-92.
- Sánchez, J. (2009). El alcoholismo. Cuba: Cultural, S.A.
- Sánchez, E & Llorente del Pozo, J. (2012). Recaídas en la Adicción a Cocaína: Una Revisión. *Adicciones*. 12 (3) 269-280.
- Scholl, M. McGowan, A & Hansen, J (2012). *Humanistic Perspectives on Contemporary Counseling Issues*. New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Sirvent, C. (2006). Autoengaño y Adicción. *Norte de Salud Mental*. 26, 39-47.
- Sociedad científica española de Estudios sobre el Alcohol. (2007). Guía Clínica De Intervención Psicológica En Adicciones.
- Sociedad científica española de Estudios sobre el Alcohol (2008). Alcoholismo.
- U.S. department of health and human services (2012). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse (Chap. 4) [Online] Brief Humanistic and Existential Therapies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/pdf/TOC.pdf>

Varela, M. Salazar, I. Cáceres, D. & Tovar, C. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas Ilegales en Jóvenes: Factores Psicosociales Asociados. *Pensamiento Psicológico*. 3 (8) 31-45.

Valdés-Stauber, J. (2005). Estrategias en el Tratamiento de Desintoxicación Alcohólica. *Adicciones*. 15(4). 351-368.

Washton, A & Zweben, J. (2008). Tratamiento de Problemas de Alcohol y Drogas en la Practica Terapéutica. México: Manual Moderno.

Weinberg, D. (2008). Hacia un Entendimiento Post-Humanista de la Adicción. *Política y Sociedad*. 45 (3), 159-175