



**UNIVERSIDAD DEL
AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

TEMA:

**PROBLEMAS QUE DIFICULTAN LA REINserCIÓN SOCIAL EN 20
PACIENTES DROGODEPENDIENTES EGRESADOS DEL CREVIN DE
GIRÓN DURANTE EL PERIODO 2005-2009**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

AUTORES: Gárate Rodríguez Rodrigo Espartaco

Torres Tinizaray Segundo Isaías

DIRECTOR: Dr. Patricio Cabrera.

CUENCA - ECUADOR

2010

DEDICATORIA.

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes nos han apoyado y brindado su ayuda de manera incondicional a lo largo de nuestra carrera y en especial en la elaboración de este trabajo.

A todas las personas que de una u otra forma estuvieron con nosotros en los momentos difíciles de nuestra vida académica gracias, sin ustedes no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTO.

De la manera más cordial agradecemos al Dr. Patricio Cabrera pues sin su ayuda y supervisión no hubiera sido posible la culminación del presente trabajo.

También agradecemos a todo el personal que labora en el centro de rehabilitación de alcohol y drogas CREVIN quienes nos colaboraron de manera incondicional.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Contenidos	Página
Introducción.....	1
Capítulo I: La drogodependencia	
Introducción.....	3
1.1 Concepto.....	3
1.2 Factores de riesgo para el fenómeno de la drogodependencia.....	4
1.2.1 Factores de riesgo de carácter personal.....	5
1.2.2 Factores de riesgo de carácter familiar.....	6
1.2.3 Factores de riesgo de carácter comunitario.....	8
1.2.4 Factores de riesgo de carácter social.....	9
1.3 Proceso de la drogodependencia:.....	10
1.4 Criterios de diagnóstico.....	11
1.5 Tratamiento.....	13
1.5.1 Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva:.....	14
1.5.2 Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva...15	
Conclusiones.....	19
Capítulo II: La recaída	
Introducción.....	20
2.1 Concepto.....	21
2.2 Proceso de la recaída.....	22
2.3 Síntomas de una recaída.....	23
2.4 Factores de recaída.....	24
2.4.1 Factor familiar.....	24
2.4.2 Factor laboral.....	27
2.4.3 Factor Social.....	31
Conclusiones.....	34
Capítulo III: Dificultades para la reinserción social de 20 pacientes drogodependiente egresados del CREVIN	

Introducción.....	35
3.1 Indicadores que demuestran la dificultad de la reinserción.....	36
3.1.1 Indicadores por sexo.....	37
3.1.2 Indicadores por edades.....	37
3.1.3 Indicadores sociales.....	39
3.1.4 Indicadores familiares.....	40
3.1.5 Indicadores laborales.....	41
3.1.6 Indicadores Generales.....	43
Conclusiones.....	47
Capitulo IV: Prevención de la recaída	
Introducción.....	49
4.1 La prevención de recaídas como estrategia preventiva comunitaria	50
4.2 Algunos ejemplos de trabajo en prevención de recaídas.....	53
4.3 Factores que aumentarían el riesgo de recaída.....	54
4.4 Factores que servirían como protección para prevenir una recaída.....	55
Conclusiones generales.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	61

Resumen

La presente tesis de investigación que lleva por título “Problemas que dificultaron la reinserción social en 20 pacientes drogodependientes egresados del CREVIN de Girón durante el periodo 2005- 2009, se trata de una argumentación acerca de los factores que provocan la entrada en el camino de la dependencia del consumo de sus drogas legales o ilegales, destaca las dificultades para la reinserción; el desarrollo del mismo inicia en las bases del consumo porque constataremos, que si éstas no son trabajadas y superadas, al ingreso del paciente serán las que aún con más fuerza influyan en la recaída.

Se hace una presentación del tema alrededor del análisis de cuatro partes o capítulos que con su debida secuencia buscan encontrar respuestas satisfactorias para la perseverancia en el período pos internamiento del tratamiento dado a los pacientes drogodependientes.

ABSTRACT.

This thesis, titled "Problems that Made it Difficult to Get the Social Rehabilitation of 20 Drug- Addict Patients Discharged from CREVIN of Giron during the 2005-2009 Period" is an argumentation about the factor that cause some people to enter into the world of addiction to both legal and illegal drugs and how they can be rehabilitated. The problem needs to be focused considering the reasons people have to begin using drugs and dealing with the purpose of attacking the possible causes at an early stage, considering it is more difficult to rehabilitated a patient when he enters a rehabilitation center than in later stages of their addiction.

This topic is divided into four sequential sections, which are analyzed with the purpose of finding satisfactory responses to help the drug- addict patients be persistent in their rehabilitation during the post- internship stage.

Introducción.

La presente tesis de investigación que lleva por título “Problemas que dificultaron la reinserción social en 20 pacientes drogodependientes egresados del CREVIN de Girón durante el periodo 2005- 2009”, se trata de una argumentación acerca de los factores que provocan en las personas la entrada en el camino de la dependencia del consumo de sus drogas legales o ilegales con el fin de cambiar sus estado natural hacia otro mayor satisfactorio pero irreal; si bien es cierto, el trabajo tiene como propósito destacar las dificultades para la reinserción, el desarrollo del mismo inicia en las bases del consumo porque constataremos, que si estas no son trabajadas y superadas, al ingreso del paciente serán las que aún con más fuerza influyan en la recaída.

Se hace una presentación del tema alrededor del análisis de cuatro capítulos, que con su debida secuencia buscan encontrar respuestas satisfactorias para la perseverancia en el período pos internamiento del tratamiento dado a los pacientes drogodependientes.

Así, para el efecto, en el primer capítulo denominado “La drogodependencia”, hacemos una presentación detallada de los criterios científicos para por medio de síntomas tanto a nivel físico como psicológico; personal como social; familiar como laboral poder establecer que un paciente ha caído en la dependencia de una droga, ya sea legal o ilegal. Igualmente para complementarlo y para abrir paso al tema de la recaída exponemos algunos objetivos, fases y metodologías para el tratamiento de la drogodependencia.

En el segundo capítulo centrado ya en el tema de la recaída, hacemos un análisis de la generalidad de los pasos más comunes, los síntomas que permiten diagnosticarla y los factores que la provocan, los cuales coinciden casi absolutamente con los factores de la drogodependencia; en este tema de los factores, se hace énfasis especial en el tema de la familia como contexto determinante, el mundo laboral como la dificultad que mina la autoestima y la perseverancia, y el grupo de amigos que de forma irónica se convierte en uno de los elementos más difíciles para la adaptación de una persona que ha pasado por un proceso de recuperación.

Ya en el plano de la experiencia práctica los últimos capítulos se refieren a las dificultades vividas durante el trabajo de internamiento y reinserción llevada a cabo durante estos seis últimos años en el Centro de Rehabilitación Vida Nueva de la “Fundación Buen Samaritano” en el cantón Girón Provincia del Azuay; en primer lugar exponemos las estadísticas que iluminan e informan acerca de la realidad vivida y en segundo lugar describimos algunas experiencias que han sido aplicadas, obviamente en base a las experiencias probadas de otros centros de renombre ya sea de América Latina o de Europa.

CAPÍTULO I: LA DROGODEPENDENCIA

Introducción.

“El problema de consumo de drogas constituye, en esta década, una de las principales preocupaciones de la sociedad Ecuatoriana, en el año 2008 el CONSEP manifestó que ha recibido la visita de 12 establecimientos educativos secundarios que presentan conflictos con alumnos iniciados en el consumo de drogas y según manifestó Ximena Fernández, especialista en prevención de drogas del CONSEP en los últimos años a habido un incremento cuantioso de personas que presentan problemas de drogodependencia”.¹

La drogodependencia o farmacodependencia se caracteriza por un conjunto variable de signos y síntomas, que muestran la existencia de una compulsión a seguir consumiendo una sustancia psicoactiva de forma periódica o continua. Como elemento característico, quien es dependiente presenta un menor control sobre el consumo de una sustancia determinada y continua con su uso a pesar de la aparición de efectos tóxicos. Si bien en una primera etapa la conducta de auto administración se establece con el fin de experimentar los efectos de una sustancia, tras el consumo reiterado, esta se dirige fundamentalmente a evitar el malestar derivado de la deprivación.

Desarrollar una adicción no es algo que ocurre de la noche a la mañana. Es necesario quemar distintas etapas, por lo cual es necesario conocer la definición, el proceso y los posibles tratamientos de la drogodependencia.

1.6 Concepto de drogodependencia.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS-IV), “la característica esencial de la **dependencia de sustancias** consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”, y

¹ <http://www.consep.ec/consep.php?c=43> (julio de 2009)

añade que “existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. En este sentido la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta magnitud, y en el extremo del espectro de la dependencia se asocia a “consumo compulsivo”.

Clásicamente se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social. Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas que exponemos más adelante. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente: “obtener y consumir la droga”, y no pueden considerarse elementos separados, sino complementarios e interactuantes en una misma persona.

A efectos prácticos se pueden considerar sinónimos los términos **drogodependencia**, **adicción** y **toxicomanía**. Los dos últimos se utilizan desde hace más de cien años y en la primera mitad del presente siglo estos vocablos comenzaron a cargarse de connotaciones peyorativas, morales y legales, por lo que en los años cincuenta se introdujo la palabra drogodependencia con el fin de un uso científico más preciso”.²

1.7 Factores de riesgo para el fenómeno de la drogodependencia:

A decir de Ortega y Gasset “Yo soy yo y mis circunstancias”, la verdad es que el ser humano a más de ser un ente capacitada para “convertirse en persona” (Rogers), es también el ser llamado a la interrelación para vivir en sociedad; en esta vida social puede ser protagonista pleno de su propia construcción y de la transformación social, o por el contrario puede quedar al margen debido a limitaciones así mismo de carácter personal o del entorno, para convertirse en víctima de un proceso de abandono social en el que termina auto abandonándose.

Este abandono en todas sus expresiones, en el tema de la drogodependencia se denomina dependencia y en el extremo más negativo esclavitud que despersonaliza. La pregunta de toda disciplina suele ser: ¿Cuáles son las causas que provocan esta situación?, a continuación describiremos algunos de los factores más significativos que provocan la drogodependencia.

1.7.1 Factores de riesgo de carácter personal

Hay ciertas características privativas de cada persona que, influidas por las condiciones del entorno en que vive, pueden causar que la probabilidad de consumir drogas se transforme en una realidad.

a) Edad: la preadolescencia y la adolescencia son las edades más frecuentes en el inicio de los consumos de alcohol y otras drogas, pues de por sí el individuo sufre una serie de cambios físicos y emocionales que se caracterizan por la confusión y la angustia. Pero no sólo esas edades pueden ser factores de riesgo, mujeres y hombres a cualquier edad pueden, bajo diferentes circunstancias, pensar en el alcohol como forma de ayudarse a superar momentos de estrés, soledad, tristeza, angustia, dolor, etc. Los medicamentos entrañan también otro peligro en momentos como los nombrados, especialmente entre las mujeres.

b) Pobre o ninguna autoestima: beber alcohol o consumir drogas suelen ser recursos utilizados por personas que tienen un bajo concepto de sí mismas, para evadirse de la realidad, ya que sus efectos reducen la percepción de la escasa o ninguna validez que se otorgan. Los cambios físicos y psicológicos de la pre adolescencia y la adolescencia agudizan esta situación, que no solamente produce sufrimiento sino que dificulta el desarrollo personal y social.

c) Escasa tolerancia a la frustración: no saber aceptar fracasos y frustraciones puede llevar a buscar situaciones o sensaciones que produzcan una gratificación rápida, sin pensar que muchas veces la solución buscada es el principio de más problemas que aportarán frustraciones aún mayores.

d) Baja capacidad para discernir correctamente ante toma de decisiones: en la interacción social, se presentan numerosas oportunidades donde las personas deben

expresar su pensamiento o su deseo de hacer o no en particular. Las dudas o titubeos ante una opción pueden llevarlas a tomar una decisión equivocada.

e) Inconformismo ante las normas sociales: el abuso del alcohol y / o el consumo de otras drogas pueden ser una forma de negación a vivir acorde con una sociedad percibida como injusta y deshumanizada. Demostrar libertad rompiendo las normas establecidas es olvidarse de que la libertad de cada uno termina donde comienza la libertad de los demás.

f) Depresión: existen momentos críticos en la vida de las personas causados por situaciones que producen mucha angustia y dolor, que las vuelven más vulnerables y proclives a iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas. Separaciones, divorcios, enfermedad, muerte de seres queridos, fracaso, desempleo, soledad, deudas, etc. son algunas de las causas, entre otras, que pueden provocarla.

g) Temeridad innecesaria: hay personas que podrían ser calificadas de suicidas en potencia, pues con su forma de actuar están siempre desafiando el peligro. Cualquier edad puede presentar esta característica que habitualmente se agudiza en la adolescencia.

1.7.2 Factores de riesgo de carácter familiar

La familia es el núcleo inicial de socialización del niño, en el cual comienza a construirse su personalidad; es lógico, entonces, que el ambiente cotidiano y la interacción entre los miembros que lo componen sean factores importantes a tener en cuenta en relación con el inicio del consumo.

Los factores que se pueden considerar de riesgo dentro del seno familiar tienen directa relación con:

- El ejemplo familiar
- El estilo educativo
- El clima afectivo

a) Ejemplo familiar: la observación del comportamiento de los padres puede ser el modo de adquirir una conducta determinada. La forma de vida y los valores que éstos muestren ante sus hijos pueden servir de eficaz prevención o, por el contrario, de factor precipitante para el inicio en el consumo de alcohol y de otras drogas.

b) Estilo educativo: la disciplina y una efectiva, pero comprensiva, supervisión pueden neutralizar los factores de riesgo que presentan los siguientes comportamientos parentales ausencia de normas de comportamiento: la permisividad o, por el contrario, el autoritarismo, provocan confusión en los hijos. Sobreprotección o abandono: tanto el exceso como la indiferencia en la atención de los hijos pueden favorecer el inicio en los consumos.

Rigidez en la estructura familiar. Impide o retrasa los procesos de maduración, autonomía e independencia, y provoca sumisión o bien, rebeldía.

Falta de reconocimiento. No aprobar, destacar o premiar los logros de los hijos da como resultado personalidades inseguras y con muy baja autoestima.

c) Clima afectivo: el clima que se vive dentro del hogar tiene directa relación con la estabilidad emocional de los miembros de la familia, la que puede vincularse con el consumo de alcohol y otras drogas.

Afectan a la familia:

- La falta de diálogo y de comunicación entre sus miembros.
- La violencia doméstica.
- Una deficiente relación de pareja entre los progenitores.
- Conflictos frecuentes traducidos en discusiones, alteración de roles.
- Incompetencia, falta de estabilidad y de responsabilidad de uno o de ambos padres que les impide ofrecer seguridad y protección a los hijos.
- Historial de consumo de alcohol y otras drogas por parte de uno de ellos.
- Falta de sentido de pertenencia.

1.2.3.- Factores de riesgo de carácter comunitario

Se entiende por comunidad el grupo de personas pertenecientes al ambiente donde el individuo se desenvuelve y realiza su proceso para convertirse en persona. Aunque la familia es la primera comunidad natural, nos referiremos aquí al entorno comunitario, que comprende el grupo de amigos, la escuela, colegio o universidad, el lugar de trabajo, la empresa o institución donde se desenvuelve, el barrio, la ciudad donde vive, etc. Los factores de riesgo que pueden presentarse son:

a) Dependencia del grupo: el joven que no tiene sentido de pertenencia respecto de su familia y que no mantiene con ellos una buena comunicación e interacción debido a diferentes conflictos personales o familiares puede utilizar el grupo de amigos como sustituto. Si el grupo es permisivo en cuanto al uso de alcohol y otras drogas, como solidaridad y para solidificar su presencia en el grupo, el individuo adoptará esa misma actitud hacia ellas.

b) Presión del grupo: mantener la integración con el grupo de amigos en la adolescencia implica la aceptación de sus normas y valores. Si el grupo bebe alcohol o consume otro tipo de drogas el ofrecimiento se dará sin duda. La posibilidad de negarse se hace difícil por el temor de que ésta puede ser interpretada como rechazo al grupo al que quiere seguir perteneciendo.

c) Resentimiento social: el exacerbado ofrecimiento de artículos de consumo y bienes materiales unido a la falta de oportunidades personales y familiares para adquirirlos, a ser víctima de diferentes violencias, y a la falta de afecto, entre muchas otras causas, pueden ocasionar en el individuo (sobre todo en la niñez y la adolescencia) el paulatino crecimiento de resentimiento, se exterioriza con transgresiones de menor o mayor gravedad. El abuso en el consumo de alcohol y la utilización de diferentes drogas son también formas de transgresión a las normas sociales.

d) Actitud de los líderes sociales ante las drogas: los padres son los modelos que ayudan al consumo de las drogas, incluidas las legales como alcohol, tabaco y medicamentos, la actitud ambivalente de los líderes sociales hacia ellas puede servir como influencia negativa en el inicio del consumo.

e) Relaciones conflictivas en la comunidad de estudio o trabajo: la falta de integración en el medio en que se desenvuelve se manifiesta con el fracaso, rechazo a normas de convivencia y la negativa a la participación en actividades sociales e institucionales en adultos y niños. Los estilos inapropiados en la forma de relacionarse pueden constituir peligrosos factores que incidan en el comienzo del consumo. Se puede mencionar: actitudes exageradas en cuanto a la rigidez e inflexibilidad de normas – exigencia que genera autoexigencia – mucha expectativa por los resultados sin valorar – propician el individualismo.

f) Exceso de tiempo libre: el aburrimiento es un importante factor de riesgo, la escasez de centros recreativos y educativos son alternativas válidas de interacción social de bajo costo. También se puede incluir absentismo, a la deserción escolar y desempleo.

g) Disponibilidad de las drogas: las drogas están en todas partes y no es difícil acceder a ellas.

1.2.4.- Factores de riesgo de carácter social

En los últimos años la sociedad ha experimentado una serie de modificaciones, dando lugar a un cambio en la actitud de las personas, se puede mencionar:

a) Actitudes sociales que pueden propiciar el consumo de drogas: escepticismo, hedonismo, y consumismo son todas respuestas a la búsqueda de gratificación inmediata que caracteriza a muchas de nuestras sociedades occidentales.

La falta de solidaridad lleva a que primen los intereses individuales sobre los colectivos, haciendo que muchas personas vean como válido su enriquecimiento personal aunque esté basado en el dolor y la tragedia de otros.

La aceptación generalizada de las drogas legales dificulta la toma de conciencia de la sociedad en cuanto a su utilización y a los riesgos que conlleva su consumo.

b) Factores socio-ambientales negativos: la cantidad de factores socioeconómicos negativos que afectan a una gran cantidad sobre todo en las grandes ciudades ha dado un aumento en el consumo de drogas, por ej. Déficit de viviendas, escasez de servicios públicos, etc. son circunstancias negativas que favorecen los consumos, ya que determinadas condiciones pueden ocasionar una pérdida en la capacidad para enfrentar problemas, es cuando las drogas se convierten en una alternativa.

c) Medios de comunicación social: el tratamiento que los medios dan a las drogas está distorsionado, plagado de estereotipos y de confusiones en cuanto a los conceptos que se relacionan con ella.

d) Publicidad: la promoción durante años de las drogas legales logró impactar a usuarios considerados no tradicionales, como mujeres y menores. La precocidad de los consumidores de alcohol es uno de los problemas más serios en la actualidad, la publicidad ha hecho que se asocien las bebidas alcohólicas con entretenimiento y diversión, compañerismo y juventud. Un fenómeno de esta época es que la cerveza se ve como un refresco más, la publicidad explícita o subliminal está presente en la mayoría de los eventos sociales, se los emparenta con la gratificación y el poder.

1.8 Proceso de la drogodependencia:

1.3.1 Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.

1.3.2 Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.

1.3.3 Consumo regular: consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

1.3.4 Dependencia: necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

1.4 Criterios de diagnóstico.

El DSM-IV-TR (2002) "El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" refiere que para poder ser diagnosticada como tal, la dependencia a sustancias ha de conllevar un patrón desadaptativo de consumo que provoca malestar o deterioro (físico, psicológico o social) y junto a ello han de darse al menos, tres de los siguientes criterios en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia.
- Abstinencia.
- La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.
- Se da una importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia.
- Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de sus potenciales riesgos”³.

El CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2005) refiere:

“que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo de consumir la sustancia (Craving).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.

*Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales
(American Psychiatric Association)*

- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales”⁴.

Los anteriores criterios hacen referencia tanto a aspectos relacionados con la dependencia física como con la psicológica, por lo cual considero importante hablar acerca de las mismas:

1.4.1 La dependencia psíquica.-

Esta se pone en manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga para experimentar un estado afectivo agradable.

Los síntomas que pone de manifiesto la dependencia psíquica son por un lado el deseo irrefrenable de consumir la sustancia y también síntomas de la esfera psiquiátrica como depresión, confusión mental, alucinaciones, irritabilidad, ansiedad y desasosiego, entre otros.

Es más complejo desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere de cambios en la conducta y emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) pero se puede superar tras periodos de desintoxicación que, en función de cada droga, se prolonga durante un tiempo determinado.

1.4.2 La dependencia física.-

Se llama dependencia física a la aparición de síntomas físicos al retirar una sustancia a la que el cuerpo está acostumbrado. Por ejemplo: la retirada brusca de benzodiazepinas

DSM IV Y Cie 10 Manual de clasificación de trastornos mentales

puede causar una crisis convulsiva. Otro ejemplo sería el síndrome de abstinencia de la heroína y otros opiáceos (el llamado “mono”). También la retirada del alcohol puede causar temblor y otros síntomas físicos más graves.

La dependencia física ocurre porque el organismo (incluido el cerebro) se ha acostumbrado a funcionar con un cierto nivel de sustancia o fármaco en la sangre. Al retirarse éste de golpe, se descompensa y aparecen síntomas hasta que el sistema se vuelve a equilibrar.

La dependencia física acompaña a muchas sustancias adictivas y hace más difícil el dejarlas, pero es lo menos importante y lo más sencillo de resolver. De hecho, el problema de la dependencia física se resuelve siempre en unas pocas semanas con un tratamiento médico.

Pero hay sustancias que no tienen dependencia física relevante (como el tabaco, el cannabis o la cocaína) pero que sin embargo pueden ser muy perjudiciales y adictivas. También existe lo contrario: sustancias con dependencia física pero que no son adictivas. Un ejemplo de esto último: los corticoides. Son fármacos que no crean adicción pero que si se retiran de golpe pueden provocar síntomas físicos muy graves.

También desearía aclarar a que nos referimos cuando hablamos de dependencia social y se refiere a la necesidad de consumir drogas (licitas o ilícitas) para ser aceptado o poder funcionar en un determinado grupo o actividad; en ciertas reuniones de ocio, tras cenas con los amigos, y sobre todo sigue siendo un hábito que distingue a ciertos grupos de adolescentes dándoles un valor social de rebeldía y de madurez malentendidos.

1.5 Tratamiento.

Es necesario realizar un tratamiento de drogodependencias cuando las drogas se integran en la vida de una persona, de tal manera que la organizan supeditando otras metas vitales como relaciones afectivas estables, mantenimiento de un trabajo, del nivel de estudios o acarreado problemas legales, se hace imprescindible solicitar un tratamiento. Sin

embargo, no es necesario esperar a situaciones de gravedad para recurrir a un centro asistencial ya que en ellos, los consumidores y sus familias, van a encontrar información y orientación para analizar, valorar y abordar la situación de consumo planteada.

1.5.1 Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva:

El primer objetivo del tratamiento es que la persona asuma que lo necesita, tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación de muchos de los adictos a las mismas. Las drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consume no tiene suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar a éste impidan al principio asumir el problema. Aparte, por los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de asumir que tiene que hacer un cambio.

1.5.1.1 Delimitación del problema, superada la fase de negación del problema o minimización del mismo, hay que delimitar claramente el problema, los factores relacionados y otros problemas que han causado la dependencia. Esta es la fase de evaluación. Dentro ya del tratamiento, este se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Hoy existen, especialmente en el tratamiento de la dependencia de la heroína, junto a los programas orientados a la abstinencia también los programas de reducción de daños, fundamentalmente los de mantenimiento de metadona. En el caso de la heroína la desintoxicación cobra una gran relevancia, por estar presente en las personas dependientes a la misma tanto la dependencia física como la psicológica. Para la primera, se desintoxica al organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína y drogas de síntesis, como en el juego patológico y casi todas las adicciones comportamentales. Lo más importante es la dependencia psicológica, de ahí que la deshabitación psicológica se convierte en el aspecto esencial en ellas.

“Deshabitación psicológica, conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Este es el proceso más largo y complejo del proceso

adictivo, con la excepción de cuando la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos van en paralelo. La deshabitación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, en el caso de la dependencia de la heroína y de otras sustancias, se le entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas (Becoña y Vázquez, 2001)⁵.

1.5.1.2 Cambio de estilo de vida, si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil conseguir mantener la abstinencia tanto a corto como a largo plazo. El análisis de la honorabilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que facilitan el mantenimiento de la abstinencia.

1.5.2 Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva.

Todo tratamiento requiere de un camino previamente establecido a seguir, es obvio que cada persona que entra en un proceso de tratamiento es única, pero dada la generalidad de los factores, al menos en grupos humanos de ciertas zonas geográficas y de idéntica situación económica, cultural y social; las ciencias establecen ciertas pautas que bien pueden ser aplicadas. Para el tratamiento de una conducta adictiva se proponen los siguientes elementos:

5

<http://www.google.com.ec/#hl=es&q=tratamiento+de+la+drogodependencia&meta=&fp=5568766ba05e5059> (mayo de 2009)

1.5.2.1 Demanda de tratamiento

Objetivo básico: analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.

Elementos a considerar: motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quién esté implicado en la demanda, por qué, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

1.5.2.2 Evaluación y análisis funcional

Objetivo básico: conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer las áreas donde hay que realizar cambios a medio plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se realizará el análisis funcional de la conducta de juego y otras conductas asociadas al problema o problemas relacionados.

Elementos a considerar: evaluación individual, familiar, social, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, etc.

1.5.2.3 Fases del tratamiento

“Fase I. Desintoxicación o mantenimiento (ej., en el caso de la dependencia de la heroína)

Objetivo básico: desintoxicación física de la sustancia.

Elementos a considerar: tipo de desintoxicación en función de su petición, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la ambulatoria a la hospitalaria.

Procedimientos técnicos: intervención médica, frente a la hospitalaria para la consecución de la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.

Fase II. Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de realizar la conducta.

Objetivo básico: lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la droga o a la realización de la conducta adictiva.

Elementos a considerar: adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etc.

Procedimientos técnicos: técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (por ejemplo, exposición con prevención de la respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.). Se utilizará terapia individual, grupal y familiar.

Fase III. Normalización, cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a su conducta adictiva.

Objetivo básico: normalización en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.; pago de las deudas; búsqueda de trabajo si no lo tiene, etc.

Elementos a considerar: grado de deterioro, si trabaja o no, si está o no separado, si padece enfermedades físicas (ej., VIH, hepatitis), etc.

Procedimientos técnicos: planificación de metas y objetivos, entrenarlo en adquirir nuevas habilidades, entrenamiento en asertividad, programa psicoeducativo, entrenamiento en solución de problemas, etc.

Fase IV. Prevención de recaídas.

Objetivo básico: entrenarlo en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentes a lo largo del tiempo.

Elementos a considerar: superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia, efecto de la violación de la abstinencia.

Procedimientos técnicos: técnicas de prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etc.).

Fase V. Programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo.

Objetivo básico: entrenarlo en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en como mejorar su calidad de vida.

Elementos a considerar: apoyo familiar, visitas de seguimiento a largo plazo, asistir a asociaciones de autoayuda, etc.

Procedimientos técnicos: entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, etc.

Fase VI. Cuando sea necesario: **programa de reducción de daños**, programa de juego controlado, etc.

Objetivo básico: en el caso de la dependencia de la heroína reducir la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por las drogas; en el juego patológico reducir la conducta de juego a un nivel donde no le acarree graves problemas.

Elementos a considerar: grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programa.

Procedimientos técnicos: intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, etc.), técnica de control de estímulos, educación sobre el juego y las leyes de la probabilidad, educación a nivel familiar, laboral y de tiempo libre”⁶.

1.5.2.4 Seguimiento

Objetivo básico: conocer la evolución de la persona después de la alta terapéutica.

Elementos a considerar: modo de realizarlo (personalmente, en su casa, teléfono).

Procedimientos técnicos: entrevista, autoinforme, urionoanálisis, etc.

Queda claro, inicialmente, que lo que pretende es que la persona consiga la abstinencia. Este sigue siendo hoy el objetivo básico, aunque no se debe destacar una mejora en las condiciones de vida del individuo, manteniendo la realización de la conducta a niveles bajos (ej., en el juego controlado o en los programas de reducción de daños o de sustantivos opiáceos, como pasa con la metadona), pudiendo ser una meta desde el principio del tratamiento. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar su conducta problema y mejorar su funcionamiento cotidiano.

Conclusión

En la exposición de estos cinco elementos que nos han ayudado a definir la génesis, los avances y las consecuencias de la drogodependencia, hemos de concluir que de forma definitiva constituyen una constante que se mantiene en la persona y su entorno acechando contra la seguridad de las personas como individuos y como miembros de la sociedad.

Al exponer un concepto dado por expertos, los factores que hacen posible el fenómeno de la drogodependencia que van adentrándose solapadamente mediante un proceso silencioso y progresivo; pero, cómo las disciplinas tanto de la salud física como mental han avanzado para ofrecer herramientas para diagnosticar y proceder a un tratamiento valioso que ofrezca garantías de recuperación.

Las conductas adictivas, sean con sustancias o sean comportamentales, constituyen actualmente un problema de gran relevancia social y clínica en las sociedades desarrolladas. Apenas existentes hace unas décadas, en el momento actual tienen un nivel de prevalencia muy alto en la población. Ello ha llevado al desarrollo de técnicas específicas de tratamientos para ellas, interés por parte de los profesionales, y disponer de recursos importantes para el tratamiento. En los próximos años este interés se mantendrá y pueda que se incremente por la cronificación del trastorno en muchas de las personas que lo padecen, por las consecuencias colaterales que puede producir (ej., SIDA) y por la necesidad de atajar un problema que es epidemiológicamente desde la perspectiva clínica el más relevante que tenemos actualmente. Por suerte, disponemos de adecuados tratamientos para estos trastornos, aunque es necesario seguir perfeccionándolos para que de ese modo podamos ayudar más efectivamente a este tipo de personas.

CAPITULO II: LA RECAÍDA.

Introducción.

Muchas personas creen que la recuperación consiste simplemente en no consumir drogas. Consideran la recaída un signo de fracaso total y los largos periodos de abstinencia un éxito completo. En el programa de recuperación de Narcóticos Anónimos se ha descubierto que esta noción es demasiado simplista. Cuando un miembro lleva algún tiempo en confraternidad, una recaída puede ser la experiencia desagradable que origine un rigor en la aplicación del programa.

Aunque todos los adictos son básicamente similares, como individuos diferimos en el grado de enfermedad y en el ritmo de recuperación. A veces, una recaída puede sentar las bases de una completa libertad. En otras ocasiones, esa libertad puede lograrse sólo por una inflexible y obstinada voluntad de aferrarse a la abstinencia, contra viento y marea, hasta que pase la crisis. Un adicto que, por cualquier medio y aunque sea sólo por un tiempo, pueda perder la necesidad o el deseo de consumir, y tenga la libertad de elección para superar un pensamiento impulsivo y una acción compulsiva, habrá llegado a un momento crucial que puede ser un factor decisivo en su recuperación.

A continuación vamos a explicar en qué consiste una recaída y los factores que consideramos importantes que pueden llevar a la misma, al igual de cómo reconocer los síntomas que indican que un paciente drogodependiente puede recaer.

2.1 Concepto.

“La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.

Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinentes y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída. Podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa”⁷.

Es muy fácil que cuando un adicto está en tratamiento o aparentemente ya ha salido del problema lo vuelva a desarrollar.

Esto se debe a la dependencia desarrollada y a la necesidad de introducir al organismo la sustancia adictiva que a veces es más fuerte que el propio control que quiera tener la persona adicta.

Muchas veces se presenta, cuando la persona se siente segura de haber controlado la adicción y piensa que “un cigarro, una copita o una pastilla” no le van a hacer nada y la recaída muchas veces es parte del momento de la rehabilitación.

En muchos casos, las recaídas pueden ser más peligrosas porque la persona pierde la confianza total en ella misma y lo justifica como una enfermedad de la que no ha podido salir.

⁷ <http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=recaida&meta> (junio de 2009)

2.2 Proceso de la recaída.

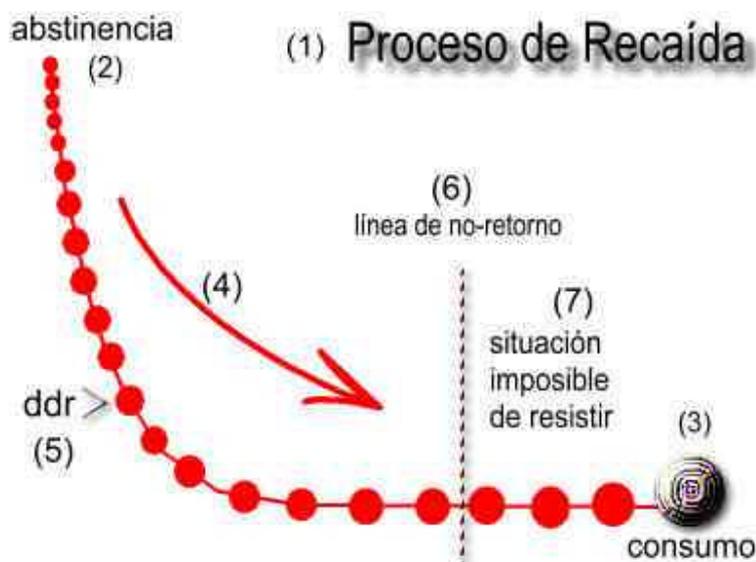
“Según el Dr. Saúl Alvarado Médico Adiccionista, uno de los malentendidos más frecuentes es que la recaída es simplemente la vuelta al uso.

Aunque esto es parcialmente cierto, en realidad se le llama recaída a todo el **proceso (1)** que lleva desde un estado de **abstinencia sostenida (2)**, hasta el consumo o **adicción activa (3)**. Este proceso ocurre **a lo largo del tiempo (4)** y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado.

Usualmente este proceso está formado por **pequeñas decisiones riesgosas (5)** que la persona toma, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída. Estas pequeñas decisiones, llamadas también "**decisiones de riesgo relativo (5)**", son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una **situación imposible de resistir (7)**, donde será inevitable el uso, pues los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan. Existe una línea imaginaria, o **línea de no-retorno (6)** luego de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aún así en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso”⁸.

Grafico N. 1.

Proceso de la recaída.



⁸ <http://www.psycoactiva.com/drogas.htm> proceso (mayo de 2003)

2.3 Síntomas de una recaída.

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenir una recaída:

- 1.- Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso.
- 2.- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación.
- 3.- Descuidar el plan de recuperación.
- 4.- Aislamiento o pérdida de contacto.
- 5.- Irritabilidad.
- 6.- Obsesión con la imagen o los defectos físicos.
- 7.- Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes.
- 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.

Estos son sólo algunos de los síntomas relacionados al síndrome de la recaída. Cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome. Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída.

El proceso de recaída puede ser detenido, ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo, tales como familiares, terapeutas o compañeros de grupo.

2.4 Factores de recaída

Este trabajo considera que existen tres factores por los cuales un paciente drogodependiente vuelve a consumir y estos son: Familia, Trabajo, Amigos.

2.4.1 Factor familiar:

La familia ha sido siempre reconocida como una de las variables relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de drogas. La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de estas sustancias por parte de alguno de sus miembros (esposo(a), hijos, etc.) ha sido objeto de numerosas investigaciones que resaltan la necesidad de implicar a la familia en la prevención y tratamiento de las toxicomanías y la necesidad de tener en cuenta el soporte familiar y los recursos sociales disponibles como factores involucrados en el fenómeno de las drogodependencias.

Lloret (2001) define a la familia como el elemento central en la prevención del consumo de drogas y, dejando aparte otros factores (como los biológicos, genéticos, etc.), los procesos de socialización familiar son importantes al constituir la base de predisponentes como son las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación. Asimismo da una especial importancia a la relación entre la drogodependencia y las interacciones familiares y las dinámicas relacionales disfuncionales que se crean debido a este problema. Previamente, otros autores también han dado especial importancia a la dinámica intrafamiliar y al proceso interaccional dentro del sistema familiar en el origen y mantenimiento de esta patología (Davis y Klagsbrun, 1977; Ripple y Luther, 1996)⁹.

Diferentes estudios muestran la importancia de las variables de interacción y estructuración familiar en el inicio y mantenimiento del consumo. La familia puede incrementar el riesgo para el abuso de drogas en los hijos, tanto a través de factores específicos como a través de factores no específicos que caracterizan el funcionamiento familiar.

Dentro de los Factores Específicos están: exposición a las drogas, exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) y actitudes de los padres ante las drogas. Dentro de los factores no específicos están: el conflicto familiar, el estilo educativo, la exposición a estrés, la psicopatología y la negligencia. En este estudio la importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido, con lo que el contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés,

⁹: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/38951/> (junio de 2009)

dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), proponen que las variables del ambiente familiar que con mas frecuencia se han vinculado al consumo de drogas por parte de un miembro de la familia son:

- Clima familiar negativo: desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.
- Conflicto familiar excesivo: abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.
- Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia: incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.
- Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres): ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida.
- Uso de drogas y las actitudes favorables hacia estas por los familiares relevantes (como por ejemplo los padres).

Como se puede apreciar, los padres y otros familiares relevantes que conviven con el drogodependiente ejercen una notable influencia sobre el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva, al igual que en la recuperación y el proceso de tratamiento de ésta.

Las pautas de comportamiento de distintos familiares (en especial los(as) esposos(as) y los padres) hacia el drogodependiente, pueden facilitar o dificultar el ajuste conductual, emocional y social de éste.

Vista la relevancia que juegan el núcleo y el clima familiar en el inicio, recaída y recuperación del drogodependiente, se debe tener en cuenta a la familia de cara al tratamiento y prevención de la drogodependencia.

También se considera necesario evaluar el clima y relaciones de los miembros familiares con la persona consumidora, con el objeto de diseñar posibles programas de tratamiento y, en definitiva, para ser una medida a tener en cuenta debido al importante papel que juegan los factores de la dinámica familiar en esta patología. Una medida de este clima familiar desfavorable en drogodependencias nos la puede proporcionar la Emoción expresada.

El constructo EE ha surgido de modo pragmático para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos y hace referencia a la comunicación de los familiares del enfermo con éste. Cuando la EE es alta se considera como un estresor crónico para el enfermo lo que puede provocar el mantenimiento de la conducta adictiva.

El constructo consta de cinco componentes (Muela y Godoy, 2003; Vaughn & Leff, 1976)”:

1. **Criticismo (CC):** Comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.
2. **Hostilidad (H):** Es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una evaluación negativa generalizada (Hostilidad generalizada, dirigida más a la persona que a la conducta) o un rechazo manifiesto del paciente (Hostilidad de Rechazo).
3. **Sobreimplicación Emocional (SIE):** Refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; intentos, por parte del familiar, de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, hace referencia a la desesperanza, el autosacrificio, sobreprotección y manifestación emocional intensa. (Desesperanza: tristeza, pesimismo negativo; autosacrificio: coste emocional de la familia por la enfermedad; sobreprotección: sentimientos de compasión hacia el enfermo y la excesiva permisividad; manifestaciones emocionales intensas: lloros, sollozos, etc.).
4. **Calor humano:** Manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente.
5. **Comentarios Positivos:** expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta”¹⁰.

O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart y Cutter (1998), encontraron que los pacientes alcohólicos con esposos de alta EE, tenían más probabilidad de recaer, mostraban un menor tiempo para recaer y bebieron en un porcentaje mayor de días en los 12 meses después de empezar una terapia matrimonial. La EE se asociaba con la recaída, independientemente de la educación de los pacientes y de la severidad de los problemas que estos presentaban con el alcohol.

Otras investigaciones en relación con pacientes alcohólicos han buscado la relación entre los diferentes componentes del constructo EE y las recaídas en estos pacientes. En el estudio de Fichter, Glynn, Weyerer, Liberman y Frick (1997) se estudia la relación entre los diferentes componentes de la EE y las recaídas a los 6 y 18 meses. Estos autores encontraron que los comentarios críticos hechos por los familiares al paciente (medido mediante la CFI) tienen un impacto estadísticamente significativo en la abstinencia y contribuyen a predecir el curso del alcoholismo, además de una relación entre la posterior recaída y el rechazo del paciente por el familiar. Un número bajo de Comentarios Críticos y un alto nivel en Calor era asociado con más bajo riesgo de recaída; sin embargo, contrario a las expectativas de los autores, la sobreimplicación emocional (SIE) significativa de los familiares era asociada con más abstinencia, y lo que se esperaba obtener era que los altos niveles de SIE se relacionaran con una mayor tasa de recaída”¹¹.

Los diferentes estudios encontrados señalan que unos componentes de la EE se relacionan más con el inicio y recaída en el consumo. Los principales componentes que se han encontrado y que tienen mayor valor predictivo son el Criticismo y la Hostilidad, los cuales se encuentran como factores familiares de relevancia para el consumo en la totalidad de estudios comentados.

2.4.2 Factor laboral:

“El Dr. Carlos Yong Wong González menciona que cuando los pacientes terminan un proceso terapéutico, la mayoría de los mismos están desempleados, no tiene ocupación formal. Llevando a que en los diversos centros de rehabilitación, se registra un importante porcentaje de deserción en el tratamiento, quienes posteriormente sufren recaídas en el consumo de estupefacientes.

El Dr. Wong considera que las recaídas se deben a que los pacientes que tienen la voluntad para acudir a recibir el tratamiento, al salir no cuentan con un reforzamiento de tipo laboral para poder sentirse útiles y tener motivación. Dentro de la rehabilitación se trata de proporcionarles autonomía, pero cuando un paciente no consigue un trabajo no la manejan adecuadamente, voltean a ver y

no tienen trabajo, escuela, agua en la casa, bienestar o calidad de vida en el hogar, no hay dinero para comer y vivir, entonces vienen las recaídas, afirmó.

La práctica clínica en el campo de las adicciones muestra en numerosas ocasiones que el desempleo, y las dificultades económicas que comporta, es un factor desencadenante de una conducta adictiva.

Los estudios efectuados sobre las consecuencias psicológicas del desempleo, indican que éste crea:

- Estrés
- Disminución de la autoestima
- Cambio de expectativas

La instalación de un círculo vicioso que consiste en:

- Pérdida de la autoestima
- Trastornos emocionales
- Posibles trastornos físicos
- Disminución de la esperanza de encontrar trabajo
- Estrategias inadecuadas de búsqueda de trabajo y de adaptación
- Mala entrevista y con esto, pérdida de posibilidades del trabajo”¹².

Se dice que cuando un sujeto enfrenta factores generadores de tensión que se generan durante la búsqueda de empleo o en su trabajo estos provocan una ansiedad elevada y, ante la percepción de no poder hacer frente a la situación, el sujeto se implica en una conducta adictiva a modo de auto terapia para la disminución de la ansiedad y, se hace repetitivo quedando el sujeto con una alta probabilidad de iniciar o recaer en el consumo de sustancias.

El solo hecho de trabajar genera estima y un lugar en la sociedad. En nuestro país, el incremento del desempleo ha sido un factor detonante y disparador de las adicciones y de los distintos trastornos de conducta.

12

http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/APRESTO_LABORAL/Capitulos_4_y_5_manual_Apresto_Laboral_CONACE.pdf (JUNIO 2009)

El trabajo actúa como un integrador social. Las adicciones tienen que ver con la depresión que implica el déficit de autoestima no sólo en relación a sí mismo, sino con la esposa e hijos y con los otros sociales (grupos, amigos, etc.)

Ya hemos hablado de los efectos que provoca el desempleo en un adicto, pero también consideramos necesario hablar de los estresores que un adicto en proceso de recuperación enfrenta dentro de su propio trabajo, ya que:

“Según un informe de **Anabel Suso Araico** El problema fundamental al que se enfrentan los drogodependientes es, más que el acceso al empleo, el **mantenimiento del empleo**. Para lo cual citaremos algunos ejemplos:

Solo por un momento imaginemos qué es lo que sienten estas personas:

1. Ricardo acaba de entrar a trabajar en una empresa de embalaje. En el taller, mientras trabajan juntos, sus compañeros de trabajo sólo hablan de “carrete” y trago. Ricardo se da cuenta de que empieza a ponerse nervioso.
2. Luis está buscando trabajo como maestro de cocina. Va a entregar su CV a lugares donde había trabajado antes. Volver a esos lugares le trae recuerdos y le vienen imágenes de cuando consumía. Luis siente que se le aprieta el pecho y le sudan las manos.
3. Alicia es auxiliar de enfermería y consumía medicamentos. Consigue trabajo en un consultorio. El primer día de trabajo, le informan que tiene que hacerse cargo de la farmacia. Se le vienen a la cabeza recuerdos de consumo, se imagina consumiendo y con los efectos de la droga. Alicia contesta que no puede, que no conoce ese trabajo, que por favor la destinen a otro lugar.
4. Hugo consigue trabajo en una fábrica de buzos y ropa deportiva, en que les pagan por cantidad de producción. Él se da cuenta de que varios de sus compañeros “jalan” para trabajar y producir más. Al principio piensa que no se va a sentir afectado, que todo lo que tiene que hacer es no juntarse con los compañeros que consumen. Pero, al poco tiempo, se da cuenta de que siempre está mal genio, irritable, y que en el trabajo, en lo único que piensa es en el consumo de sus compañeros, en cómo y dónde lo hacen.
5. María trabaja como asistente social en una institución pública. Para celebrar el Fin de Año, se organiza un asado familiar. María va sola, porque su esposo no la puede acompañar. Se consume mucho alcohol, y pronto hay varias personas, hombres y mujeres, borrachos. Al ver esto, María pide un radiotaxi y se va a su casa, con náuseas y dolor de cabeza.

Estas personas se enfrentan a situaciones laborales de riesgo para ellos y experimentan distintos síntomas:

- Emociones (ansiedad y angustia)

- Imágenes (se ven consumiendo)
- Pensamientos (para planear o justificar el consumo)
- Sensaciones (olores, sabores)
- Recuerdos (de lo que hacían y cómo lo hacían).

Los mismos que pueden llevar a un paciente drogodependiente a recaer. De acuerdo con un nuevo estudio realizado por la Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) en los Estados Unidos uno de cada 12 empleados de tiempo completo admitió usar drogas ilegales durante el mes pasado. Aproximadamente de los 16.4 millones de usuarios de drogas del país, el 77 por ciento tiene trabajo, es decir, 9.4 millones de personas. Si bien los desempleados tienen mayores porcentajes de uso de drogas que las personas con trabajo de tiempo completo, los empleados de tiempo completo conforman la mayoría (dos tercios) de la población de entre 18 a 64 años, por lo que el número real de consumidores de drogas entre los empleados de tiempo completo fue mayor de acuerdo con el estudio.

La mayoría de los que admitieron usar drogas está entre los empleados de servicios de comida rápida con un 17.4 por ciento y los trabajadores de la construcción con un 15.1 por ciento. Las tasas más altas de uso de alcohol se encontraron entre los trabajadores de la construcción, minería, excavación y perforación con un 17.8 por ciento y los trabajadores del área de instalación, mantenimiento y reparación con un 14.7 por ciento.

"Las altas tasas de uso de drogas y alcohol en industrias peligrosas es una preocupación", explica Elena Carr, coordinadora de políticas de drogas del U.S. Department of Labor (DOL). "Evidentemente, las empresas no se pueden permitir el riesgo que significa tener trabajadores que se encuentren bajo la influencia del alcohol o de drogas operando cortadoras de carne, retroexcavadoras u otros equipos peligrosos"¹³.

Quizás el problema más alarmante relativo a las drogas y al alcohol en el trabajo no es la cantidad de personas que usa drogas, sino los riesgos que representan para la salud, la seguridad y la productividad.

"Los empleados que usan drogas faltan más seguido al trabajo, son menos saludables y son más propensos a sufrir daños y a provocar daño a otros en el lugar de trabajo", señala John Walters, director de National Drug Control"¹⁴.

Como creemos que es necesario que una persona conozca cuáles son los estresores más fuertes en el ámbito laboral que le pueden llevar a una recaída, hemos incluido un cuestionario que se encuentra al final del presente trabajo, mismo que será utilizado en el siguiente capítulo para valorar el estresores más relevante en el ámbito laboral que provocó la recaída en los 20 pacientes ingresados en el CREVIN.

2.4.3 Factor social:

Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo de cada persona; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similaridad del comportamiento entre los miembros de un grupo pandilla, la mayoría de personas que consumen drogas son introducidos al consumo por sus amigos, bien porque los mismos les presionan o porque necesitan sentirse aceptados por el grupo.

Por ello una persona tratará de desarrollar las actividades valoradas por sus amigos, sean estas admitidas socialmente o no.

“Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en las personas (Brook et al, 1989; Bailey y Hubbard, 1991; Epstein, Botvi, Diaz y Schinke, 1995, García Pindado, 1993; García- Señorán, 1994)”¹⁵.

También se ha comprobado que la percepción que tienen los amigos acerca del consumo es muy similar a la que tiene una persona con problemas de adicción, por ejemplo si para los amigos el consumo es bueno y que al parecer no causa ningún daño, llevará a que un adicto piense de igual manera y siga consumiendo.

“Según un nuevo estudio psicológico, la presión ejercida por un amigo es el factor más importante que contribuye a la adicción a las drogas en las personas. Sin embargo, hay pocos consejeros que están conscientes del papel de los compañeros en fomentar el abuso de las drogas. El estudio recomienda que los programas del abuso de drogas pongan más énfasis en romper relaciones con los amigos existentes y en desarrollar nuevas amistades que no toleran el abuso de las drogas.

De la misma forma, el estudio encontró que los esfuerzos en la prevención de la adicción deben apuntarse más en presionar a las personas a ser más selectivas en escoger las

¹⁵ <http://html.rincondelvago.com/influencia-social.html>. (JUNIO 2009)

amistades íntimas, prefiriendo aquellas que conceptúan como comportamiento inaceptable el abuso de drogas. Así concluyeron los doctores E. R. Oetting y Fred Beauvais de la Universidad del Estado de Colorado en Fort Collins, cuyo estudio fue publicado por la Asociación Psicológica Americana. Dicho estudio envolvía unos 415 jóvenes del primer año hasta el cuarto año.

Según el estudio, los factores de relaciones familiares, creencias religiosas, la pobreza y los prejuicios sólo preparan la escena y sólo tienen una influencia indirecta sobre la inclinación de los jóvenes a usar drogas. Dichos doctores señalan que son las amistades íntimas las que forman la actitud del joven, proveen la oportunidad de usar las drogas y ofrecen las ideas y creencias que justifican el uso de drogas.

Ellos concluyen que si el programa de tratamiento o terapia no se enfoca en las amistades íntimas, será muy limitado su provecho.

Dicho estudio no debe sorprendernos ya que Pablo dijo, "No erréis; las malas conversaciones corrompen las buenas costumbres. Velad debidamente, y no pequéis; porque algunos no conocen a Dios; para vergüenza vuestra lo digo." (1 Cor. 15:33-34).

La psicóloga Gloria Masellach considera "Que el deseo que tiene una persona de integrarse en el grupo y de tener intercambio social dentro de él puede dar como resultado que se inicie o se recaiga en el consumo de drogas, por eso NA recomienda que es importante Desarrollar una nueva red de contactos sanos que permitan a un paciente en proceso de recuperación mantenerse sobrio"¹⁶.

Para el programa de narcóticos anónimos para que un drogodependiente se mantenga limpio de sustancias se debe dar cambios externos que están dirigidos a cambiar el entorno inmediato, produciendo un medio ambiente acorde con el proceso de recuperación. Muchas veces las recaídas ocurren por no tomar con la seriedad que amerita, esta área de los cambios y entre los cambios que menciona es precisamente evitar personas, lugares y cosas relacionados con el uso que nos puedan tentar volver a nuestros días de consumo. Incluso como dice el libro de NA estas personas pueden llevar a hacer que una persona que ha salido de un proceso de recuperación se sienta incómoda con su recién hallada y duramente conseguida abstinencia.

Todos los disparadores de los deseos y pensamientos de uso, son instancias de riesgo que deben ser evitadas de manera enérgica. Se entiende que es difícil lograr no exponerse alguna vez, pero no se trata de "retar" al riesgo, sino de evitarlo. Cambiar las

relaciones interpersonales puede ser una tarea difícil, especialmente el poner límites con aquellas personas significativas para el adicto que todavía están usando.

Un drogodependiente en recuperación debe evitar a las personas que aún consumen drogas porque lo más probable es que si un amigo está usando drogas, el se va a topar con situaciones donde le pidan, que las pruebe.

Conclusiones.

Con respecto a este capítulo dedicado a la recaída, concluimos que por ventaja no se presenta de forma sorpresiva; al contrario, tiene un proceso que obviamente tendrá una intensidad y un ritmo de progreso acorde a las fortalezas o debilidades del paciente y a la vez a la agresividad de la amenaza del ambiente contextual al que tenga que enfrentarse. Otro punto positivo a favor de la prevención y tratamiento de la recaída, es que se acompaña de síntomas claramente diagnosticables, que con el seguimiento de los terapistas o apoderados, serán fáciles de diagnosticar y proponer soluciones oportunas y adecuadas.

El desafío más complejo viene a darse en torno a tres ambientes en los que el paciente recién recuperado debe enfrentarse, a decir: la familia, el mundo laboral y el grupo de amigos; obviamente, son tres contextos de los que ningún individuo puede prescindir para llevar una vida sana en el criterio más integral de ésta palabra. Sin embargo, un trabajo dedicado y profesional, al menos en la mayoría de los casos puede hacer que estos factores en vez de constituir una amenaza, se conviertan en una oportunidad para la perseverancia en la recuperación de un paciente.

Es fácil recaer ante alguna adicción, pero si se conocen las señales de alarma, se pueden prevenir y ayudar al enfermo. Al igual que la recuperación de un drogodependiente es un proceso, de la misma manera la recaída lo es. Por esta razón es necesario que la familia y personas allegadas al mismo, aprendan a reconocer las señales que pueden llevar a que una persona consuma de nuevo.

CAPÍTULO III: DIFICULTADES PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS 20 PACIENTES DROGODEPENDIENTE EGRESADOS DEL CREVIN.

INTRODUCCIÓN.

Los factores relacionados con el génesis de las recaídas en el consumo de drogas se han ubicado en tres grandes categorías: factores sociales, familiares y laborales.

Los factores sociales se refieren a una serie de acontecimientos que se dan dentro del grupo de amigos, que hacen al sujeto más vulnerable para que se incline hacia el consumo de sustancias psicoactivas, acontecimientos tales como: la burla y crítica porque la persona ha dejado de consumir, el aislamiento de esa persona, la normalización de la conducta adictiva, etc.

Factores familiares. En el entorno familiar se pueden presentar circunstancias y ciertas conductas tales como la hostilidad y el criticismo hacia el paciente, pueden favorecer a la recaída del mismo. Incluso dentro del mismo hogar pueden existir ciertos modelos que motiven de manera negativa a un paciente recaer.

Factores laborales. Como todos sabemos, dentro del trabajo existen diversos estresores que pueden llevar a una persona a abandonar su proceso de recuperación, tal como el no tener el suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de su familia.

El objetivo de la investigación es averiguar los factores sociales, familiares y laborales que llevaron a que una persona recaiga en el consumo de drogas.

Dentro de los objetivos específicos que se plantea la presente investigación es:

- Identificar los factores sociales que con mayor frecuencia inciden en la recaída de drogas.

- Identificar los factores familiares que con mayor frecuencia inciden en la recaída de drogas.
- Identificar los factores laborales que con mayor frecuencia inciden en la recaída de drogas.
- Identificar cual de los tres factores antes mencionados es el que influye más para la recaída.

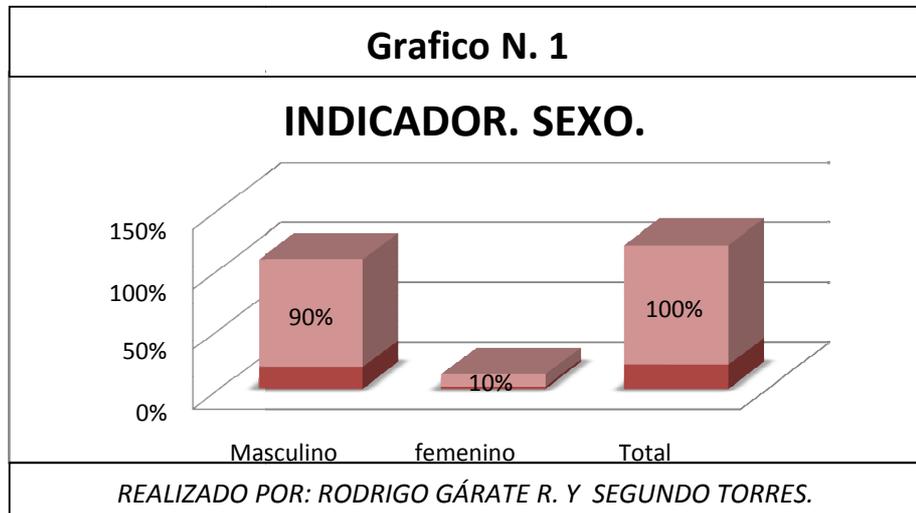
La investigación realizada fue con un enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo, lo que se pretendía fue identificar los factores sociales, familiares y laborales que incidieron en el consumo de drogas en adultos; así como identificar el factor que más incide en el consumo de drogas.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional dado que la muestra estuvo determinada por las personas que fueron atendidas en el CREVIN. La muestra estuvo conformada por 20 personas, de las cuales 18 eran del sexo masculino y dos del sexo femenino. Para ello iremos demostrando algunos indicadores provenientes tanto de la investigación de campo como de la bibliográfica.

3.1 Indicadores que demuestran la dificultad de la reinserción.

Para el seguimiento realizado a estas 20 personas, se tuvieron en cuenta algunos elementos comunes como es el caso del género, las edades, las necesidades y dificultades de adaptación social y familiar; comunitaria y laboral, como veremos a continuación en los siguientes cuadros:

3.1.1 Indicadores por sexo:



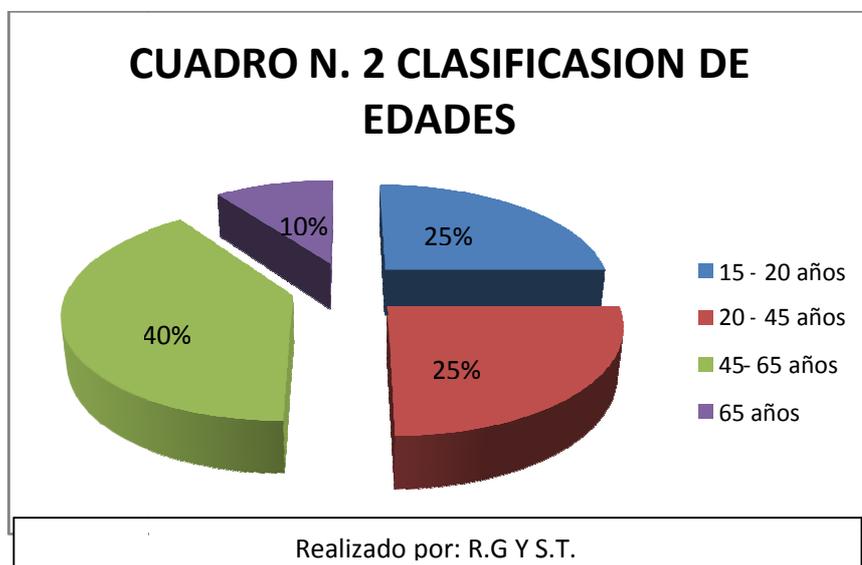
La muestra estuvo conformada por 20 personas, de las cuales 18 eran del sexo masculino y dos del sexo femenino según se observa en el cuadro 1.

La población masculina es la que más consume drogas en la población investigada con un 90% y la femenina con un 10%. Lo que indica que las drogas son consumidas mayoritariamente por varones que por mujeres. Según Flores (2006) “...en el consumo de alcohol y tabaco los hombres son los abanderados...”

3.1.2 Indicadores por edades:

La clasificación por edades, se hace siguiendo los criterios de las etapas del desarrollo humano propuestas por Erick Erikson :

Cuadro 2 clasificación por edades			
Años	Etapa	Número	Porcentaje
15 – 20 años	jóvenes	5	25%
20 – 45 años	Adultos tempranos	5	25%
45 – 65 años	Adultos intermedios	8	40%
65 años...	Adultos tardíos	2	10%
TOTALES		20	100%

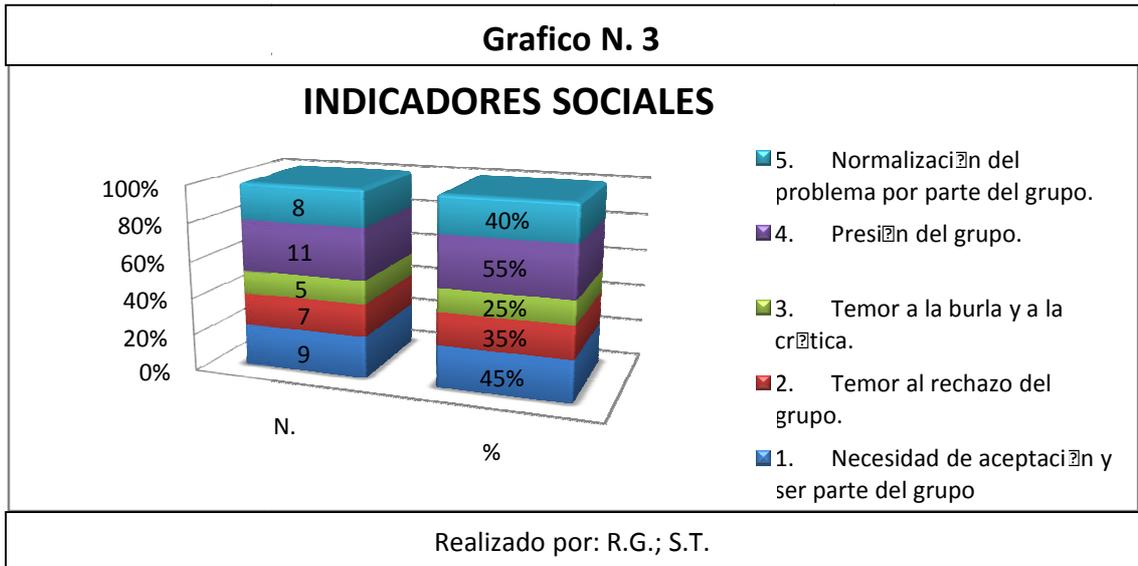


Análisis de resultados: como podemos observar en el cuadro anterior, el análisis de la población objetivo nos da una muestra clara de que la algidez de la drogodependencia se da en la edad adulta intermedia, justamente cuando se enfrenta la crisis de la edad

mediana, este 40% nos demuestra no precisamente que es la edad de mayor consumo, sino la de ingreso a un programa de rehabilitación, precisamente porque sienten que su salud se deteriora o porque sus familias han llegado a los límites de la desesperación. En los casos marcados dentro de los parámetros de la edad de la juventud, como la edad adulta temprana, que en este caso coinciden el 25%, nos dan una visión clara que la drogodependencia es comenzada prácticamente en la adolescencia y que en gran porcentaje se va agravando en los años posteriores. En el caso de la edad adulta tardía, ese 10% nos sugiere que son pocos los casos que inicien a esa edad, o siendo pesimistas, podemos afirmar que son escasos los que sobreviven hasta esta etapa habiendo comenzado a edad temprana.

3.1.3 Indicadores sociales:

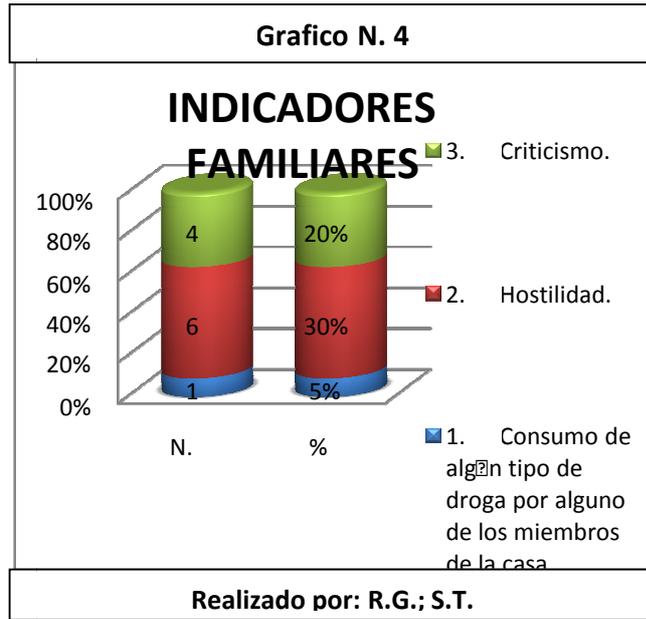
Cuadro 3 Indicadores sociales	N.	%
1. Necesidad de aceptación y ser parte del grupo.	9	45
2. Temor al rechazo del grupo.	7	35
3. Temor a la burla y a la crítica.	5	25
4. Presión del grupo.	11	55
5. Normalización del problema por parte del grupo.	8	40
Total		



Los factores sociales que más inciden en el consumo de drogas se tienen: presión del grupo con un 55% respectiva la necesidad de aceptación y ser parte del grupo con un 45%. Berganza y Aguilar (1990) señalan que muchas personas se inician y se mantienen en el consumo de drogas por la influencia de los amigos.

3.1.4 Indicadores familiares:

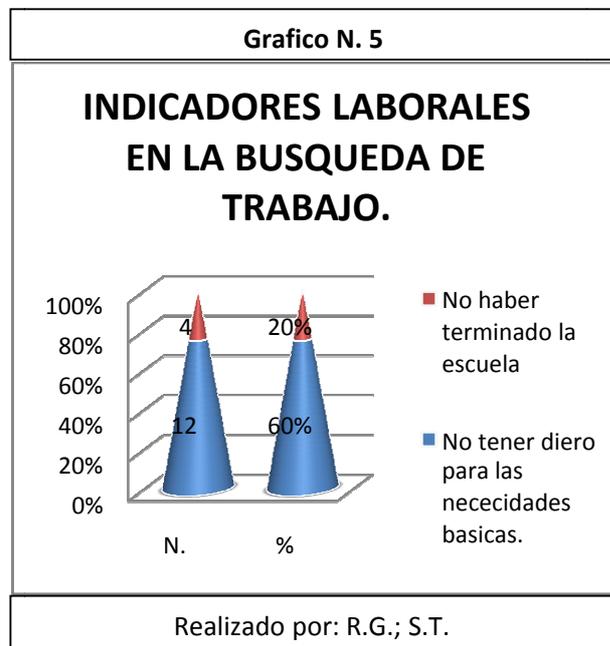
Indicadores	Nº-	%
1. Consumo de algún tipo de droga por algún miembro de la casa	1	5
2. Hostilidad	6	30
3. Criticismo	4	20



Los factores familiares que más inciden son la hostilidad de los miembros de la familia hacia el paciente con un 30 % y le sigue el criticismo con un 20 %

3.1.5 Indicadores laborales

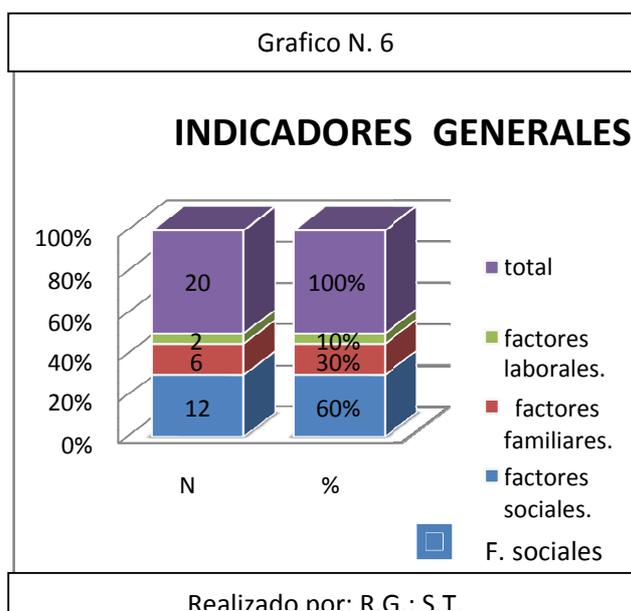
Cuadro 5 indicadores laborales en la búsqueda de trabajo		
Indicadores	Nº-	%
Carencia de dinero para las necesidades básicas	12	60
No haber terminado la educación básica	8	20
	20	100%



El cuadro cinco muestra que los factores laborales que más incidieron fueron: durante la búsqueda de trabajo, el no tener dinero para satisfacer las necesidades básicas con un 60 % y durante el trabajo el tener un hijo enfermo con un 45%. Aclaro que la falta de dinero no fue la principal causa para la recaída de los pacientes que conformaron la muestra ya que al preguntarles qué pesaba más para que ellos recayera; si los amigos, la familia o los aspectos laborales, ellos dieron la siguiente respuesta como se lo puede apreciar en el cuadro 6:

3.1.6 Indicadores Generales:

Indicadores	N.	%
1. Factores sociales.	12	60
2. Factores familiares.	6	30
3. Factores laborales.	2	10
Total	20	100



Como podemos ver en el cuadro 6 los amigos ocupan la primera causa con un 60 %, por lo cual un paciente drogodependiente recae, seguida de los factores familiares con un 30% y quedando al final los factores laborales con un 10 %.

La explicación puede estar en que el ansia de las personas de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado, y las presiones por parte de los "amigos", pueden hacer también que alguien se vea iniciado o recaiga en el consumo de drogas. El consumo puede ser el requisito para la pertenencia a dicho grupo, y una vez dentro se facilita la adquisición y el consumo de sustancias tóxicas.

Uno de los problema más difíciles que una persona con problemas de adicción enfrenta, es estando alrededor de las personas que pueden beber socialmente sin peligro.

Un sentido de aislamiento, una pérdida de gozo y la creencia del ex bebedor de que lastima –no respeto- guía el comportamiento de un(a) amigo(a), puede conducir a la soledad, a la autoestima baja y a un deseo fuerte para beber. Los amigos cercanos y

hasta los compañeros íntimos pueden tener dificultades en cambiar sus respuestas a ésta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno a beber.

Los amigos quizás no acepten fácilmente al amigo(a) sobrio(a) y tal vez más calmado(a). En tales casos, sí los compañeros o amigos no pueden cambiar, entonces la separación puede ser necesaria para la supervivencia. No es nada extraño que, cuando confrontada con tales pérdidas, una persona regresa al consumo de sustancias. El mejor curso en estos casos, es promover a los amigos y miembros de familia cercanos para que busquen la ayuda también. Afortunadamente, grupos como Al-Anon existen para esta finalidad.

Debemos tener claro que el ser humano se construye y se destruye mediante sus relaciones. Desde siempre se ha dicho: "dime con quién andas y te diré quién eres".

También es necesario considerar la influencia que tiene la imagen que brindan los padres y la presión que ejerce el grupo social, a través del uso de drogas "legales". El consumo de alcohol y tabaco es parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Su uso precede, prácticamente siempre, al de las drogas ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo de éstas últimas. Es muy raro el comienzo directo con drogas ilícitas.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Más adelante pasan a las bebidas blancas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana.

Ya que mencionamos esto, recordemos que en ocasiones son los mismos medios de comunicación y la sociedad misma, los que representan los placeres y el humor de consumir drogas en anuncios y en la programación y esto se ve continuamente en Girón, la Asunción, Lentag, la Unión y Santa Isabel que son pueblos donde pertenecen la mayor parte de personas de la muestra, ya que son lugares donde la elaboración y el consumo de aguardiente es algo que se podría decir casi normal para las personas que viven dentro de estos pueblos. Sólo como un dato complementario, existen más de 10 fábricas de alcohol, 200 cantinas en total dentro de estos pueblos, incluso junto al

mismo centro de rehabilitación CREVIN ya existe un karaoke, donde el consumo de alcohol es muy frecuente.

A este propósito citamos estos párrafos escritos por José Luis E. Maldonado de la Torre a la presión social, nos permitirá aclarar mejor el tema acerca de la influencia social que ejercen las personas en un adicto en recuperación:

"Desde niño se me enseñó a resolver los malditos quebrados o fracciones que nunca comprendí para que sirvan en la vida real. El argumento que constantemente recibía por maestros y demás gente adulta es que si no aprobaba la materia de matemáticas y en consecuencia el año escolar reprobaría y probablemente en un futuro sería un don nadie por no saber sobre matemáticas.

La realidad es que a mis 20 años aún no comprendo las matemáticas y batallé hasta la prepa con ellas, el punto no es que el álgebra sea inservible en el mundo real sino que ¿Por qué? esa necesidad de presionar mediante el miedo para que podamos aprender. Se que fui pésimo estudiante en la secundaria y prepa. Pero la constante amenaza de ser un don nadie o como decía mi maestra de química un albañil cualquiera no sólo desprestigia al sector de la sociedad que se dedica a esa actividad, sino que también con el paso del tiempo me ha creado una seria frustración y problemas internos por tratar de ser alguien.

Digo la misma maestra de química se enorgullecía por fabricar vinos aparte de impartir clases, es decir ¿quienes son ellos para desprestigiar a un albañil por vender vinos y dar clases en una preparatoria pública?"¹⁷

Pero esta presión social de la que habla, José Luis E. Maldonado no sólo pasa en el sistema educativo, también sucede en el ámbito de las adicciones ya que a veces parece que se le discrimina a la gente que desea dejar de consumir, en ocasiones haciéndolas ver como inhumanos, o los medios de comunicación (la TV en especial) que constantemente hablan de las drogas legales como si fueran los únicos que habitan el país.

En sí varias fallas deben desaparecer de ésta sociedad, y una de ellas es la presión social que nos impide crecer y cada vez nos lleva más a una ignorancia podrida, donde las

¹⁷ <http://Kolchasblogendario.com/2005/02/00030presion-social.html>

personas que buscan una vida libre de drogas son menospreciadas por otras, que apreciar el valor de una vida libre de drogas.

En este trabajo también encontramos que la familia se constituye en barrera que dificulta el mantenimiento y fortalecimiento de la sobriedad, al impedir la adecuada reinserción del adicto en vías de rehabilitación a su ceno. En otra faceta del problema, la rehabilitación se facilita al cooperar adecuadamente la familia.

En los últimos años se ha reconocido cada vez más la importancia que tiene la familia en el tratamiento de las adicciones.

Pero ¿que sucede que esto logra exactamente lo contrario?

Esto se debe a la ausencia de conocimiento y orientación que induzcan una actuación acorde con la naturaleza del problema.

Existe:

- Un insuficiente conocimiento acerca de la enfermedad.
- Manifiesta actitudes negativas que refuerzan la dinámica adictiva y dificulta la rehabilitación del adicto.
- Mantienen expectativas superficiales acerca del tratamiento y la rehabilitación y piensan que sólo el consumidor es el enfermo y que si él cambia, su vida mejorará; por lo que en ocasiones sólo les interesa hospitalizarlos en un centro de adicciones y son muy pocas las veces que asisten a las terapias que brinda el centro para la familia, algo que también se vio que sucede en el CREVIN. Éste abandono del paciente con su tratamiento, más aún cuando dicho tratamiento no es producto de su voluntad.

CONCLUSIONES.

En el presente estudio se comprobó que los amigos, son la principal causa por la cual los pacientes egresados del CREVIN recayeron en el consumo de sustancias, ya que de 20 pacientes drogodependientes 60% recayeron por esta razón.

Los factores sociales que más inciden en el consumo de drogas se tienen: Necesidad de aceptación y ser parte del grupo con un 45% respectivamente, presión del grupo con un 55%. Berganza y Aguilar (1990) señalan que muchas personas se inician y se mantienen en el consumo de drogas por la influencia de los amigos.

Como mencionamos anterior mente en el capítulo II existen también estudios que demuestran que la presión ejercida por un amigo es uno de los factores mas importantes que contribuye a la adicción a las drogas en las personas. A su vez estos estudios recomendaron que los programas de tratamiento deben poner mas énfasis en romper las relaciones con los amigos que pueden poner en peligro la abstinencia de una persona y motivarle a esa persona a que desarrolle nuevas amistades que no toleren el abuso de drogas.

En segundo lugar tenemos los factores familiares dentro de los cuales los más destacados fueron la hostilidad con un 30% y el criticismo con un 20%. Esto se debe a que existe una relación entre un alto nivel de la emoción expresada y la recaída en pacientes drogodependientes. Estudios como los de López- Torrecilla rebelan que en pacientes alcohólicos una alta EE por parte del familiar hacia que estos pacientes mostraran mayor probabilidad para recaer en un menor periodo de tiempo y para que consumieran mas bebidas, lo cual evidencia la gran importancia del constructo en la predicción del curso del consumo.

Y por último tenemos los factores laborales en los cuales los estresores más relevantes fueron: el no tener dinero para satisfacer las necesidades básicas con un 60% y el tener

un hijo enfermo con un 45%. Esto se puede deber a que cuando el sujeto se enfrenta a factores generadores de tensión que se generan durante la búsqueda de trabajo provoca una ansiedad elevada y ante la percepción de no poder hacer frente a la situación, el sujeto se implica en una conducta adictiva a modo de auto terapia para disminución de la ansiedad y, se hace repetitivo quedando el sujeto con una alta probabilidad de iniciarse o recaer en el consumo de sustancias.

CAPÍTULO IV PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA

INTRODUCCIÓN.

Ya dijimos que los amigos juegan un papel muy importante en la recaída de una persona, pero qué podemos hacer nosotros como profesionales de la salud mental para contrarrestar este hecho y tratar de disminuir el índice de recaída que hoy se está dando no sólo a nivel del CREVIN, sino también a nivel de otros centros de adicciones.

A continuación daremos algunas recomendaciones que si es verdad no ayudarán a bajar el índice de recaída en gran medida; además, contribuirán a que cuando un paciente drogodependiente en proceso de recuperación salga de un centro de adicciones este preparado para enfrentar de mejor manera los factores estresantes como la presión de los amigos, los problemas familiares y laborales que podrían llevarle a volver al consumo de cualquier droga legal o ilegal.

Para que exista recuperación, primero debe existir un entorno vivificante, toda planta crece en algún sitio, a diferencia de la mayoría de ellas, nosotros podemos escoger el terreno que más nos convenga.

Aclaremos que no se trata de juzgar el entorno; sino, de analizar con lucidez lo que él mismo puede ejercer sobre tal o cual persona. Necesitamos relaciones que nos ayuden a vivir, que nos impulsen a mantener nuestra recuperación que tanto trabajo nos ha costado alcanzar, que me inviten a la madurez y a la autonomía; necesitamos estar rodeados de personas que sepan la jardinería con la vida humana, porque en contacto con ellos, también aprendemos nosotros a hacerlo, ayudados por su experiencia, su apoyo, su comprensión y acogida.

Al mismo tiempo debemos distanciarnos de las personas que nos desalientan, nos oprimen, nos ahogan. A nosotros nos corresponde precavemos contra su nefasto influjo.

No siempre es necesaria una ruptura brutal; sin embargo, alejarnos un poco nos permite proteger nuestra vida de las ondas negativas que, sin nosotros darnos cuenta, la van minando.

A continuación proponemos un tipo de prevención de recaída que puede ser de gran utilidad en la lucha diaria del mantenimiento de la sobriedad y que no sólo trabaja con el paciente, sino también con el medio que lo rodea; son ejemplos de aplicación terapéutica recogidos de nuestra experiencia tomando como base otras aplicaciones en centros especializados a nivel de Europa y América.

4.1 La prevención de recaídas como estrategia preventiva comunitaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conocer fortalezas y limitaciones para reducir la exposición a situaciones de riesgo, sabiendo evitarlas y creando nuevas estrategias para enfrentar los problemas.

Ya que al hacer esto la persona estaría consiente de las ventajas y desventajas que posee para hacer frente de mejor manera a su adicción y buscar la forma de mantener una abstinencia mucho mas solida.

Esto se llevaría a cabo mediante los siguientes pasos:

- 1) Conocer y reconocer los síntomas previos, actitudes, conductas, estímulos problema, formas de comunicación y mensajes propios que pueden favorecer el consumo de sustancias de uno mismo o su persona querida. Ayudar a identificar las señales de alarma y situaciones de riesgo.
- 2) Actuar en consecuencia de ese conocimiento desarrollando estrategias de afrontamiento, contrastando los viejos modelos con los nuevos.
- 3) Descubrir los mitos o creencias que sustenta la persona, su familia o su entorno, como por ejemplo: "el alcohol no es problema", "cambiar es difícil", "sin drogas no puedo relacionarme", "para formar parte de un grupo hay que tomar", "cambiar es imposible", "las drogas no son un problema para mí", "solo me comprenden los que han consumido".
- 4) Identificar pensamientos permisivos, presentes en el individuo o sus grupos de pertenencia: "puedo tomar una vez", "nadie lo sabrá", "lo tendré controlado".

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

Para el cumplimiento de un objetivo preventivo desde la promoción de salud, la Prevención de Recaídas debe articularse sobre programas de prevención, debidamente planificados.

No basta con charlas puntuales, o actividades aisladas. Deben estar integradas y volcadas hacia las redes sociales, constituyendo una forma de sensibilización y educación. Al respecto Goti (2000) opina que las posibilidades de recaída son inversamente proporcionales a la educación que la persona pudo lograr. A mayor educación, menos recaídas. La educación contribuye a que se tenga mayor confianza en sí mismo y más posibilidades futuras de lograr una ubicación digna en la sociedad.

El desafío parecería estar entonces, en articular este tipo de actividades con el entramado social. Esto implicaría por parte de los terapeutas y sus instituciones de pertenencia, un esfuerzo por salir hacia el afuera, participando de manera real y efectiva con la familia y la

comunidad. Evidentemente para ello no sólo es necesario buenas intenciones, sino, lo más difícil, lograr el compromiso de toda la sociedad para que ello sea posible. Los programas de prevención orientados hacia el colectivo social podrían ser una forma de lograrlo.

4.2 Algunos ejemplos de trabajo en prevención de recaídas.

Talleres con los padres y familiares: en las mismas reuniones habituales en las que se les presenta el material sobre recaídas, en grupos organizados. Cada grupo familiar completó una pregunta sobre cuáles factores de riesgo pueden detectar. A continuación se puso en común lo elaborado para sistematizar las conclusiones y desde ellas proceder a planificar estrategias más puntuales acordes a las necesidades, fortalezas y oportunidades detectadas.

Trabajo con los propios pacientes: igualmente se trabaja a manera de taller, con antelación se les dota del material de lectura sobre el tema, en el caso de dificultades de lectura por la baja instrucción académica de algunos de ellos, se facilita la lectura en pares. Llegada la hora del taller se recoge las impresiones y los aportes de algunos de los participantes, dejando fluidez para la expresión, dando especial atención a aquellos que manifiestan situaciones más riesgosas. Sin perder de vista estos aportes, se procede a complementarlos con un análisis de los conceptos centrales del material.

Búsqueda de argumentos para evitar la recaída, de manera libre, como de lluvia de ideas, cada uno de los participantes va diciendo las motivaciones que le mueven para dejar definitivamente el consumo; estos son recopilados por el facilitador, para ser analizados con el permiso de sus autores y a su vez ser reforzados y argumentados. Las principales motivaciones suelen ser la familia, en cuanto a evitar que se destruya, que se recupere, otros argumentos son referidos a la parte de la salud, el mundo laboral, social, etc.

Redacción de relatos acerca de casos de recaída, cada uno realiza un cuento sobre una persona que había recaído. En el plenario, cada uno lee su cuento y responde a preguntas: “¿Qué tiene que ver esta situación del cuento conmigo mismo?”, “¿Cómo debería haber actuado el personaje del cuento para no recaer?” Estas preguntas son contestadas por el autor del cuento pero también los demás realizan comentarios.

Actividad Plenaria, encuentro entre todos los familiares que quisieran participar y también algún amigo, junto con los residentes en la comunidad. Se comparte previamente las conclusiones de las actividades anteriores. Luego se les da la consigna de trabajo que consistió en reunirse por grupo familiar y realizar dos columnas, una con factores de riesgo y otra con factores de protección, explicando ambos conceptos. Estos factores debían abarcar situaciones personales, familiares, ambientales y otras por ejemplo esta actividad ya la realizamos con un pequeño grupo del cantón Girón y las respuestas que nos dieron fueron:

Factores que aumentarían el riesgo de recaída:

- Falta de comunicación.
- Estar incluido en "cosas" que no le corresponden (se refiere a hacerse cargo de tareas que corresponden a otros miembros de la familia).
- Estar en lugares o juntarse con gente donde se consume alcohol y drogas, esquina, boliches.
- Tener alcohol en la casa, tomar alcohol.
- Si se comienza a recaer, no hacer nada al respecto.
- Discutir con familiares.
- Participar de la empresa familiar.
- No ver a un familiar querido.
- Pensar en la independencia y saber que no se tiene los medios y el dinero.
- El barrio.
- Amistades anteriores, personas conocidas que pueden acercarse con malas intenciones.

- Estar solo, estar deprimido.
- Problemas de pareja, problemas de familia, discrepancias familiares.
- Un familiar que no sepa abordar el tema.
- Sobreprotección.
- Tener baja la autoestima.
- Al trasladarse de un lugar a otro, ele gir pasar por lugares de riesgo.
- Pensar que ya está todo bien antes de tiempo.
- Dificultades de integrarse a un nuevo grupo de pares.
- Actitudes que se tenían ante s, tentación, ganas de consumir.
- Dejar que la mente "vuele" en recuerdos que bajoneen, dej ars e lle var .
- Despreocuparse de uno mismo.
- Engañarse, engañar, mentir.
- Empezar a bajar los controles y tolerar excepciones a las normas de prevención de recaídas antes de tiempo, por pensar que ya está todo bien.
- Falta de confianza.
- Que el adicto en recuperación se crea el responsable de todos los problemas.
- Frustraciones, bronca, falta de seguridad.
- No tener límites.

Factores que servirían como protección para prevenir una recaída:

- Poder decir lo que se piensa, saber que hay gente que nos pueda escuchar.
- Si se va a ir a lugares donde puede haber alcohol, avisar que no puede beber.
- Sacar el alcohol de la casa.
- Evitar juntarse con gente y en lugares donde se consume alcohol en forma abusiva y drogas.
- Si las actitudes de la persona empiezan a recaer, hablarlo bien y buscar ayuda.
- Si la persona está pensando en drogas, en recuerdos de consumo, hablarlo y buscar ayuda, y si es necesario buscar más compañía en las salidas, o estar siempre acompañado durante las mismas.
- Mudarse del barrio.

- Tener responsabilidades.
- Apoyo de personas queridas.
- La comunidad (se refiere a la comunidad terapéutica).
- Voluntad y ganas de dejar la adicción a las drogas.
- Frente a un ofrecimiento de drogas o a una situación de cercanía a las mismas, irse.
- Fluida comunicación familiar.
- Aceptar las normas para las salidas y plantear las dudas.
- Tener "bien definida" la red de apoyo, relacionarse con nuevas personas que no consuman.
- Saber aceptar las reacciones de los demás.
- Respeto mutuo, no tratar mal a otra persona, no transar, no robar.
- Pedir ayuda.
- Fijarse límites.
- Deporte, juegos en grupos, no tener tiempos de ocio, tener un hobbies, organizarse alternativas.
- Compartir encuentros sociales, disfrutar las fiestas.
- Sentirse orgulloso de los logros aún frente a reiteraciones negativas.
- Tener objetivos claros y metas cercanas, organizarse, ideas buenas.
- Relacionarse con los compañeros del proceso y con los que ya terminaron.
- Tener presente la experiencia de vida, no dejar tu vida, vivir.
- Tener fe en uno mismo, ser perseverante.
- Confrontar las cosas que no te gustan, encarar, no callar.
- No pensar en uno mismo, ayudando o viendo las necesidades del otro.
- Saber diferenciar lo malo de lo bueno.
- No despreocuparse de uno mismo.
- Prestar atención a lo que uno pone empeño.
- Saber escuchar, saber hacerse escuchar.
- Buscar la esencia de uno mismo.
- Saber querer, enseñar, saber transmitir valores.
- Ser servicial, ser honesto, no delegar en el otro.

- Verdad, sinceridad, hablar las cosas con claridad.

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

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

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

CONCLUSIONES GENERALES:

- Como vemos a lo largo del presente trabajo la drogadicción es una enfermedad muy latente dentro de nuestra sociedad y que nadie está libre de sumergirse en ese mundo.
- Existen diversos factores que pueden llevar a una persona a consumir y al igual que el convertirse y recuperarse de las drogas es un proceso, la recaída también lo es; ya que siempre hay una serie de síntomas que permiten visualizar cuando una persona está encaminándose a la recaída tales como: retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso, actitud de desafío con respecto al plan de recuperación, irritabilidad, sentimientos de depresión y ansiedad flotante, discusiones frecuentes en el hogar, etc. que de ser detectados a tiempo pueden evitar que una persona recaiga en el consumo de estupefacientes.
- Ninguna persona que haya salido de un proceso de recuperación de drogodependencia está exenta de volver a recaer, ya que en el mundo exterior existen diversos factores que le pueden llevar a poner en tela de duda su recuperación que tanto le costó alcanzar.
- Acontecimientos tales como problemas laborales, familiares y el más importante la presión del medio social ya que este último es el más común para que una persona recaiga, como lo podemos observar en el presente trabajo el 60% de la muestra total recayó a causa de la influencia de los llamados amigos ya que estos presionaban a la persona para que vuelva a consumir, sumándose a esto y en un porcentaje muy alto la necesidad de aceptación que tiene un paciente drogodependiente por parte del grupo de amigos.
- Sin embargo, creemos que es posible lograr un tipo de prevención de manera comunitaria en el cual se puede psicoeducar a la familia y a la sociedad misma, acerca de las adicciones y el peligro que conlleva el consumo de las mismas.

Psicoeducacion que incluiría: talleres con los padres y familias, trabajo con los propios pacientes, búsqueda de argumentos para evitar la recaída, redacción de relatos a cerca de casos de recaída y actividades plenarias.

- Todo esto esta encaminado a lograr una optima reinserción social del paciente drogodependiente que juega un papel predominante a la hora de prevenir una recaída. Prevención que no será posible sin la formación y fortalecimiento de redes sociales que rodeen al sujeto y su familia.
- Estamos convencidos que esto solo es posible, si el medio socia esta sensibilizado e informado d que la drogadicción no es un problema de una sola persona, sino de toda una sociedad.
- Recordemos que la prevención de recaídas es un trabajo comunitario que involucra a un individuo, su familia y su entorno micro y macro social, es decir que es un trabajo colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed.). Barcelona. Autor.
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
3. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.f. y Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guildford Press (trad. cast., Barcelona: Trillas, 1999).
4. Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
5. Becoña, E. (1996b). Tratamiento del juego patológico. En: J.M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide, pp. 249-278
6. Becoña, E. (1998a). Alcoholismo. En: M.A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta*, Vol. II. Madrid: Dykinson, pp. 75-141.
7. Becoña, E. (1998b). Conductas adictivas. ¿El problema del siglo XXI? *Psicología Contemporánea*, 5, pp. 4-15.
8. Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
9. Becoña, E. (2001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En: J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.). *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson, pp. 423-462.
10. Belloch, A., Sandín, B. (1996). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana. España.
11. CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.
12. Escotohado, J. (1995). *Aprendiendo de las drogas*. Madrid. Anagrama.
13. Víctor M. Llamas www.web-familias.com
14. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.
15. *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association)
16. Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS. ISBN 92-75-32579-0.
17. Washton, A. M. (1995). *La adicción a la cocaína*. Barcelona. Paidós.
18. Weiss, R. D., Mirin, S. M. y Griffin, M. L. (1992). Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. En M. Casas (ed). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. pp 19-31. Barcelona. Neurociencias.

ANEXOS.

Cuestionario para la valoración del estrés en el ámbito laboral

¿Cuáles son mis estresores en el ámbito laboral?

Nombre:

Fecha:

Encierra en un círculo el número que mejor represente el nivel de estrés que te provocan las siguientes personas, lugares y situaciones. En los espacios en blanco, agrega cualquier otro estresor que tengas.

Escala:

1. Ningún estrés
2. Un poco de estrés
3. Estrés moderado
4. Bastante estrés
5. Muchísimo estrés

Estresores durante la búsqueda de trabajo

	ESTRESOR	VALORACIÓN				
1	Decirle a mi esposo(a) que quiero trabajar	1	2	3	4	5
2	Decirle a mis hijos que quiero trabajar	1	2	3	4	5
3	Ir a dejar el currículum	1	2	3	4	5
4	Ponerme en contacto con ex compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
5	Ponerme en contacto con ex jefes	1	2	3	4	5
6	Lugares donde trabajaba antes	1	2	3	4	5
7	Sentirme obligado(a) a decir (o a ocultar) que hice un tratamiento de rehabilitación por drogas	1	2	3	4	5
8	No tener dinero para cubrir las necesidades básicas de mi familia	1	2	3	4	5
9	No haber terminado mis estudios	1	2	3	4	5
10	Hablar con mis conocidos avisándoles que estoy buscando	1	2	3	4	5

	trabajo					
11	Llamar solicitando una entrevista de trabajo	1	2	3	4	5
12	Ir a una entrevista de trabajo	1	2	3	4	5
13	Enfrentarme al jefe de personal que me entrevistará	1	2	3	4	5
14	Esperar el resultado de una entrevista de trabajo	1	2	3	4	5

Estresores en el lugar de trabajo

	ESTRESOR	VALORACIÓN				
1	No contar con el apoyo de mi esposo(a) para trabajar	1	2	3	4	5
2	Pensar que en el nuevo lugar de trabajo puedan enterarse de que yo antes consumía drogas	1	2	3	4	5
3	Algunos(as) compañeros(as) de trabajo	1	2	3	4	5
4	El jefe	1	2	3	4	5
5	Clientes muy exigentes	1	2	3	4	5
6	Los lugares por los que tengo que pasar para llegar a mi trabajo	1	2	3	4	5
7	Trabajar en turnos muy largos	1	2	3	4	5
8	Que me llamen al trabajo por problemas de la casa	1	2	3	4	5
9	Cuando el jefe me llama a su oficina	1	2	3	4	5
10	Cuando hay que terminar el trabajo y hay poco tiempo	1	2	3	4	5
11	Cuando queda trabajo pendiente	1	2	3	4	5
12	Tener que hacer horas extras	1	2	3	4	5
13	Tener menos tiempo para compartir con mi esposo(a)	1	2	3	4	5
14	Pedir permiso para ir a reuniones de apoderados	1	2	3	4	5
15	Tener un hijo(a) enfermo(a)	1	2	3	4	5
16	Tener que dejar solos a mis hijos mientras trabajo	1	2	3	4	5
17	No saber qué van a hacer mis hijos después de la escuela	1	2	3	4	5
18	El personal que tengo a cargo	1	2	3	4	5
19	Los competidores del mismo rubro de mi empresa	1	2	3	4	5
20	Compañeros de trabajo que consumen drogas	1	2	3	4	5
21	Preocupación por cumplir con las exigencias del trabajo	1	2	3	4	5
22	Preocupación por cumplir con las metas de producción que se esperan de mí	1	2	3	4	5
23	Preocupación por cumplir con lo que mi familia espera de mí	1	2	3	4	5
24	Preocupación por los conflictos que surgen entre los compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
25	Miedo a perder el trabajo	1	2	3	4	5

FUENTES ELECTRÓNICAS

- <http://www.google.com.ec/#hl=es&q=tratamiento+de+la+drogodependencia&meta=&fp=5568766ba05e5059> (mayo de 2009)
- <http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=recaida&meta> (junio de 200)
- <http://www.psycoactiva.com/drogas.htm> proceso (mayo de 2009)
- <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/38951/> (junio de 2009)
- http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/APRESTO_LABORAL/Capitulos_4_y_5_manual_Apresto_Laboral_CONACE.pdf (junio de 2009)
- <http://html.rincondelvago.com/influencia-social.html>(2009)