

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO, DEL
ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA



**PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA REHABILITACIÓN DE
PACIENTES ALCOHÓLICOS INTERNOS DEL CENTRO
DE REHABILITACIÓN "UNA NUEVA LUZ" -
LA TOMILLA - CAYMA 2014**

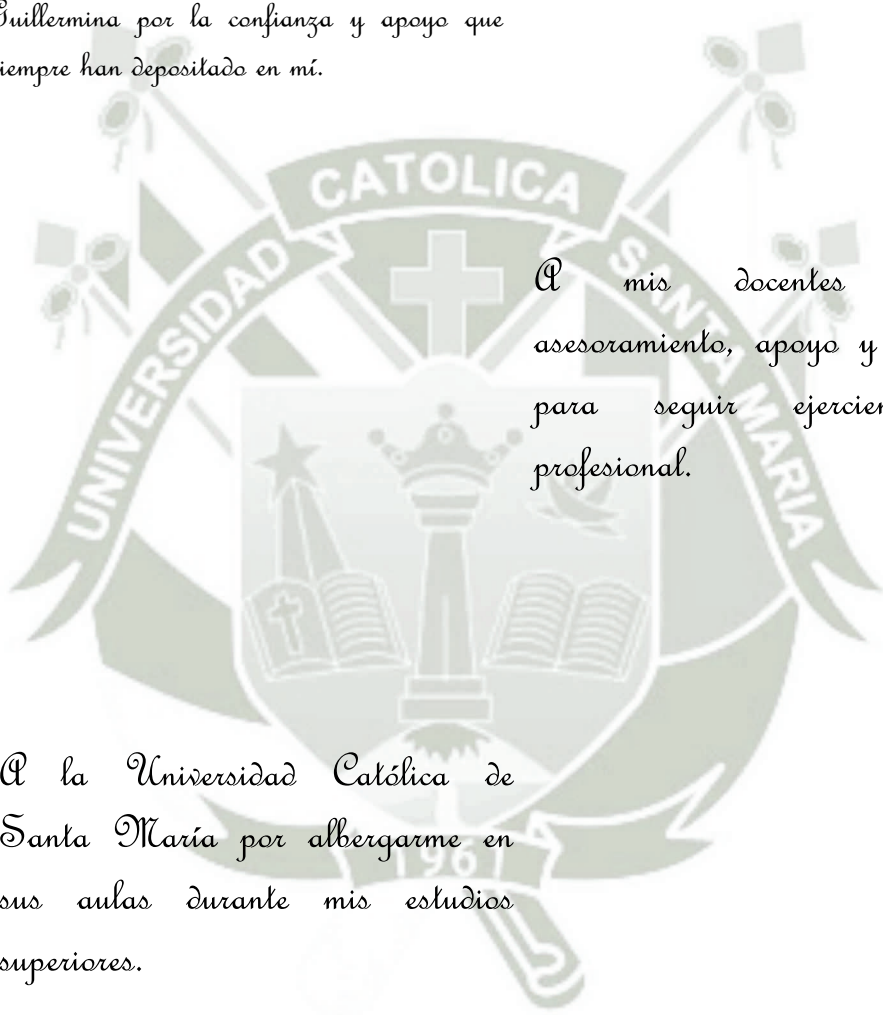
Tesis presentada por el Bachiller:
CHISE APAZA VÍCTOR GODOFREDO
Para optar el Grado Académico de:
MAGISTER EN SALUD MENTAL DEL
NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA.

AREQUIPA – PERÚ

2016

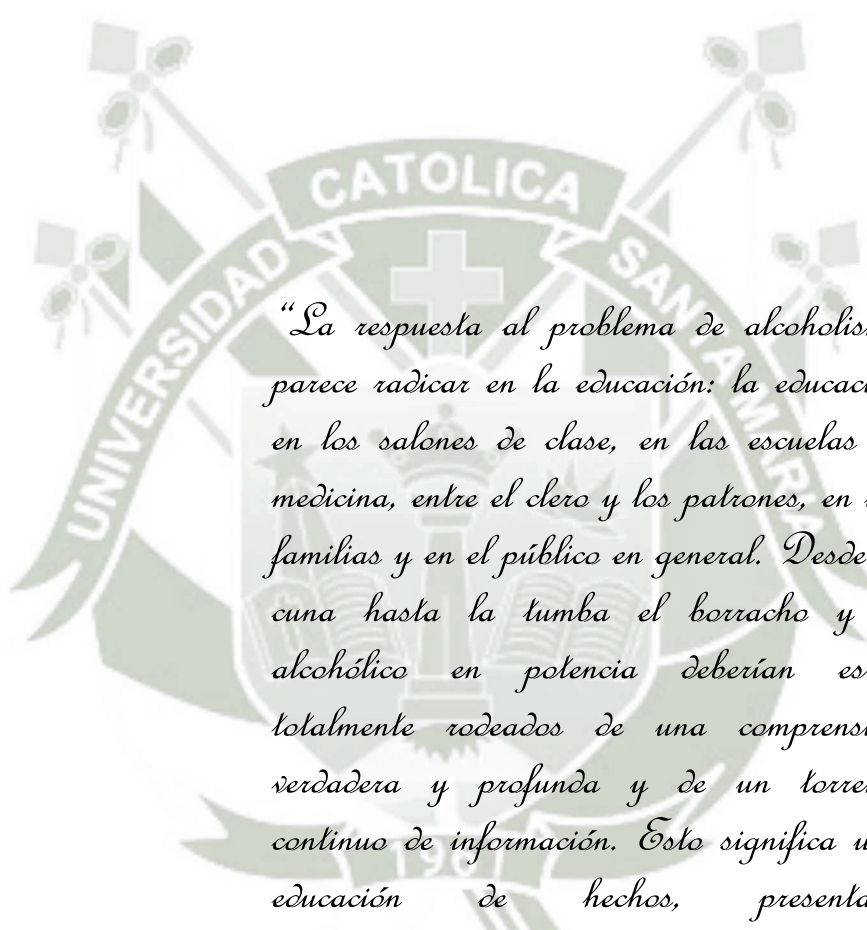
DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por su bondad con mi persona, al R.P. William Morris Gristy por sembrar en mí la ayuda a las personas que lo necesitan y a mis Padres Mariano y Guillermina por la confianza y apoyo que siempre han depositado en mí.



A mis docentes por su asesoramiento, apoyo y enseñanzas para seguir ejerciendo como profesional.

A la Universidad Católica de Santa María por albergarme en sus aulas durante mis estudios superiores.



“La respuesta al problema de alcoholismo parece radicar en la educación: la educación en los salones de clase, en las escuelas de medicina, entre el clero y los patrones, en las familias y en el público en general. Desde la cuna hasta la tumba el borracho y el alcohólico en potencia deberían estar totalmente rodeados de una comprensión verdadera y profunda y de un torrente continuo de información. Esto significa una educación de hechos, presentada adecuadamente. Hasta ahora, gran parte de esta educación ha atacado el problema del beber en vez de esclarecer la enfermedad del alcoholismo”.

BJLL WILSON

INDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: RESULTADOS	3
CAPITULO II: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	24
PROPUESTA	31
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	43
Anexo 1: Hoja de Datos	44
Anexo 2: Cédula de Preguntas (Participación Familiar)	45
Anexo 3: Cédula de Preguntas (Inventario de procesos de Cambio)	46
Anexo 4: Proyecto de Investigación	49

RESUMEN

El objetivo es verificar la Participación Familiar en la rehabilitación de pacientes alcohólicos (Internos del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz"- La Tomilla - Cayma 2014).

Para establecer la Participación Familiar en la rehabilitación de pacientes alcohólicos, se utilizó el método del cuestionario y como instrumento la cédula de preguntas, se realizó la investigación tomando una muestra por conveniencia, logrando la participación de los pacientes internos del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma, utilizando como instrumento principal una cédula de entrevista.

En el trabajo de campo se empleó la cédula de preguntas que involucró a 30 miembros de sexo masculino, los cuales la mayoría eran solteros (40%), con estudios secundarios (57%) indicando que tienen un nivel de preparación, pero quizás por su adicción o por falta de incentivo moral es que el (50%) se encuentran sin trabajo y por supuesto su condición económica es medio bajo (47%), pero no son analfabetos y mucho menos, personas en extrema pobreza.

Con referencia a la familia podemos concluir, como resultado de la investigación, que no hay una participación total de la familia, ya que en los compromisos familiares no son considerados y/o invitados los pacientes (37), haciéndolos sentir excluidos o que sienten vergüenza de ellos, pero existe un (43%) que son elogiados por su familia cuando tienen algún progreso, las visitas familiares no son muchas pero si se preocupan por ellos (37%) y esto los hace sentir bien sintiendo el afecto familiar (23%) que le proyectan, es por eso que vemos cambios en los integrantes del Centro de Rehabilitación, la gente está cambiando su manera de pensar frente a esta enfermedad, investigando métodos y técnicas para una mejor rehabilitación y sin duda con la participación de la familia.

ABSTRACT

The aim is to verify the Family Involvement in rehabilitation of alcoholic patients (Internal Rehabilitation Center "A New Light" - The Tomilla - Cayma 2014).

To set the Family Involvement in rehabilitation of alcoholic patients, the method of questionnaire was used as instrument the certificate of questions, the research was conducted by taking a sample for convenience, achieving the participation of inpatient Rehabilitation Center "A New light "- The Tomilla - Cayma, using as main tool the document instituting interview.

In fieldwork the certificate of questions that involved 30 male members are employed, most of whom were single (40%), with secondary education (57%) indicating that they have a level of preparation, but perhaps for his addiction or lack of moral incentive is that the (50%) are unemployed and of course their economic condition is medium low (47%), but are much less literate, people in extreme poverty.

With reference to the family we can conclude, as a result of the investigation, that there is full participation of the family, and that family commitments are not considered and / or invited patients (37), making them feel excluded or feel ashamed of them, but there is a (43%) who are praised for their family when they have some progress, family visits are not many but if you care about them (37%) and this makes them feel good feeling family affection (23%) projecting him, that is why we see changes in the members of the rehabilitation Center, people are changing their thinking against this disease, researching methods and techniques for better rehabilitation and certainly with the participation of the family.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha reconocido cada vez más la importancia que tiene la familia en la comprensión y tratamiento del alcoholismo.

Hay que tener en cuenta que la familia recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y muestre síntomas de disfunción cuando uno de sus miembros padece de la enfermedad. Paradójicamente, la familia afectada por la adicción, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción. No todos los familiares llegan a ser codependientes pero sí todos están afectados por las consecuencias directas o indirectas de la enfermedad.

En la práctica terapéutica con los alcohólicos, con mucha frecuencia encontramos que la familia se constituye en barrera que dificulta el mantenimiento y fortalecimiento de la sobriedad, al impedir la adecuada reinserción del alcohólico en vías de rehabilitación a su seno. En otra faceta del problema, la rehabilitación se facilita y consolida al cooperar adecuadamente la familia.

Para realizar un efectivo tratamiento de rehabilitación es necesario planificar y diseñar los programas adecuados, hay que conocer previamente las necesidades reales de este grupo de población y de sus familias/cuidadores. Es importante que los propios afectados puedan expresar cuáles son, para lo que hay que establecer los canales adecuados de participación. Es así que es importante dar a conocer la técnica de la participación familiar a todas aquellas familias que son víctimas de esta enfermedad.

La presente investigación se realiza debido a que siendo un miembro del equipo de tratamiento del centro “Una Nueva Luz” se ha podido observar que gran porcentaje de la familia de alcohólicos en tratamiento no

participan activamente en las terapias familiares dominicales, abandonan al paciente y no realizan las visitas familiares autorizadas por la Institución al paciente. En consecuencia, los pacientes se sienten resentidos, no siendo favorable e influyendo en forma determinante en su rehabilitación.

Por lo tanto, la presente investigación ayudará a otras Instituciones dedicadas al tratamiento de alcohólicos a realizar tratamientos con participación directa de la familia.







1. Características Sociodemográficas de los Pacientes Evaluados

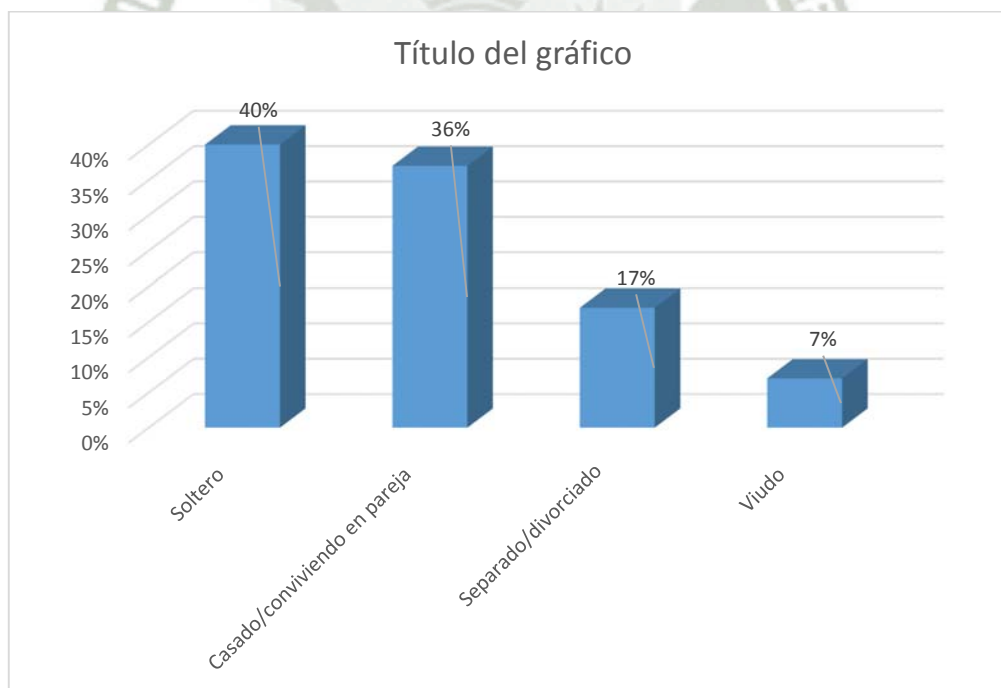
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA N° 1
ESTADO CIVIL

INDICADORES	F	%
Soltero	12	40%
Casado/conviviendo en pareja	11	36%
Separado/divorciado	6	17%
Viudo	1	7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

GRAFICA N° 01
ESTADO CIVIL



Fuente: Aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla N°1 del 100% de encuestados respecto de su condición civil, podemos inferir que el 40% de pacientes son de condición civil solteros, mientras que el 7% son viudos, es decir se encuentran solos.

Por otro lado, tenemos los separados y/o divorciados con un 17% es decir, también se encuentran solos.



TABLA N° 02

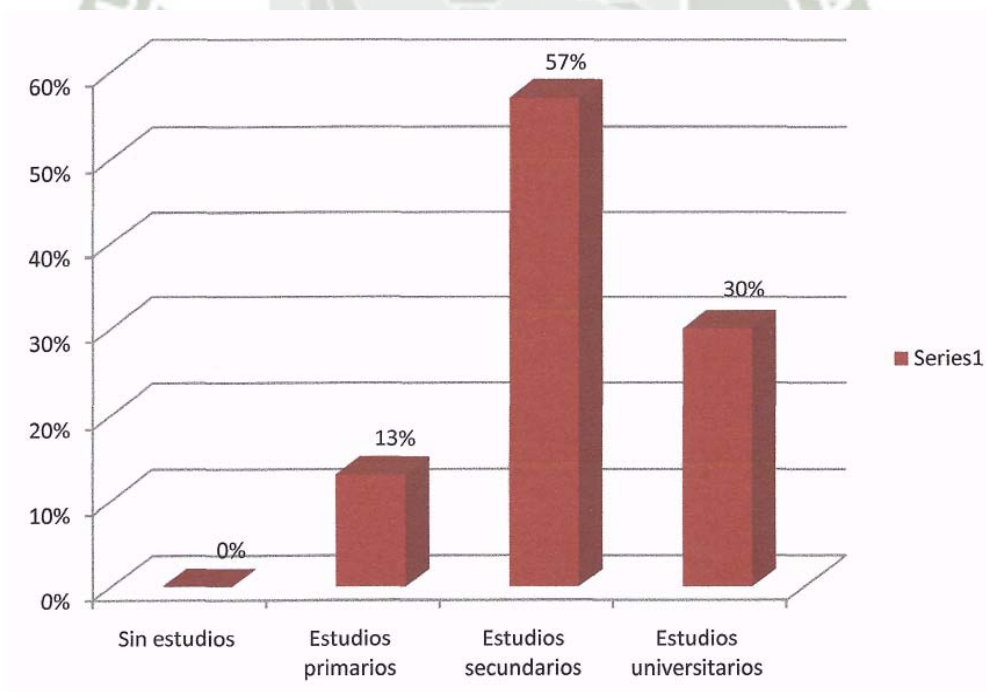
GRADO DE INSTRUCCIÓN

INDICADORES	F	%
Sin estudios	0	0%
Estudios primarios	4	13%
Estudios secundarios	17	57%
Estudios universitarios	9	30%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

GRAFICA N° 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 2 del 100 % de los encuestados, se les pregunto su nivel de instrucción y el 57% respondieron tener estudios secundarios, mientras que el 13% tienen estudios primarios. Es importante mencionar que los pacientes con estudios universitarios son el 30%, también están afectos al alcoholismo.



TABLA N°03

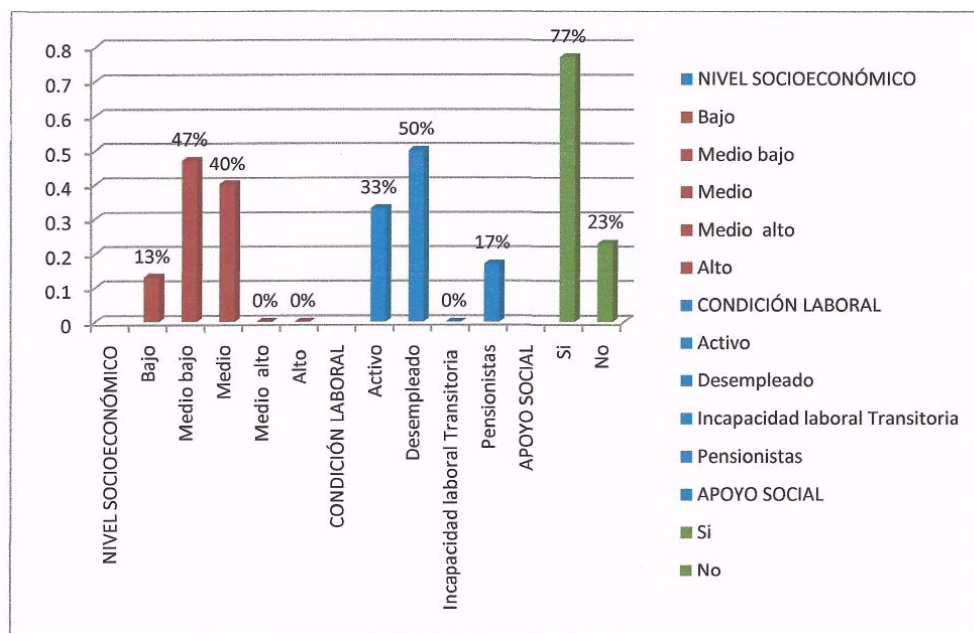
NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LABORAL

INDICADORES	F	%
NIVEL SOCIOECONOMICO		
Bajo	4	13%
Medio bajo	14	47%
Medio	12	40%
Medio alto	0	0%
Alto	0	0%
CONDICIÓN LABORAL		
Activo	10	33%
Desempleado	15	50%
Incapacidad laboral transitoria	0	0%
Pensionista	5	17%
APOYO SOCIAL		
Si	23	77%
No	7	23%
TOTAL	30	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

GRÁFICA N°03

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LABORAL



Fuente: Aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla N°3, se percibe los siguientes resultados, en el nivel socioeconómico el 47% están identificado con el medio bajo, mientras que el 13% bajo, en cuanto al aspecto de la condición laboral, el 50% se encuentra en estado de desempleado, mientras que el 17% son en calidad de pensionistas y finalmente se puede apreciar que hay un alto porcentaje que si reciben un apoyo social siendo el 77 %.



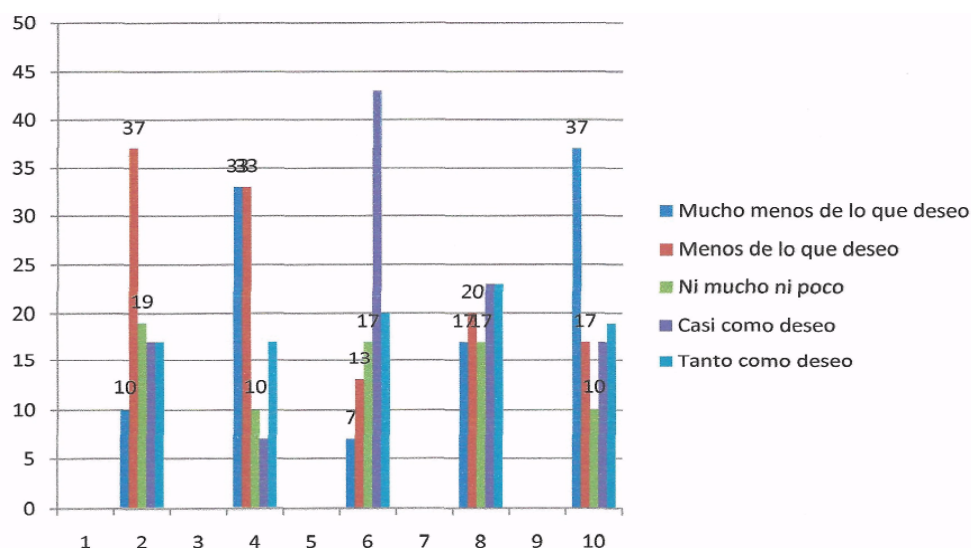
2. Características de la Participación Familiar

TABLA N°04

SEGÚN PERCEPCIÓN AL RECIBIMIENTO DE LA VISITA

Recibimiento de la visita	Visita familiar		Ayuda familiar con relación a la casa		Elogio familiar		Afecto familiar		Invitación familiar		Consejo familiar		Ayuda familiar con enfermedad	
INDICADORES	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Mucho menos de lo que deseo	3	10%	10	33%	2	7%	5	17%	11	37%	7	23%	6	20%
Menos de lo que deseo	11	37%	10	33%	4	13%	6	20%	5	17%	5	17%	7	23%
Ni mucho ni poco	6	19%	3	10%	5	17%	5	17%	3	10%	3	10%	3	10%
Casi como deseo	5	17%	2	7%	13	43%	7	23%	5	17%	8	27%	6	20%
Tanto como deseo	5	17%	5	17%	6	20%	7	23%	6	19%	7	23%	8	27%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014



GRÁFICA N° 04
SEGÚN PERCEPCIÓN AL RECIBIMIENTO DE LA VISITA

Fuente: Aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 4 podemos apreciar siete aspectos importantes en la vida familiar de la persona adicta a esta enfermedad del alcoholismo, en el caso de que recibe visita familiar, el 37 % es menos de lo que el paciente desearía, ayuda familiar, con el mismo porcentaje del 33% mucho menos de lo que desea y menos de lo que deseó, elogios familiar, el 43% casi como deseo, el afecto con un mismo porcentaje del 23% casi como deseó y tanto como deseo, invitación familiar con el 37% mucho menos de lo que deseo, consejos familiares 27% caso como deseo y finalmente ayuda familiar en caso de enfermedad, el 27% tanto como deseo.

TABLA N° 05

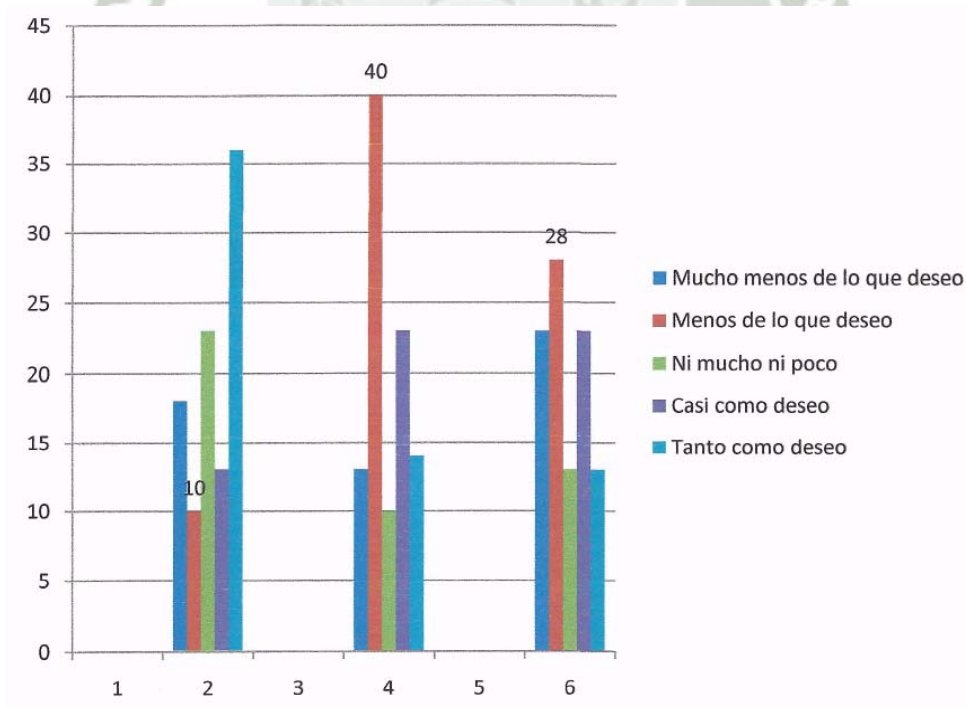
POSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

INDICADORES	Problemas de trabajo / casa		Problema personal		Problemas económicos	
	F	%	F	%	F	%
Muchos menos de lo que deseo	5	18%	4	13%	7	23%
Menos de lo que deseo	3	10%	12	40%	8	28%
Ni mucho ni poco	7	23%	3	10%	4	13%
Casi como deseo	4	13%	7	23%	7	23%
Tanto como deseo	11	36%	4	14%	4	13%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

GRAFICA N° 5

POSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 5 de 100% de los encuestados respondieron que el tipo de problemas en casa o el trabajo son 36% tanto como deseo, mientras que los problemas personales 40% es lo menos que deseo y finalmente problemas económicos ,el 28% menos de lo que deseo.



TABLA N° 6
PROCESOS DE CAMBIO

INDICADORFES	NO ES EN ABSOLUTO MI CASO		ALGUNAS VECES ES MI CASO		BASTANTES VECES ES MI CASO		MUCHAS VECES ES MI CASO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Voy comprometiéndome a no tomar alcohol	8	27%	3	10%	10	33%	9	30%
2. Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser adicto.	7	23%	3	10%	15	50%	5	17%
3. Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo alcohol	6	21%	6	20%	0	0	18	60%
4. Ver a otros adictos en pésimas condiciones físicas me hace sentir mal	8	27%	12	40%	4	13%	6	20%
5. Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con el alcohol	8	27%	7	23%	8	27%	7	23%
6. Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no tomase alcohol	4	13%	10	33%	9	30%	7	23%
7. Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o radio que hablan sobre los problemas con los que un alcohólico se encuentra al dejar el alcohol.	0	0%	13	43%	15	50%	2	7%
8. A través de los medios de comunicación, conozco las campañas que se están llevando a cabo contra el alcohol	3	10%	6	20%	4	13%	17	57%
9. Creo que los adictos podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra persona si dejamos nuestra adicción	5	17%	6	20%	14	47%	5	17%
10. Pienso en la información que la gente me ha dado sobre los beneficios de dejar el alcohol	4	13%	2	7%	18	60%	6	20%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN:

De la presente tabla N°6 se desprende las siguientes consideraciones, de acuerdo la escala de evaluación, si realmente hay un proceso de cambio de los pacientes internos que se encuentran recibiendo tratamiento de rehabilitación en el Centro Cristiano "Una Nueva Luz" del Distrito de Cayma.

El 33% considera que bastantes veces es su caso, que trata de dejar el alcohol, en el mismo criterio que se molesta cuando es rechazado por los demás, mientras que el 60% que muchas veces en su caso, hay personas que le llaman la atención, y alguna vez se siente mal el 40% que se siente mal, cuando ve a otros adictos de la misma condición, el 59% Bastantes veces es mi caso, cuando recuerda artículos periodísticos sobre esta tragedia, un 47 % considera que los adictos pueden ser útiles en la sociedad.



TABLA N° 7
PROCESOS DE CAMBIO

INDICADORFES	NO ES EN ABSOLUTO MI CASO		ALGUNAS VECES ES MI CASO		BASTANTES VECES ES MI CASO		MUCHAS VECES ES MI CASO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sé que cada vez más la gente piensa que ser adicto significa ser delincuente o un enfermo de Sida	6	20%	5	17%	15	50%	4	13%
2. Quito de en medio cosas de mi casa queme provocan ganas de tomar alcohol	3	10%	7	23%	16	53%	4	13%
3. Cuando tengo ganas de tomar alcohol realizo alguna actividad física para que desaparezcan	7	23%	9	30%	9	30%	5	17%
4. Mi dependencia al alcohol me hace sentirme a disgusto conmigo mismo	6	20%	10	33%	4	13%	10	33%
5. Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con el alcohol	7	23%	3	10%	4	13%	16	53%
6. Pienso en la información de artículos y anuncios del periódico o programas de televisión que hablan sobre como uno puede dejar de tomar alcohol	6	20%	5	17%	7	23%	12	40%
7. Creo que el que yo tome alcohol perjudica a las personas que me rodean	10	33%	11	37%	6	20%	3	10%
8. Acostumbro a poner alrededor de los lugares en donde paso más horas (casa, habitación, trabajo, bar, etc), cosas que me recuerdan que no debo tomar alcohol	1	3%	10	33%	15	50%	4	13%
9. El recordar que tomar alcohol produce diversas enfermedades o problemas de salud, me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.).	0	0%	7	23%	18	60%	5	17%
10. Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen alcohol	0	0%	11	37%	15	50%	4	13%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 7, el 50% considera que piensa que ser adicto es tener la calidad de ser delincuente, así mismo el 53% que en casa trata de quitar cosas que le puede provocar consumir el alcohol. Por otro lado, 33% considera que el consumo del licor, lo hace disgustar por lo que se demuestra claramente que está consciente que el daño lo conduce a la degradación personal, el 60% argumenta que el consumo del alcohol le hace recordar una serie de enfermedades, que muchas veces es su caso.



TABLA N° 8
PROCESOS DE CAMBIO

INDICADORFES	NO ES EN ABSOLUTO MI CASO		ALGUNAS VECES ES MI CASO		BASTANTES VECES ES MI CASO		MUCHAS VECES ES MI CASO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Para no tomar alcohol, me vuelvo por barrios en donde no puedo encontrarla	15	50%	7	23%	3	10%	5	17%
2. Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si consumo alcohol como si no consumo alcohol.	8	27%	13	43%	8	27%	1	3%
3. Me digo a mi mismo que soy capaz de dejar el alcohol si así lo quiero	1	3%	8	27%	16	53%	5	17%
4. Sé que los demás piensan que si tomo alcohol es porque soy una persona peligrosa y crea problemas, pero yo sé que no es cierto, y que quiero dejar el alcohol para demostrarlo	5	17%	8	27%	11	37%	6	19%
5. Cada vez más la gente de mi ciudad es consciente del problema de las toxicomanías y se están movilizand para prevenirlas	7	23%	13	43%	4	13%	6	70%
6. Creo que el tomar alcohol afecta las relaciones que tengo con las demás personas	0	0%	3	10%	6	20%	21	70%
7. Cuando estoy tentado de tomar alcohol, pienso en cualquier otra cosa que pueda distraerme	9	30%	9	30%	4	13%	8	27%
8. Me digo a mí mismo que puedo escoger entre tomar alcohol y no tomarla	6	20%	10	34%	7	23%	7	23%
9. Recuerdo la información que la gente me ha dado sobre cómo dejar el alcohol	4	13%	14	47%	5	17%	7	23%
10. Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de tomar alcohol	2	7%	18	60%	7	23%	3	13%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla N°8, del 100% de las personas encuestadas a manera de test, se dieron los altos índices de porcentaje, el 50% opta la medida de esquivar en los lugares que el mal de esta enfermedad lo atrae, 43% que hay personas que lo aceptan tal como son, el 21% que las personas tiene conocimiento del problema de las toxicomanías y se movilizan para poder prevenir.

De otro lado, 34% supone que puede escoger entre tomar o no tomar alcohol, el 60% piensa que para estar mejor anímicamente, debe dejar de beber.



TABLA N° 9
PROCESOS DE CAMBIO

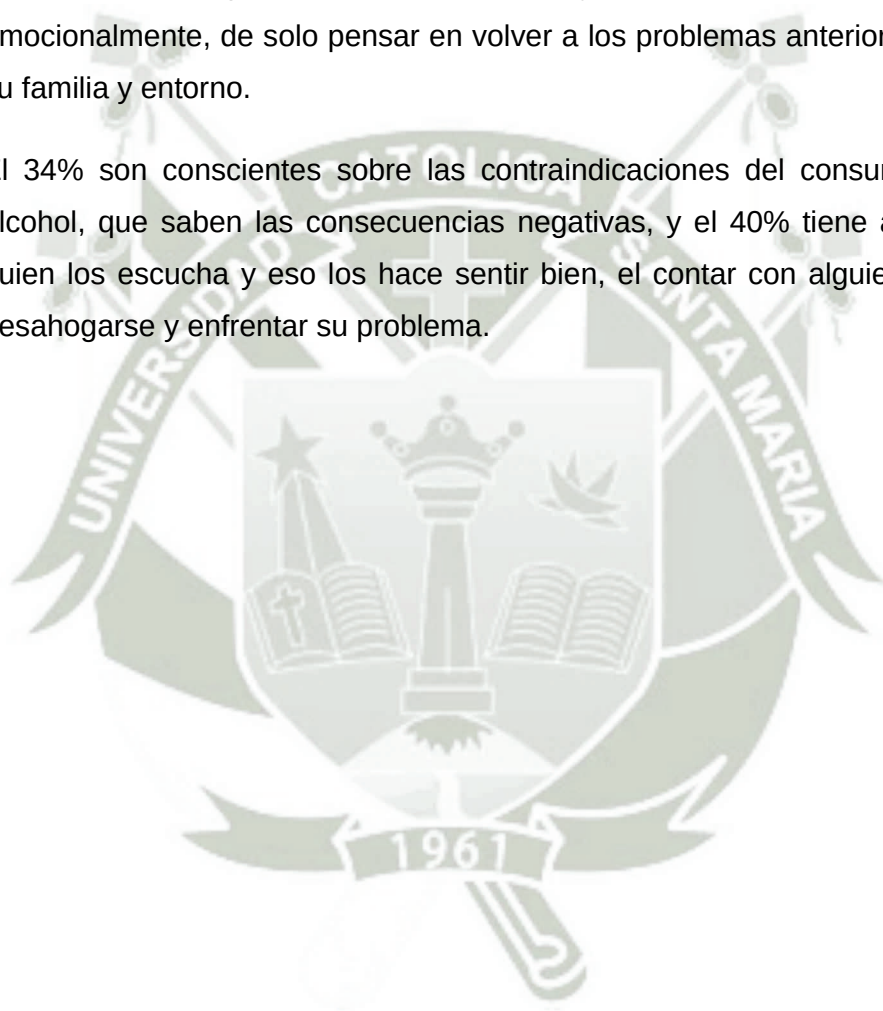
INDICADORFES	NO ES EN ABSOLUTO MI CASO		ALGUNAS VECES ES MI CASO		BASTANTES VECES ES MI CASO		MUCHAS VECES ES MI CASO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Me felicito, me recompenso o me regalo a mí mismo cuando no tomo alcohol	15	50%	7	23%	3	10%	5	17%
2. Cuando necesito relajarme para enfrentarme a mis tensiones o problemas, hago otras cosas en lugar de tomar alcohol	8	27%	13	43%	8	27%	1	3%
3. Evito encontrarme con amigos que sé que están tomando alcohol	1	3%	8	27%	16	53%	5	17%
4. Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado, etc.) cuando me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de amistad) que supone el tomar alcohol	5	17%	8	27%	11	37%	6	19%
5. Sé que alguien me felicitará o me recompensará si no tomo alcohol	7	23%	13	43%	4	14%	6	20%
6. Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con el alcohol	0	0%	3	10%	6	20%	21	70%
7. Me digo a mi mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin tomar alcohol	9	30%	9	30%	4	13%	8	27%
8. Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud tomar alcohol me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.)	6	20%	10	34%	7	23%	7	23%
9. Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con el alcohol	4	13%	14	47%	5	17%	7	10%
10. Existen algunas personas que cuando no tomo alcohol me recompensan o me felicitan	2	7%	18	60%	7	23%	37	13%

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor. UCSM - 2014

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla N° 9, se puede dar las siguientes apreciaciones en base a los resultados, que el 53% es bastante su caso, que me felicito, me regalo a mí mismo, son partícipes directos de aumentar su autoestima, sintiéndose bien por haber superado un día más sin alcohol, por lo que podemos apreciar que de la misma forma el 40% considera relajarse en otras actividades para no recurrir al vicio, y el 33% se siente afectado emocionalmente, de solo pensar en volver a los problemas anteriores con su familia y entorno.

El 34% son conscientes sobre las contraindicaciones del consumo del alcohol, que saben las consecuencias negativas, y el 40% tiene alguien quien los escucha y eso los hace sentir bien, el contar con alguien para desahogarse y enfrentar su problema.





CAPITULO II

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Dentro de las características socio-demográficas debemos mencionar que los pacientes tienen una relativa preparación académica, pero esto no los excluye de esta enfermedad ya que todo depende del estado anímico y no de la preparación o grado de instrucción.¹

Una persona sola es presa de la soledad y no tiene orientación de vida por lo que es fácil su caída en el mundo del alcoholismo. Así, los porcentajes de solteros, viudos y divorciados son más altos que los casados.²

Otro factor importante en la rehabilitación de adictos es que gran porcentaje de pacientes tienen un ingreso bajo y al mismo tiempo son desocupados.³

En los cuadros siguientes se aprecia que los pacientes necesitan una orientación y una motivación por parte de sus familiares y allegados, pues dichas personas son excluidos de la sociedad y tienen necesidad de un apoyo moral y un afecto paternal para mejorar su estado anímico.⁴

La conversación de los pacientes adictos con su familia sobre sus problemas de trabajo como en la casa es favorable, pero sin embargo, la comunicación se interrumpe cuando se trata sobre sus problemas personales de adicción o económicos por su falta de responsabilidad en poder sostener y/o mantener una familia.⁵

En su condición de adictos la realidad de estas personas es preocupante, sobre todo cómo la sociedad los trata, se sienten mal al percibir la indiferencia de los demás.

¹ Revista de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. "Causas del Alcoholismo". Vol. 6, Nro1: 8 al 14. 2005 -2006.

² "Terapias Familiares". www.monografias.com

³ IZURRIZAGA, I.(1999). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo y la politoxicomanía. (Tesis doctoral). Madrid. Universidad Complutense.

⁴ CARRILLO DE LA PEÑA, MT. "Drogodependencias"2000

⁵ KORNBLIT, Ana Lía; Méndez Díaz. Ana María. La dinámica familiar como factor de riesgo psicosocial en la conducta drogadictiva. Cuadernos de Psicoterapia. 1989. Pg. 235

Cuando hay diálogo entre los familiares y los adictos, apreciamos que no han perdido las esperanzas de reivindicarse y que hay un cambio significativo en su actitud, por lo que se aprecia que es muy importante la participación de la familia.⁵

Los pacientes son personas conscientes que tienen problemas con el consumo del alcohol y que hay personas que los escuchan y encuentran consuelo al desahogarse y enfrentar el problema.⁶

En consecuencia, existe una relación directa, a mayor participación de la familia habrá mejores resultados positivos en la rehabilitación de los alcohólicos.



⁵. KORNBLIT, Ana Lía; Méndez Díaz. Ana María. La dinámica familiar como factor de riesgo psicosocial en la conducta drogadictiva. Cuadernos de Psicoterapia. 1989. Pg. 235

⁶. PROCHASKA Y DICLEMENTE, "Modelos de Cambio". 1982; 1992

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

PRIMERO.- En el Centro “Una Nueva Luz” se desarrollan terapias familiares dominicales y encuentros familiares para complementar el tratamiento de los alcohólicos.

Existe poca participación familiar en la rehabilitación de alcohólicos, así solo el 17% de pacientes tiene visita y apoyo de la familia en su tratamiento.

SEGUNDO.- Los pacientes reciben tratamiento físico, mental y espiritual. Así, el 34% son conscientes sobre las contraindicaciones del consumo del alcohol, saben las consecuencias negativas; y el 40% tiene alguien que los escucha y eso los hace sentir bien, el contar con alguien para desahogarse y enfrentar su problema.

TERCERO.- En la rehabilitación de pacientes alcohólicos es necesario la participación y apoyo de los familiares en el tratamiento de los pacientes.

Por lo tanto, existe una relación directa en cuanto a la rehabilitación de pacientes alcohólicos con su entorno familiar, ya que necesita un soporte familiar.

RECOMENDACIONES

1. Reconocer al Centro Cristiano “Una Nueva Luz” dentro de los recursos de tratamiento para la rehabilitación del alcoholismo.

La Institución UNA NUEVA LUZ es una entidad sin fines de lucro, que presta servicio de consulta, orientación y tratamiento especializado para personas que sufren de alcoholismo, con participación directa y activa de las respectivas familias y con un trabajo a cargo de personas competentes en los campos de la psicología, psicopedagogía y psicoterapia.

2. Considerar la participación familiar como un recurso indispensable en la recuperación del alcoholismo, si es considerada oportunamente.

El modelo familiar aporta un programa integral de cobertura masiva. En este programa, el eje de la terapia es el núcleo familiar, previamente sujeto a tratamiento.

3. Los miembros de la familia deben conocer aspectos importantes sobre el tema, que ayudarán a comprender la importancia de aceptar el problema y buscar ayuda a tiempo.

La familia debe ser capacitada, entrenada, concientizada y comprometida, asumiendo una decidida actitud de cambio a favor del funcionamiento armónico y saludable en la rehabilitación.

4. El tratamiento Cognitivo Conductual con apoyo de la familia, resulta favorable en la rehabilitación de los alcohólicos.

La Terapia Cognitiva Conductual también llamada conductual es una de las escuelas de psicoterapia más antiguas. Hay 2 características que la definen: su modelo de la naturaleza humana y su metodología.

5. Se recomienda realizar investigaciones para poder ayudar al alcohólico a salir de su autodestrucción.



PROPUESTA

De la investigación realizada, podemos apreciar que además de dar tratamiento al paciente alcohólico, es necesario poner énfasis y tratamiento y participación de la familia en la rehabilitación de las personas que sufren de alcoholismo. El 40% de adictos al alcohol tiene comunicación sobre problemas personales y el 3 % se refiere a problemas de casa o de trabajo, por lo que se aprecia muy poca comunicación al tratar de evadir el tema del consumo del alcohol.

El 47% de pacientes sienten que pueden ser útiles a la sociedad y que necesitan comprensión de parte de la familia. Estas conclusiones demuestran que es importante y necesaria la participación de la familia en la rehabilitación de los adictos, por tanto, propongo un abordaje familiar real e integral.

INTRODUCCIÓN

La familia tiene que ver mucho en la rehabilitación de los adictos, los familiares son coadictos o por lo tanto codependientes

La codependencia consiste en estar total o casi totalmente centrados en una persona, un lugar o algo fuera de nosotros mismos.

En consecuencia, la familia del adicto como coadicto requiere un tratamiento especial motivo por lo cual realizo la siguiente propuesta.

Las acciones incluyen un nivel preventivo y sobre todo la participación de la familia en las capacitaciones, conferencias y encuentros familiares que se realizan en el centro de rehabilitación "UNA NUEVA LUZ" durante 3 meses. Entonces, es necesario reflexionar sobre las metas que nos proponemos para la mejor participación de la familia con los adictos.

OBJETIVOS:

1. Preparar a la familia para el establecimiento de límites es decir, cuáles son los cambios que el adicto debe de tener una vez que regrese a hogar familiar.
2. Ayudará a reducir la defensividad masiva.
3. Romper el hielo e introducir a los familiares en la experiencia de la terapia.
4. Las familias deben funcionar como terapeutas adjuntos disminuyendo la presión hacia la idea de que es el terapeuta quien debe efectuar los cambios.
5. Las familias socialmente aisladas adquieren fuerza y objetividad al integrarse a los grupos de familias.

DESARROLLO

Cuando el problema en la adicción se instala en una familia son altos los desajustes que producen en ellos.

El consumo de uno de los miembros no solo afecta a aquel que consume, sino también a aquellos que lo rodean y por lo tanto, la familia es para nosotros los que trabajamos con adictos, como los pilares básicos con los que tenemos que trabajar para poder reparar el daño que se sufrió y ver la mejor solución.

Cuando nos referimos a vivir con el consumo, no solo hablamos de aquellas personas que conviven con alguien que consume sustancias (cocaína, alcohol, etc.) sino también de aquellas que padecen adicciones psicológicas o conductuales, ya que el daño que se ocasiona con los que conviven con él son los mismos.

Podríamos mencionar tres roles básicos que adquieren aquellas personas que convivan con una persona adicta. Serían más bien roles que lejos de contribuir a que el adicto abandone su consumo, faciliten a que permanezcan en él, aunque el familiar no sea consciente de ello.

Así, por un lado, hay miembros de la familia que adoptan un papel de salvadores o rescatadores frente a la persona adicta. Lo que quieren es ayudarlo y para ello intentan hacerse cargo de aquellas responsabilidades que estos van dejando a un lado a la medida que avanza su consumo. Entonces vemos familiares que se sobrecargan con responsabilidades que no le corresponden, y lejos de ayudar sin darse cuenta, están propiciando la inmadurez, la dependencia y el consumo del adicto.

Otros familiares se convierten en perseguidores, serán aquellos que van detrás del adicto sermoneándole y culpándole una y otra vez buscando que abandone el consumo, la familia a ver que sus esfuerzos son inútiles, se genera una gran impotencia en la familia que hace que algunos adopten el papel de víctima en el que la pareja está continuamente presente.

Por último, la familia entra en una dinámica de autocompadecerse que les dificulta centrarse en aquello que puedan hacer para salir de la situación problemática.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problema familiar	X	X	X	X								
Participación de la familiar					X	X						
Necesidad de incorporarse en un programa de recuperación.								X	X			
12 pasos de A.A.												
Establecimiento de límites y consecuencias									X	X	X	
Evaluación												X

ACCIONES DE COORDINACIÓN

- Ministerio de salud
- Municipalidad distrital de Cayma
- Universidad católica Santa María
- Centro de formación y educación para la Prevención del abuso de drogas (CEDRO)
- Comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DE VIDA)
- Colegio de Psicólogos del Perú

RECURSOS HUMANOS

- Médico general
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Terapeuta en adicciones
- Asistente social
- Especialista en biblia

RECURSOS MATERIALES

- Mobiliario
- Equipos audiovisuales
- Computadoras
- Material de escritorio

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará al finalizar el trimestre.



I. BIBLIOGRAFÍA

1. ACKERMAN N. (1987). Apartado: *Psicodinamismo de la vida Familiar*. En MUÑOZ HIDALGO A. *"El ambiente familiar"*. Madrid España: Editorial Marcea; Pág. 14
2. ALVAREZ DÍAZ, SANDRA; MORRIBERON VELEZ, GIOVANNA; RAMÍREZ YERBA, OSCAR; SARDÓN ROSSEL, JAMILETH; QUINTANA TRUYENQUE, SHIRLEY; VELARDE AGOSTA, HÉCTOR. (2004). *Factores de riesgo: alcoholismo en adolescentes*.
3. BEAVERS, W. ROBERT. (2002). *Un modelo sistémico de familias para terapeutas familiares. "terapia familiar"*. Barcelona. Fontanella.
4. BIANCHI. A. (1990). *Tratamiento e intervenciones de la historia*. Lima - Perú. Editorial América.
5. BOWERS, T.G. Y AL-REDHA, M.R. A. (1990). *Comparison of outcome with group/ marital and standard/individual therapies with alcoholics, journal of studies on alcohol*.
6. CALVO BOTELLO, H. (2003). *Alcohol y neuropsicología. trastornos adictivos*.
7. CARRILLO DE LA PEÑA, M.T. (2000). *El alcoholismo tipo II, búsqueda de sensaciones y personalidad antisocial: bases neurobiológicas*. Revista española de drogodependencias.
8. CIRILLO. S., DURANTE MOLINA P., NOYA ARNAIZ B. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Editorial Paidós. Barcelona. Pag. 71.
9. CUADRADO CALLEJO, P. (1999). *Enfermos con dependencia al alcohol y comorbilidad psiquiátrica: un grupo heterogéneo*. Actas Españolas de Psiquiatría.

10. Di SEGNI S. *Problemas del campo de la salud mental. Capítulo: el alcoholismo* (pág. 204 a 213). Buenos Aires Argentina. Sin más datos.
11. EDITADO DEL BOLETÍN. (1993). *De la federación latinoamericana de comunidades terapéuticas*. Vol. 2 # 2. Lima, setiembre.
12. ECHEBURÚA, E. (1993). *Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el crack al juego patológico?* Psicología Conductual.
13. EDWARDS, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas.
14. FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. Y ECHEBURÚA, E. (2001). *El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral*. salud y drogas, 1, 17-39.
15. FERNÁNDEZ OLAZÁBAL P, LOURO BERNAL I, HERNÁNDEZ MANDADO P. (1997). *Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico*. Revista Cubana Medicina General Integral (revista en Internet).
16. FREIXA, F. Y ALARCON, C. Alcohol. En: F, FREIXA Y P.A. SOLER INSA (Eds.). (1981) *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Fontanella.
17. FUERTE M, MAYA M. (2010). *Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. abordaje familiar en consumidores abusivos de alcohol*. Volumen 24. Pag. 32.
18. GIRÓN GARCÍA S, MARTÍNEZ DELGADO J.M., GONZÁLEZ SAIZ F. (2002) *Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. trastornos adictivos*. Buenos Aires.
19. GONZÁLEZ E. (2005.). *Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito laboral*. Buenos Aires Argentina: Editorial Gabas;

20. GONZÁLEZ MENÉNDEZ R. (1993). *El alcoholismo y su atención específica: una proposición para el tercer mundo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 16-24.
21. GUARDIA, J.L., SEGURA, L. Y GONZALO, B. *Aplicaciones de las técnicas de neuroimagen en las conductas adictivas. trastornos adictivos*, 12, 395-411.
22. GUIBERT REYES W, GUTIÉRREZ DÍAZ I, MARTÍNEZ GÓMEZ C. (2005). *Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la adolescencia*. Revista Cubana de Medicina General Integral.
23. HOFFMAN, LYNN, (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. fondo de cultura económica*, México. Pg 53.
24. IRUARRIZAGA, I. (1999). *Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo y la politoxicomanía*. Editorial Nuevo Mundo. Ecuador.
25. KAPLAN H, SADOCK B. (1996). *Terapia de grupo*. 3º Ed. Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
26. KORNBLIT, ANA LIA; MENDES DÍAZ, ANA MARÍA. (1989). *La dinámica familiar como factor de riesgo psicosocial en la conducta drogadictiva*. Cuadernos de Psicoterapia. Pag 205-232
27. MCCRADY, B.S., LONGABAUGH, R., FINK, E., STOUT, R., BEATTIE, M. Y RUGGIERI AUTHELET, A. (1986). *Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
28. MEYERS, R.J., MILLER, W.R., HILL, D.E. Y TONIGAN, J.S. (1999). *Community reinforcement and family training (craft): engaging unmotivated drug users in treatment*. Journal of Substance Abuse.
29. MINUCHIN, SALVADOR. (1982). *Familias y terapia familiar*. Gedisa, Buenos Aires. Pag. 102-105

30. MUZIO, P. (1998). *Hogar dulce hogar. propuesta de un diseño teórico metodológico para intervención familiar en salud comunitaria*. La Habana: Grupo de Estudio de Familia.
31. NEYRA CAMAC, RICARDO; MUÑOZ SOLÍS, SARA; PÁUCAR ANCORI, PAOLA; MENA, TATIANA. REVISTA DE MEDICINA HUMANA, UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. (2005-2006). *"Causas del alcoholismo"*. Vol. 6, Nro1: 8 al 14.
32. O'FARRELL, T.J., CUTTER, H.S. Y FLOYD, F.J. (1985). *Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment*. Behavior Therapy.
33. O'FARRELL, T.J., y FALS-STEWART, W. (2000). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. journal of substance abuse treatment*. Pags. 51-54.
34. PROCHASKA Y DICLEMENTE. (1982-1992). *"Modelos de cambio"*.
35. PEREZ-LÓPEZ, CUAUTÉMOC G.; GONZÁLEZ U., LOURDES; ROSOVSKY HAYDEÉ; CASANOVA R., LETICIA. *La mujer en los grupos de alcohólicos anónimos*.
36. RICHARD N; CLOUD, PH.D; CRAIG H. ZIEGLER; M.S.; RICHARD D; BLONDELL, M.D. (2009). *¿Qué significa afiliación a alcohólicos anónimos?*
37. SÁNCHEZ MASSÓ A, AGOSTA SÁNCHEZ L. (2010). *Modalidades de conducta ante el alcohol en adolescentes*. Lima – Perú.
38. SANDOVAL FERRER JE, LANIGAN GUTIÉRREZ ME, GUTIÉRREZ CHAPMAN L. (2000). *Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo*. Rev. Cubana Med Gen Integr.
39. SECADES, R., GARCÍA, O., HIGGINS, S. T., FERNÁNDEZ, J. R, Y CARBALLO, J. L. (2008). *Community reinforcement approach plus vouchers for*

cocaine dependence in a community setting in spain: six-month outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment.

40. SMITH, L. A, GATES, S. Y FOXCROFT, D. (2006). *Therapeutic communities for substance related disorder*. Cochrane Datábase of Systematic Reviews 2006, 1. Art. No.: CD005338. [Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
41. STANTON, M.D., TODD, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa, Buenos Aires.
42. STEPHANIE BROWN. (1985). *Marcadores neurogenéticos de riesgo para el alcoholismo*. En M. Sanchez-Turet (Ed.). Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol. Barcelona. Ediciones ESPAX.
43. ZEGARRA BUSTAMANTE. JOSÉ LUIS (2009.2007). *Factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de grupos de autoayuda de alcohólicos anónimos*. Arequipa.

PAGINAS WEB:

- Centro de Tratamiento Andenes - Lima, Perú.
contactoandenes@andenes.org
- Sin nombre de autor, introducción al alcoholismo (monografía en Internet) sin más datos. Disponible en: Http:// www.monografias.com.
- Http:// www. bvs/Revista Médicas Cubanas
- Anales@cfnavarra.es
- <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).



ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE DATOS

EDAD: **Fecha de nacimiento:**.....

SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer

FECHA DE INICIO EN EL PROGRAMA:

ESTADO CIVIL:

1. Soltero
2. Casado/ conviviendo en pareja
3. Separado/divorciado
4. Viudo

NIVEL CULTURAL:

1. Sin estudios
2. Estudios primarios
3. Estudios secundarios
4. Estudios universitarios

SITUACIÓN LABORAL AL INGRESO:

- Activo
Desempleado
Incapacidad laboral transitoria
Pensionista
Ama de casa

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

- Bajo
Medio- bajo
Medio
Medio- alto
Alto

APOYO SOCIAL

1. Sí
2. No

HISTORIA PSIQUIÁTRICA ANTERIOR

1. Sí ¿Qué trastorno?
2. No ☐

ANEXO 2

CEDULA DE PREGUNTAS

PARTICIPACIÓN FAMILIAR (modificado)*

Fecha:.....

Unidad/Centro N° Historia:

CUESTIONARIO DUKE -UNC:

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que la familia hace por nosotros o nos proporciona. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación según los siguientes criterios:		Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
		1	2	3	4	5
1	Recibo visitas de mis familiares					
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa, de parte de mi familia					
3	Recibo elogios y reconocimientos de mi familia cuando hago bien mi trabajo.					
4	Cuento con mi familia que se preocupa de lo que me sucede.					
5	Recibo amor y afecto de mis familiares					
6	Tengo la posibilidad de hablar con mi familia de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7	Tengo la posibilidad de hablar con mi familia de mis problemas personales.					
8	Tengo la posibilidad de hablar con mi familia de mis problemas económicos.					
9	Recibo invitaciones de mis familiares para distraerme y salir con otras personas.					
10	Recibo consejos útiles de mis familiares en algún acontecimiento importante en mi vida.					
11	Recibo ayuda de mis familiares cuando estoy enfermo en la cama.					

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 3

CEDULA DE PREGUNTAS

INVENTARIO DE PROCESOS DE CAMBIO (Tejero y Trujols, 1994) (Modificado)*

Instrucciones: a continuación encontrarás una serie de comentarios referentes a conductas, pensamientos y sensaciones de algunos adictos y ex-adictos. Léelos atentamente e indica utilizando el número de la escala que encontrarás a continuación la frecuencia con que últimamente te ocurren cosas que en ellos se describen.

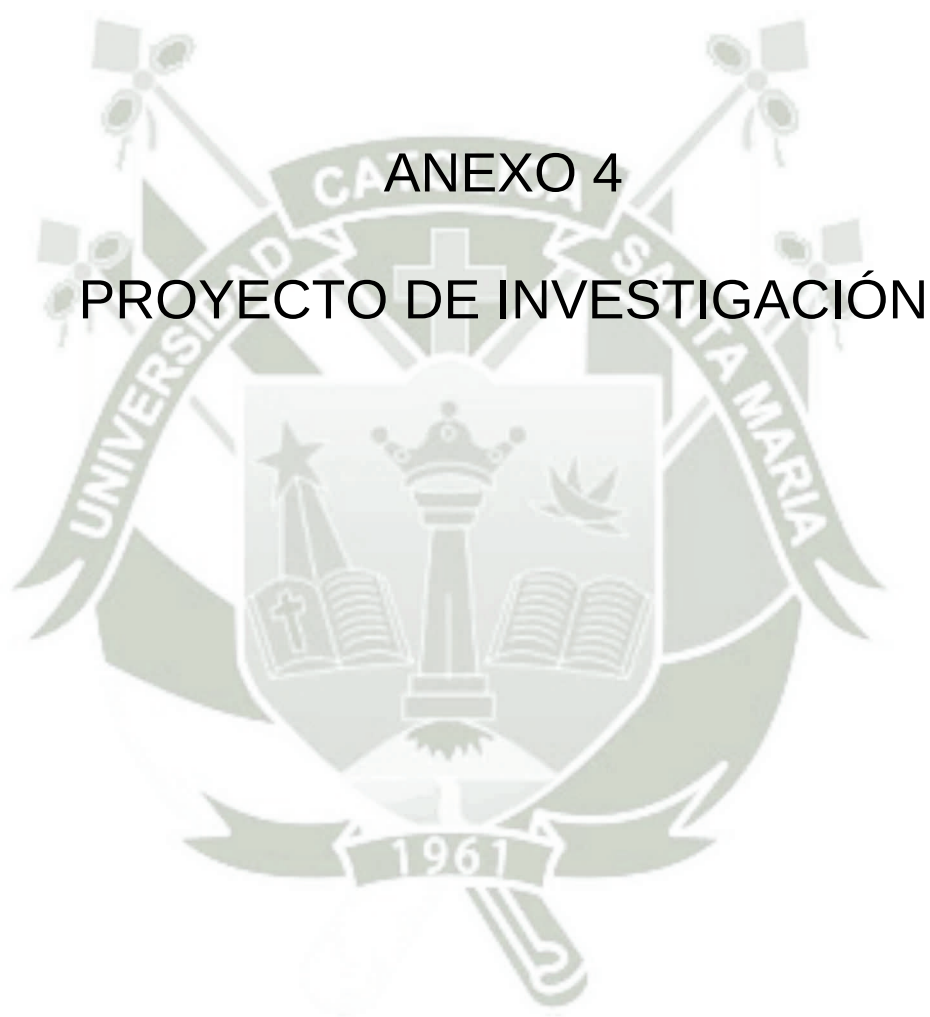
0 No es en absoluto mi caso; 1 Algunas veces es mi caso; 2 Bastantes veces es mi caso; 3 Muchas veces es mi caso.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | Voy comprometiéndome a no tomar alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser adicto. |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Ver a otros adictos en pésimas condiciones físicas me hace sentir mal |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con el alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no tomase alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o radio que hablan sobre los problemas con los que un alcohólico se encuentra al dejar el alcohol. |
| 0 | 1 | 2 | 3 | A través de los medios de comunicación, conozco las campañas que se están llevando a cabo contra el alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Creo que los adictos podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra persona si dejamos nuestra adicción |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Pienso en la información que la gente me ha dado sobre los beneficios de dejar el alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Sé que cada vez más la gente piensa que ser adicto significa ser delincuente o un enfermo de Sida |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de tomar alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando tengo ganas de tomar alcohol realizo alguna actividad física para que desaparezcan |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Mi dependencia al alcohol me hace sentirme a disgusto conmigo mismo |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con el alcohol |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Pienso en la información de artículos y anuncios del periódico o |

				programas de televisión que hablan sobre como uno puede dejar de tomar alcohol
0	1	2	3	Creo que el que yo tome alcohol perjudica a las personas que me rodean
				Acostumbro a poner alrededor de los lugares en donde paso más horas
0	1	2	3	(casa, habitación, trabajo, bar, etc), cosas que me recuerdan que no debo tomar alcohol
				El recordar que tomar alcohol produce diversas enfermedades o
0	1	2	3	problemas de salud, me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc).
				Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen
0	1	2	3	alcohol
				Para no tomar alcohol, me vuelvo por barrios en donde no puedo encontrarla
0	1	2	3	Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si consumo alcohol como si no consumo alcohol.
0	1	2	3	Me digo a mi mismo que soy capaz de dejar el alcohol si así lo quiero
				Sé que los demás piensan que si tomo alcohol es porque soy una persona
0	1	2	3	peligrosa y crea problemas, pero yo sé que no es cierto, y que quiero dejar el alcohol para demostrarlo
				Cada vez más la gente de mi ciudad es consciente del problema de las
0	1	2	3	toxicomanías y se están movilizand para prevenirlas
				Creo que el tomar alcohol afecta las relaciones que tengo con las demás
0	1	2	3	personas
				Cuando estoy tentado de tomar alcohol, pienso en cualquier otra cosa
0	1	2	3	que pueda distraerme
				Me digo a mí mismo que puedo escoger entre tomar alcohol y no tomarla
0	1	2	3	Recuerdo la información que la gente me ha dado sobre cómo dejar el alcohol
				Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de tomar
0	1	2	3	alcohol
				Me felicito, me recompens o me regalo a mí mismo cuando no tomo
0	1	2	3	alcohol
				Cuando necesito relajarme para enfrentarme a mis tensiones o
0	1	2	3	problemas, hago otras cosas en lugar de tomar alcohol
				Evito encontrarme con amigos que sé que están tomando alcohol
0	1	2	3	Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado, etc.) cuando
				me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de

- amistad) que supone el tomar alcohol
- 0 1 2 3 Sé que alguien me felicitará o me recompensará si no tomo alcohol
- 0 1 2 3 Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con el alcohol
- 0 1 2 3 Me digo a mi mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin tomar alcohol
- 0 1 2 3 Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud tomar alcohol me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.)
- 0 1 2 3 Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con el alcohol
- 0 1 2 3 Existen algunas personas que cuando no tomo alcohol me recompensan o me felicitan

* Para los pacientes dependientes a heroína se utilizó el cuestionario original, y para los dependientes adictos al alcohol se le modificó.



ANEXO 4

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO,
ADOLESCENTE Y FAMILIA**



**PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES
ALCOHÓLICOS (INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
"UNA NUEVA LUZ" - LA TOMILLA - CAYMA 2014)**

**Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:
CHISE APAZA VÍCTOR GODOFREDO**

**Para optar el Grado Académico de:
MAGISTER EN SALUD MENTAL DEL NIÑO,
ADOLESCENTE Y FAMILIA.**

**AREQUIPA-PERÚ
2015**

II. PREÁMBULO

Si hay algo que importe en la vida de las persona son los procesos de socialización que se desarrollan en el medio familiar. La familia es, por excelencia, el centro del desarrollo personal, el laboratorio de experiencia de lealtad, represión, juegos de poder, competencia y estabilidad¹.

En el interior familiar se desarrollan paradójicamente las anomalías y los conflictos más grandes, procesos muchas veces irreconocibles hasta por sus propios miembros. Así es decisiva la influencia de la familia y su socialización sobre los individuos adictos al alcohol y otras drogas, la negación es la parte de la enfermedad de la adicción que hace que resulte difícil, sino, imposible reconocer la realidad.

El individuo entra en una dinámica en la que la búsqueda del efecto deseado, es el motor de su conducta, pero posteriormente se va a encontrar con un segundo elemento que va a jugar en su contra. Las propiedades farmacológicas del alcohol que paulatinamente provocan que el organismo se acostumbre a funcionar con él, hasta el punto de inducir tolerancia y en su ausencia un síndrome de abstinencia que añade combustible para dificultar el cese de la conducta. Al principio por tanto búsqueda de placer o alivio y al final evitación de sufrimiento. Ese es el círculo vicioso donde se instala el alcohólico y que resulta tan complicado interrumpir.

La adicción a las drogas ha sido descrita por un comité especial de la Organización Mundial de la Salud como: "Un estado de intoxicación periódica, perjudicial para el individuo y para la sociedad, producido por el consumo de una droga natural o sintética".²

¹ Fuerte M, Maya M. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Abordaje Familiar en Consumidores Abusivos de Alcohol (monografía en internet). Volumen 24. Pag. 32

² Cirillo S., Durante Molina P., Moya Arnaiz B. La Familia del Toxicodependiente. Editorial Paidós. 1999, Barcelona. Pag. 71

Es por esto, que el presente estudio adquiere importancia porque la adicción en sus causas es multifactorial y sobre todo se incuba en el seno familiar. En la rehabilitación de alcohólicos es muy importante la participación y colaboración de la familia ya que esta se encuentra muy enraizada con el paciente alcohólico.

Por tanto, este estudio le permitirá valorar el papel de la familia en la rehabilitación de pacientes, muchas veces abandonado, que necesitan que la familia contribuya en su proceso de rehabilitación y reinserción social.



III. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema.

Participación familiar en la rehabilitación de pacientes alcohólicos internos del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma - 2014.

1.2. Descripción del problema.

1.2.1. Área de Conocimiento

- a) Campo : Psicología
- b) Área : Salud Mental
- c) Línea : Rehabilitación de alcohólicos

1.2.2. Análisis de Variables

El presente estudio consta de dos variables:

- **Variable Independiente:** Participación familiar.
- **Variable Dependiente:** Rehabilitación de pacientes alcohólicos.

1.2.3. Operacionalización y descripción de las Variables:

VARIABLES	INDICADORES
Participación familiar Es el proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual, en el cuidado de su ser querido en función de sus posibilidades y la situación de éste	- Concepto - Antecedentes históricos sobre participación familiar en la rehabilitación. - Tipos de participación familiar - Relación de la familia con el alcoholíco. - Frecuencia de visitas de la familia al interno.
Rehabilitación de pacientes alcoholícos. Rehabilitación es el tratamiento y reinserción social que recibe el paciente alcoholíco para su recuperación.	- Concepto - Proceso de rehabilitación: Estadios Motivacionales de cambio o rehabilitación - Modelos de tratamiento - Comunidades terapéuticas

1.2.4. Interrogantes básicas

1. ¿Cómo participan los familiares en la rehabilitación de los pacientes alcoholícos internos del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma-2014?
2. ¿Cómo se lleva a cabo la rehabilitación de los pacientes alcoholícos internos del centro de

Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla -
Cayma - 2014?

3. ¿Cuál es la relación que existe entre la participación familiar y la rehabilitación de los pacientes alcohólicos internos del centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma - 2014?

1.2.5. Tipo y nivel del problema

- El tipo del problema a investigar es de campo.
- El nivel es descriptivo y relacional.

1.3. Justificación del Problema

Las razones por las cuales se ha preferido el siguiente estudio, es porque el tema de la influencia de la participación de las familias en la rehabilitación de adictos es muy importante y decisivo dentro de los problemas por solucionar en nuestra sociedad.

La importancia de este estudio se basa en el aporte que realiza la familia, con su participación integral en la rehabilitación de pacientes alcohólicos. Naturalmente que los beneficiarios directos serán los pacientes adictos y por consiguiente también se beneficiarán la familia y la sociedad, en tanto y cuanto se produzca la reinserción de pacientes alcohólicos recuperados en la sociedad.

Es pertinente este estudio, ya que el mundo de adictos crece a pasos agigantados y hay pocas posibilidades de la rehabilitación de alcohólicos.

Es trascendente en la medida que cada día va en aumento el flagelo del consumo de drogas y alcohol y además, los tratamientos deben ser más efectivos, de tal manera, que al concluirse el tratamiento los pacientes puedan reinsertarse a la sociedad como hombres de bien y de paz social.

Específicamente, son los familiares y adictos quienes con sus actitudes nos harán ver con mayor precisión cada uno de los indicadores investigados.



2. MARCO CONCEPTUAL.

En concordancia con los indicadores del presente estudio es que se considera en el marco conceptual el siguiente temario:

2.1. La Familia

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud" Ackerman³.

2.1.1. Etimología de la Familia

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens⁴.

2.1.2. Definición y funciones de la Familia

"Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasan por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo de vida familiar. Tiene además una finalidad generar nuevos individuos a una sociedad"⁵.

³ Ackerman N. Apartado: Psicodinamismo de la vida Familiar. En Muñoz Hidalgo A. "El Ambiente Familiar". Madrid España: Editorial Narcea; 1987. Pag. 14

⁴ Minuchin, Salvador: "Familias y Terapia Familiar". Gedisa, Buenos Aires, 1982, Pag. 102-105

⁵ Hoffman, Lynn.: "Fundamentos de la Terapia Familiar". Fondo de Cultura Económica, México. 1987. Pg 53.

La palabra familia designa una institución evolutiva. Lo que permite sostener que hay diferentes tipos de familia, lo cual evidencia, por un lado, que no hay un sólo arquetipo de la misma, y por otro, que no es una estructura estática sino que cada familia, en sentido cultural y particular, tiene dinamismo propio. Es la familia la que desempeña un papel fundamental en la transmisión de la cultura.

Los aportes que realiza la familia permiten administrar los procesos primordiales del desarrollo psíquico, los modos de comunicación de ideas y sentimientos, las actitudes corporales propias y las reglas fundantes "de" y "en" la relaciones, todo esto lo hace transmitiendo estructuras y patrones de conducta que permiten la adaptación y el funcionamiento familiar que facilita su supervivencia en un medio ambiente determinado⁶.

La familia como sistema, como grupo, tiene rasgos universales o compartidos con otros del mismo orden social; sin embargo como estructura interaccional, escenario de una dialéctica entre sujetos, se desarrollan en ella procesos únicos, irrepetibles y específicos. Y en esta permanente interacción, el primer grupo donde el individuo empieza a interactuar es la familia, que pasa a ser no sólo un lugar de desarrollo, sino también, y dentro de lo funcional de la misma, un factor importante que puede llevar a lo normal o a lo patológico. Es por ello que la familia, como primer ambiente cumple funciones imprescindibles para el desarrollo sano de todo sujeto.

La familia es, el lugar donde se juegan las posibilidades de adquisición en orden a la salud mental, que no es una

⁶ Kornblit, Ana Lía; Mendes Díaz, Ana María: "La dinámica familiar como factor de riesgo psicosocial en la conducta drogadicativa". Cuadernos de Psicoterapia. 1989. Pag 205-232

cualidad estática que alguien posea en privado, es decir no se sostiene a sí misma, sino que se mantiene gracias a la cercanía y apoyo emocional de otros, implicando un sistema de valores en donde el bienestar del individuo está vinculado a los integrantes del sistema primordial.

En la familia todos influyen sobre todos, en una especie de reacción en cadena circular, cuando la estructura familiar, como conjunto de interacciones constantes que se dan en la familia, es inadecuada, o bien, cuando el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma de manera centrípeta y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción, más adecuadas al momento por el que atraviesan⁷.

Es entonces cuando el síntoma surge como fuerte signo de alarma o como intento fallido de solución. El síntoma en este caso podría considerarse a la persona alcohólica. Donde los familiares están desconcertados, conmocionados, e incapaces de comprender lo que está sucediendo.

2.2. Participación Familiar⁸.

Es la forma como la familia se integra o se involucran mutuamente para conseguir un fin.

La participación familiar se consigue de varias maneras y es solamente tan individual! así como las familias que le dan forma a una comunidad. Se puede comenzar a través de conversaciones de padre a padre acerca de tomar una

⁷ Muzio, P. (1998). Hogar dulce hogar. Propuesta de un diseño teórico metodológico para intervención familiar en salud comunitaria. La Habana: Grupo de Estudio de Familia.

⁸ Stanton, M.D., Todd, T. y col.: "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas".- Gedisa, Buenos Aires. 1988.

decisión informada de los servicios necesarios o de las preguntas a realizar a un médico familiar o a un profesor del niño. Es un proceso de aprendizaje continuo de reunir información, encontrar recursos y conocer acerca de las opciones.

Incidir en la importancia de la familia como factor regulador del consumo y como medio de información.

No cabe duda de que la adicción es una enfermedad y cuando uno se convierte en adicto, lo primero que pierde es la libertad de escoger. En este sentido, el apoyo de los familiares y amigos resulta fundamental para que una persona tome la decisión de acudir a un centro de rehabilitación para alcohólicos. Este apoyo no solo es crucial para dar este primer paso sino que los familiares y amigos también participan en las terapias, ofreciendo todo su apoyo para mantener la abstinencia y lograr continuidad en el proceso de rehabilitación⁹.

2.2.1. Antecedentes históricos sobre participación familiar en la rehabilitación de alcohólicos¹⁰

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias

⁹ Carrillo de la Peña, M.T. (2000). El alcoholismo tipo II, búsqueda de sensaciones y personalidad antisocial: bases neurobiológicas. Revista española de drogodependencias, 25,401-423.

¹⁰ Calvo Botello, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. Trastornos Adjetivos, 5, 256-68.

o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Este procedimiento se ha empleado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo. Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell¹¹ han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991)¹², los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990)¹³, en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

En diferentes estudios del equipo de O'Farrell, se comprobó que la terapia conductual familiar, era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales (O'Farrell, Cutter y Floyd, 1985; O'Farrell et al., 1996; Fals-

¹¹ O'Farrell, T.J., y Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.

¹² McCrady, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri Authalet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.

¹³ Bowers, T.G. y Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/ marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.

Stewart, O'Farrel y Birchler, 1997; O'Farrel, Van Hutton y Murphy, 1999)¹⁴.

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), Miller, Meyers y Tonigan (1999)¹⁵ incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del Johnson Institute).

En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física de las personas allegadas a los pacientes.

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte

¹⁴ O'Farrell, T.J., Cutter, H.S. y Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.

¹⁵ Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.

importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003)¹⁶.

2.2.2. Tipos de Participación familiar en la rehabilitación del alcohólico¹⁷

La rehabilitación del alcohólico o consumidor de sustancias nocivas, no se concibe sin la participación de la familia, concibiéndose su participación en varios tiempos del proceso.

El familiar acompañante debe conocer la historia de su enfermedad así como la dinámica familiar en la que se desenvuelve el paciente, con el objetivo de:

- Brindar información que permita evaluar integralmente al paciente.
- Conocer el entorno físico y humano donde permanecerá el paciente.
- Participa voluntariamente en las terapias didácticas, deportivas, recreativas y sociales, interactuando con otros pacientes y familiares, conociendo la magnitud del problema como fenómeno de grupo y se nutre de las experiencias satisfactorias de la reunión.

¹⁶ Secades, R., García, O., Higgins, S. T., Fernández, J. R. y Carballo, J. L (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.

¹⁷ Fuerte M, Maya M. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Abordaje Familiar en Consumidores Abusivos de Alcohol* (monografía en internet). Volumen 24. Suplemento 2. Navarra España (consultado el 10 de octubre de 2005). Disponible en: Anales@chavarra.es

- Recibe información del Programa junto al paciente y se realizan evaluaciones de la funcionabilidad o disfunción, habilidad familiar, lo cual permite trazar estrategias de abordaje dentro del seno familiar.
- Conocen el equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos, que inicialmente evalúan y luego dan seguimiento a los pacientes.
- Realizan contacto terapéutico y administrativo (reglamento, criterio de ingreso y egreso, interrupción del tratamiento, expulsión, connotación legal del paciente).
- El equipo terapéutico mantendrá comunicación fluida con la familia del paciente a la cual se le recomendará pasar la última semana de tratamiento en la centro de rehabilitación para incorporarla al trabajo de reinserción social, como eslabón afectivo vital y revisar sugerencias terapéuticas de cambio o modificaciones afectivo-conductuales de la familia, dadas a través del proceso de rehabilitación de uno de sus miembros.

2.2.3. Relación de la familia con el alcoholístico¹⁸

La familia tiene que ver mucho en la rehabilitación de los adictos. Los familiares son coadictos y por lo tanto codependientes.

Existen algunos especialistas como Stephanie Brown, (1985)¹⁹ que es una de las pioneras en el tratamiento de las

¹⁸ Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el crack al juego patológico? *Psicología Conductual*, 1, 321-37.

familias alcohólicas, quienes afirman que la familia con un miembro alcohólico no es una familia disfuncional, es una familia que ha aprendido a funcionar con un miembro enfermo gracias al reacomodo que se da a raíz de la enfermedad. Se vuelve disfuncional cuando el alcohólico entra a tratamiento y comienza a cambiar el rol central que tenía en la familia.

Las personas cercanas al adicto, con frecuencia quieren hacer algo por él, pero no saben qué hacer, cómo hacerlo ni por dónde empezar. En forma similar al adicto confunden causas con consecuencias, problemas primarios con secundarios. Con frecuencia se ven afectados cognitivamente y emocionalmente, al punto de dudar seriamente de sus intuiciones y observaciones. En ocasiones sus mecanismos defensivos adquieren dimensiones tan patológicas como las del adicto. Ese intento fallido por ayudar al alcohólico los hace llevar a cabo conductas "facilitadoras" que en lugar de detener la enfermedad la prolongan.

La facilitación se genera en un nivel automático e inconsciente por diferentes razones, entre las que destacan:

- Proteger o ayudar al alcohólico.
- Evitar el conflicto en la relación con el alcohólico.
- Creer que ignorar el problema es la mejor manera de que desaparezca.
- Satisfacer necesidades propias vinculadas con la sobreprotección, la dependencia y el control.
- Tener aspectos no resueltos personales o familiares sobre el uso de alcohol o drogas

¹⁹ Stephanie Brown. Marcadores neurogenéticos de riesgo para el alcoholismo. En M. Sanchez-Turet (Ed.). Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol .Barcelona. Ediciones ESPAX.1985.

Conforme la gente avanza en el alcoholismo, lo más normal es que el cónyuge se preocupe cada vez más por la conducta del alcohólico. Esta preocupación se denomina coalcoholismo y hoy en día se le denomina codependencia

La codependencia como cuadro disfuncional se origina en el seno de las familias con dependencia química y/o disfuncionales, en las que los niños adquieren percepciones distorsionadas sobre el amor, la seguridad y la aceptación.

Los criterios diagnósticos de esta condición son²⁰:

- A. Autoestima**, continuamente basada en la habilidad para controlar (a sí mismo y a otros) a pesar de las consecuencias adversas de este patrón.
- B. Adquisición de responsabilidad** para atender las necesidades de otros en detrimento del reconocimiento de las propias necesidades.
- C. Ansiedad y distorsiones** en torno a la intimidad y la separación.
- D. Involucramiento en relaciones con personas adictas**, con trastornos de personalidad, codependientes o con trastornos del control de impulsos.
- E. Tres o más de los siguientes síntomas:**
 - Negación.
 - Represión de emociones.
 - Depresión.
 - Hipervigilancia.

²⁰ Cuadrado Callejo, P. (1999). Enfermos con dependencia al alcohol y comorbilidad psiquiátrica: un grupo heterogéneo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 235-244.

- Conductas compulsivas.
- Ansiedad.
- Abuso de sustancias.
- Ha sido o es víctima de abuso físico o sexual recurrente.
- Enfermedad medica relacionada con el estrés.
- Permanencia en una relación primaria con una persona adicta por lo menos dos años sin buscar ayuda externa.

Es importante especificar que el impacto del alcoholismo no solo abarca a la pareja del alcohólico, sino también a los demás miembros del sistema familiar.

2.3. Alcoholismo²¹

2.3.1. Definición

"El alcoholismo es una enfermedad, y no un vicio, que se caracteriza por la existencia de una dependencia regular, psicopatológica, social y física hacia el etanol (el alcohol), con perjuicio para el individuo".

Se trata de una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La O.M.S²²., define al alcoholismo "como la ingesta diaria de alcohol superior a 50g en la mujer y 70g en el hombre". Este parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una

²¹ González E. Guía Preventiva de Alcohol y Drogas en el ámbito laboral. Buenos Aires Argentina: Editorial Gabas; 2005.

²² O.M.S. Organización Mundial de la Salud.

dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo.

El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente como una enfermedad compleja, que se desarrolla a lo largo de los años, cuyos primeros síntomas son más sutiles, incluye la preocupación por la disponibilidad de alcohol, influyendo en la elección de amistades y actividades.

Existen múltiples definiciones de lo que es el alcoholismo, así pues el abuso de alcohol indica una alteración de la vida relacionada con su uso que interfiere con el funcionamiento normal. La dependencia alcohólica indica una afectación similar junto con evidencia de una compulsión fuerte a consumir alcohol acompañada de una tolerancia aumentada o de signos físicos de abstinencia alcohólica.

2.3.2. Causas del consumo de alcohol²³

El alcohol es una droga de fácil acceso, modifica el estado de ánimo generalmente utilizado para:

- Adquirir confianza en sí mismo
- Comunicar sentimientos, pensamientos y creencias
- Sentirse bien y divertirse
- Descansar y olvidar el estrés
- Para escapar
- Para ser parte de un grupo
- Intolerancia a la angustia
- Intolerancia a la frustración
- Dependencia de terceros
- Impulsividad
- Intolerancia a la soledad
- Vacío interno (alcohol como compañía)
- Incapacidad de reconocerse débil y pedir ayuda

²³ Sánchez Massó A, Acosta Sánchez L Modalidades de conducta ante el alcohol en adolescentes.

- Presión social y ambiente conflictivo.

Esconde detrás de su consumo la inseguridad en uno mismo, una baja autoestima y una personalidad antisocial, negativa a involucrarse en las actividades, dificultad por mostrar orgullo por su labor aun con un fuerte estímulo de elogios por parte de sus compañeros.

El consumo de alcohol es una adicción. Por lo tanto, se considera a ésta como la consecuencia de la vulnerabilidad del individuo producto de fallas evolutivas y un ambiente temprano de privación. Convirtiéndose el abuso de sustancia, en un intento de reparación, que sólo agudiza la condición original, dada la dependencia física y el deterioro que se produce en las estructuras fisiológicas y psicofísicas.

2.3.3. Como actúa el alcohol²⁴

- **A nivel fisiológico:** En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables de placer y de otras sensaciones; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el mismo y se vuelve dependiente de él. Los efectos que se producen en la persona, como por ejemplo la desinhibición, euforia, se convierte en un medio primario mediante el cual ésta se relaciona con otros, trabaja y lleva adelante su vida, este efecto estimulante, cuando termina, produce una sensación depresora importante.

²⁴ Girón García S, Martínez Delgado J.M., González Saiz F.: (2002) Drogodependencias Juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. Trastornos Adictivos, 4(3): 161-170.

- **A nivel psicológico:** Los pacientes alcohólicos y adictos son siempre vulnerables a las conductas compulsivas, obsesivas y adictas.
- **A nivel de comportamiento:** Impulsos negativos destructivos para sí (riesgo de suicidio), y agresividad para los que lo rodean e intentan ayudarlos.
- Dificultades por regularizar los afectos, conducta y cuidado de sí mismo, que lleva a un deterioro funcional que provoca un desequilibrio en el comportamiento ocupacional de la persona, traducándose esto en aislamiento, desgano, abulia, falta de iniciativa y una sólo preocupación que es de continuar su adicción.

2.3.4. Consecuencias del consumo de alcohol²⁵

A. En cuanto a la conducta:

- Impulsos negativos destructivos para sí (riesgo de suicidio), y agresividad para los que lo rodean e intentan ayudarlos.
- Dificultades por regularizar los afectos, conducta y cuidado de sí mismo.

B. En cuanto a la salud

A CORTO PLAZO

- Irritación de la mucosa estomacal.

²⁵ Iruarizaga, I. (1999). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo y la politoxicomanía. (Tesis doctoral). Madrid. Universidad Complutense.

- Trastornos de la visión, de los reflejos, del pensamiento y del habla en dosis elevadas.

A LARGO PLAZO

- Psicosis
- Encefalopatías
- Gastropatías
- Hepatopatías
- Pancreopatías
- Polineuritis
- Mío cardiopatías
- Dependencia física (tolerancia y síndrome de abstinencia)
- Disminución en el rendimiento laboral.
- Aumento de la posibilidad de accidentes.
- Perturbaciones de las relaciones sociales y familiares.
- Sobredosis. El alcohol es una droga y personas pueden morir de la sobredosis. Esto es un peligro específico para los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

C. En cuanto a la sexualidad

- El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona (impotencia).

D. En cuanto a la social

- **Accidentes:** Se recomienda y se exige que cuando hayas consumido alcohol no conduzcas, ya que este

produce sobre el cuerpo una conducción temeraria e imprudente, esto hace que muchos de los accidentes de tráfico vehicular vengan asociados con el alcohol. Por consecuencia el alcohol juega una función mayor en más de la mitad de todas las muertes automovilísticas. Menos de dos bebidas pueden deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo para las lesiones accidentales resultando de muchas otras causas.

2.4. Rehabilitación o Tratamiento²⁶

2.4.1. Definición de Rehabilitación

La rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad, en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

²⁶ Guardia, J.L., Segura, L. y Gonzalo, B. (2000). Aplicaciones de las técnicas de neuroimagen en las conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 12, 395-411.

2.4.2. Estadios motivacionales de cambio o de rehabilitación.²⁷

Este planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y Diclemente, 1982, 1983, 1985), permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona -estadios de cambio- cuando se plantea modificar su conducta adictiva.²⁸

A) Precontemplación: Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.

B) Contemplación: Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso de cambio. Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los pre-contempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.

C) Preparación o Determinación: En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

²⁷ Freixa, F. Y Alarcon, C. (1981). Alcohol. En: F. Freixa y P.A. Soler Insa (Eds.). Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario. Barcelona. Fontanella

²⁸ (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez y Rossi, 1991; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; Miller et al., 2003; Prochaska y DiClemente, 1982; 1992; Prochaska y Norcross, 2007).

D) Actuación o acción: La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.

E) Mantenimiento del cambio: Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa, tras 6 meses de cambio efectivo. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

2.4.3. Modelos de Tratamiento o Rehabilitación Alcohólica.²⁹

Existen numerosos tipos o modelos de tratamiento pero los más utilizados son:

A. La Psicoterapia Racional-Emotiva

Creada por Albert Ellis en 1955, se ha convertido en una de las escuelas de psico-terapia más populares, integrativas y de más amplio alcance, jamás practicadas.

Ellis descubrió que aunque sus pacientes se beneficiaban de la terapia, su mejoría no se debía al hecho de revivir acontecimientos pasados, llevar a la conciencia motivaciones inconscientes, "sintonizar" con sus sentimientos o "trabajar" la relación de transferencia. Sino que, en su opinión, los comportamientos y sentimientos

²⁹ Beavers, W. Robert: Modelo de terapeutas para alcohólicos. 2000.

perturbadores de sus clientes cambiaban, en gran parte, debido a la adquisición de una nueva forma de pensar.

Su principio básico es que la mayoría de las respuestas emocionales y de conducta de los seres humanos están determinadas por la cognición. De este modo, las emociones y las conductas son el resultado de los pensamientos o valoraciones de cada individuo, siendo las decisiones cognitivas las que determinan si se va a actuar y qué tipo de acciones se van a tomar.

Se considera que el pensamiento racional, lógico y realista da lugar a emociones y conductas adecuadas, mientras que el pensamiento irracional, ilógico y exagerado suele provocar emociones y conductas inadecuadas y con frecuencia destructivas.

Los seres humanos pueden aprender a concientizar sus cogniciones y a controlarlas, por lo que, se debe ayudar al paciente a identificar sus pensamientos o lo que pueden significar para su estado emocional. No obstante, es igualmente importante ayudar al paciente a que aprenda a basarse fundamentalmente en sus propias ideas en lugar de dar demasiada importancia a sucesos y emociones externas cuando experimentan emociones o conductas inadecuadas o molestas que les gustaría cambiar.

Otro principio a destacar es que los seres humanos pueden aprender a cambiar deliberadamente sus cogniciones, y a modificar así sus actos y respuestas emocionales indeseables.

En una sesión típica, el terapeuta habla mucho, hace numerosas preguntas, trata de persuadir, hace sugerencias,

enseña y explica, utiliza la lógica, y se relaciona con su paciente, no sólo provocando, sino actuando también como modelo de pensamiento racional para el paciente.

B. Modelo de la Logoterapia

En una ocasión se le preguntó a Viktor Frankl, ¿Puede definirme en una frase lo que quiere decir Logoterapia?, a lo que Frankl respondió ¿Puede definirme Ud. en una frase la esencia del Psicoanálisis?, la respuesta que esta persona le dio fue: "En el psicoanálisis, el paciente se tiende en un diván y le dice a usted cosas que, a veces, son muy desagradables de decir". De inmediato Frankl replicó: "Pues bien, en la logoterapia, el paciente permanece sentado, bien derecho, pero tiene que oír cosas que, a veces, son muy desagradables de escuchar".

Con lo anterior quiso decir que la logoterapia es un método menos retrospectivo y menos introspectivo. La logoterapia mira hacia el futuro, es decir, a las acciones que va realizar el sujeto en el futuro. La logoterapia se desentiende de todos los mecanismos de retroacción que tan importante papel juegan en el desarrollo de las neurosis.

La logoterapia se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. Es por esto que Frankl, habla de la voluntad de sentido, en contraposición a la voluntad de placer en que se centra el Psicoanálisis freudiano, y en contraste con la voluntad de poder que enfatiza la psicología de Adler.

C. Modelo Psicoanálisis de Freud

El psicoanálisis en cierto sentido (...) es un tratamiento que apunta a una sustitución. La sustitución del goce de la sustancia en el cuerpo, por el de la palabra. En cierto aspecto se trata de que el sujeto acepte el goce del sentido que se pone en juego en el análisis. Para ello es necesario que el goce autoerótico puesto en juego en la toxicomanía sea cedido.

Aquí se trata de un tratamiento de lo real por lo simbólico.

Freud estableció en "Tres ensayos para una teoría sexual (1905)", que la adicción remite a la fase oral del desarrollo, confirmando la existencia de una relación entre la adicción y la masturbación infantil, trabajada anteriormente. Los grandes amantes del alcohol describen su actitud hacia el vino como la más perfecta armonía, el modelo de un matrimonio feliz. En "Acerca del mecanismo paranoico (1911)" se refiere al papel desempeñado por el alcohol en los delirios de celos y sugiere que la bebida suprime las inhibiciones y anula el trabajo de la sublimación. Como resultado de esto la libido homosexual queda liberada y el bebedor sospecha que la mujer por quien está celoso se relaciona con todos los hombres a quienes él mismo está tentado de amar.

D. Modelo Sistémico de terapia familiar

El modelo sistémico de terapia familiar se desarrolló a comienzos de los años cincuenta, y empezó a aplicarse en el tratamiento del alcoholismo a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta.

La investigación de familias alcohólicas ha estado muy limitada y una de las mayores limitaciones que se han encontrado ha sido la ausencia de grupos de comparación adecuados y la pobre utilización de muestras clínicas, con la consecuente limitación en la generalización de los resultados obtenidos.

Hemos de considerar el hecho de que la red de apoyo social desempeña funciones relevantes para la persona, de modo que ésta, puede servir para atenuar las reacciones emocionales negativas frente a los estresores vitales, o mejorar los resultados del tratamiento médico mediante la disminución del tiempo de recuperación, etc. Sin embargo, la falta de este apoyo social se asocia con una serie de problemas como el aumento de la morbilidad y los problemas emocionales.

El programa familiar de una persona con problemas de bebida puede incluir una serie de miembros como su pareja, padres, hijos, hermanos, así como otros familiares más lejanos o amigos que se encuentren en el seno de esa vida familiar. McCrady distingue entre familia centrada en el alcohol y otras influencias familiares de tipo más general sobre la conducta de bebida.

Cualquier familiar puede desempeñar conductas que se relacionan directamente con la bebida del paciente, siendo la conducta de la esposa del alcohólico la más estudiada e investigada.

Como consecuencia de diversas investigaciones, Miller y Hester consideran que los tipos de terapia familiar más estudiados cuando se añaden a otros tipos de tratamientos mejoran los resultados de éstos en el seguimiento a corto

plazo (6 meses). La ausencia de permanencia de estas mejoras con el tiempo parece deberse en parte a las mejorías alcanzadas con los grupos de tratamiento con los que se compara y en parte a la erosión de las ganancias debidas a la propia terapia marital. Esto nos apunta la utilidad de utilizar la terapia familiar dentro de los problemas de bebida, pero nos indica que han de realizarse nuevas investigaciones para incrementar la permanencia de los efectos.

Según McCrady (1986), si la pareja desea participar en el tratamiento de modo activo esto parece beneficioso, aunque al cabo de los meses las diferencias en consumo de alcohol hayan desaparecido. Los beneficios procederán de la satisfacción marital, la disminución de separaciones y divorcios así como de las habilidades comunicativas.

E. Modelo cognitivo - conductual

La terapia cognoscitiva conductual utiliza un enfoque didáctico estructurado. A las personas que sufren de alcoholismo se les da instrucción y tareas cuya intención es mejorar su capacidad para hacerles frente a las situaciones de vida básicas, controlar el comportamiento y cambiar la manera en que ellos piensan acerca de la bebida. Por ejemplo, a los pacientes se les puede pedir que escriban una historia sobre sus experiencias tomando alcohol en las que describan lo que consideran ser situaciones arriesgadas. Luego se les asigna actividades para ayudarles a hacerles frente a situaciones que los exponen a las "señales" -lugares o experiencias que desencadenan el deseo de beber. A los pacientes también se les puede asignar tareas diseñadas para reemplazar la bebida.

2.5. Historia de las Comunidades Terapéuticas

Si bien ya existen indicios de intervenciones de ayuda mutua grupal para superar problemas comportamentales individuales en los antiguos papiros egipcios (Bianchi. A. 1990)³⁰, recién se hace notoria esta práctica en las primeras comunidades cristianas sometidas a una inhumana persecución en los tiempos del imperio romano. En pequeños grupos, sus miembros confesaban públicamente sus pecados y recibían diversos consejos y ayuda; así como la penitencia pertinente. Nacen de este modo las comunidades monásticas donde se establecen las primeras reglas para alcanzar un objetivo común dirigido hacia el mantenimiento de la fe. En la Comunidad Quinram -cuya descripción se encontró en uno de los rollos del Mar Muerto- se hallaron La Regla de la Comunidad o El Manual de Disciplina, donde se describen los problemas por los cuales sus integrantes ingresaban al grupo.

Desde estos primeros antecedentes históricos nos trasladamos a Inglaterra, donde en 1900 se forma el grupo Oxford, de características religiosas. Sus miembros se reunían para leer la Biblia y aplicarla con el objetivo de mantener un buen comportamiento. Ellos identificaron que un veinticinco por ciento de sus participantes eran alcohólicos y que varios de ellos se recuperaron, merced al cumplimiento estricto de los consejos emanados de las lecturas bíblicas. En este grupo encontramos las bases más próximas a las comunidades terapéuticas actuales.

En 1935, inspirados en las experiencias de Oxford, un grupo de alcohólicos fundan Alcohólicos Anónimos, organización de autoayuda que propicia el apoyo mutuo entre iguales para la recuperación, sin intervención profesional. Propugnan la práctica de valores como la autenticidad, la confianza en un Ser superior,

³⁰ Bianchi. A. Tratamiento e intervenciones de la historia. 1990.

así como el propósito de ayudar a otras personas que sufren de alcoholismo.

Por otro lado; a pesar de ser T. Main quien por primera vez utiliza el concepto de Comunidad Terapéutica para calificar las intervenciones de ayuda a soldados que presentan manifestaciones psicopatológicas en un hospital de la Marina Inglesa, fue Maxwell Jones (1952a, 1952b, 1954, 1959) quien en 1952 sistematiza este modelo democrático de convivencia constructiva en el cual todos los miembros de una institución -sea ésta psiquiátrica o no- participan activamente para influirse recíprocamente con el objetivo de extinguir los comportamientos inadaptativos e incorporar conductas adaptativas que provoquen un cambio positivo en la vida de los miembros de ese grupo. Maxwell Jones concibió que la organización de la institución debiera ser lo más parecida a la existente en el contexto social, por lo que la comunidad terapéutica funcionaría como un puente entre la institución y la sociedad. Este modelo se extendió rápidamente a las instituciones de salud mental de los países occidentales hasta la década de los setenta, entrando luego en una etapa de decadencia cuyas atribuciones no tienen aún una explicación coherente.

Otro suceso histórico de máxima importancia en el desarrollo de las comunidades terapéuticas se produce en California (1958), en circunstancias de ser rechazadas de Alcohólicos Anónimos personas dependientes a otras sustancias. Entre ellas se encontraba Charles Diderich, quien empezó a reunirse con otros adictos en su casa de Ocean Park, bajo la modalidad de una familia prolongada. Diderich observó que algunos de ellos abandonaban el consumo de drogas. Acompañado de otros cuarenta participantes, fundan SYNANON, reconocida como la primera comunidad terapéutica para drogodependientes. Sus

métodos fueron sumamente directivos y con una profunda connotación mística.

En 1963 David Deitch -adicto recuperado, miembro de Synanon- junto con el psiquiatra David Casriel (1963) y el sacerdote Monseñor William O'Brien fundan DAYTOP³¹ con el fin explícito de conseguir un cambio en el carácter y en el estilo de vida de los adictos que sirvieran para prevenir las recaídas. Poco después en Italia se inicia el Proyecto Hombre-, fundado por Mario Pichi y Juan Corelli, incrementándose la influencia de las comunidades terapéuticas en las diversas regiones del orbe.



³¹ DAYTOP es la sigla para Drug Addicts Treated on Probation. Conocido en su idioma original como Progre Vomo.

```

graph TD
    subgraph Columna_Izquierda [ ]
        direction TB
        G1900[1900 Grupo Oxford] --> G1935[1935 A.A. Akron, Ohio]
        G1935 --> G1958[1958 Synanon California]
        G1958 --> G1963[1963 Daytop New York]
        G1963 --> UUSA[U.S.A.]
        G1963 --> CAN[Canadá]
        G1963 --> EURO[Europa]
        G1963 --> ASIA[Asia]
        G1963 --> ITALIA[Italia]
        G1963 --> AMERLAT[América Latina]
    end

    subgraph Columna_Derecha [ ]
        direction TB
        T1[Teorías del aprendizaje] --> G1952[1952 Maxwell Jones Inglaterra]
        G1952 --> G1962[1962 Comunidad Terapéutica Rotondo H.H.V. Lima]
        G1962 --> G1975[1975 DAMOC Lima]
        G1975 --> G1982[1982 ÑAÑA Lima]
        G1982 --> PERU[Perú]
        G1982 --> AMERLAT
    end

    G1963 -.-> UUSA
    UUSA -.-> G1982
    G1963 -.-> G1982

```

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

determinado perfil de personas dependientes a drogas; cuya meta es lograr el desarrollo personal por medio de una organización microsocia l altamente estructurada, donde se genera presión social a cada uno de sus miembros a fin de lograr un nivel eficiente de ansiedad que mantenga la emisión de conductas deseadas³³. Las personas dentro de este sistema aprenden un estilo de vida constructivo acorde a las variables socioculturales del medio de donde provienen, bajo un enfoque psicológico y social. El análisis de la definición nos permite comprender que:

- La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento y rehabilitación; lo cual significa que es una alternativa entre muchas otras que intentan y logran, en mayor o menor grado, el mismo objetivo cual es: la recuperación del drogodependiente. No todos los programas de tratamiento residencial son comunidades terapéuticas, no todas las comunidades terapéuticas son establecimientos residenciales y no todos los programas que se llaman a sí mismos comunidades terapéuticas emplean los mismos tratamientos psicológico y social (De León G., 1986).
- El término comunidad terapéutica es ampliamente usado para representar un enfoque distinto cualquiera sea el escenario; incluyendo residencias comunitarias, hospitales, cárceles, etc. Un efecto de esta generalización ha sido oscurecer la comprensión de la comunidad terapéutica en tanto enfoque de tratamiento para la dependencia a droga, cuan bien funciona, dónde funciona mejor y qué clientes son los más apropiados.

³³ Champion, 1969. Concepto de ansiedad activante.

- La comunidad terapéutica es una modalidad que utiliza un enfoque social y psicológico para la rehabilitación de los dependientes a drogas. Su escenario característico es una residencia basada en la comunidad en locales urbanos y rurales. Sin embargo, los programas de comunidad terapéutica han sido desarrollados en una variedad de otros establecimientos, residenciales y no residenciales; tales como hospitales, cárceles, escuelas, clínicas de día y clínicas ambulatorias.
- Las comunidades terapéuticas están dirigidas a un determinado perfil de drogodependientes. En primer lugar, que estén motivados; es decir, que ingresen voluntariamente porque desean recuperarse de la adicción, o porque prefieren la comunidad terapéutica a otro destino determinado legalmente o por presión familiar. El perfil no incluye a adictos violentos como expresión de psicopatía primaria, a pacientes duales –es decir, que presentan trastornos psiquiátricos severos asociados tales como esquizofrenia, depresiones mayores, retardo mental o severas deficiencias físicas.
- Las comunidades terapéuticas tienen como meta el desarrollo personal. Si bien priorizan la vida libre de drogas; consideran que la abstinencia no es suficiente indicador de recuperación, puesto que se han observado casos de personas adictas que logran mantenerse en abstinencia por períodos prolongados sin lograr mayores cambios en sus comportamientos inadaptativos. Estas personas reemplazan la droga por otros objetivos hedónicos como el dinero, o el poder. El desarrollo personal implica un cambio significativo en la filosofía y

estilo de vida del adicto; lo cual garantiza no solamente una abstinencia permanente, sino una vida productiva colmada de realizaciones.

- Las comunidades terapéuticas tienen una organización microsocial altamente estructurada. Es decir, representan a la sociedad con un carácter óptimo de organización que favorece la resolución de problemas y; por ende, el aprendizaje social. Las variables de control social están en manos de todos y cada uno de los miembros de la comunidad, orientadas por personas profundamente comprometidas en los procesos de cambio que la comunidad terapéutica por si misma genera. El personal profesional y el operador juegan un rol principal en este aspecto.
- La comunidad terapéutica ejerce fuerte presión social sobre cada uno de sus miembros. La ansiedad activante produce un estado óptimo que favorece el aprendizaje. De la habilidad mostrada por la comunidad terapéutica para alcanzar un nivel óptimo de ansiedad activante, dependerá en gran medida la eficacia en el proceso de cambio. Las comunidades terapéuticas que ejerzan violencia contra sus miembros, incrementarán la ansiedad a niveles perturbadores que alterarán el procesamiento de la información; y, por lo tanto, bloquearán el aprendizaje. En el contexto de la comunidad terapéutica, se aprende bajo un enfoque psicológico y social. El aprendizaje se realiza en función de principios científicamente probados. Así, cualquiera que sea la comunidad terapéutica son los paradigmas del condicionamiento clásico, operante, vicario y cognitivo los que están en juego. Ello favorece el aprendizaje social

mediante el modelamiento, estrategia básica de toda comunidad terapéutica.

- En el marco de la comunidad terapéutica se aprende un estilo de vida constructivo, acorde a las variables socioculturales del lugar de procedencia de la persona adicta. Así, habrá diferencias en los programas si el residente proviene de un pueblo joven de Lima, o de un barrio residencial. Si proviene de un pequeño pueblo de la sierra, de un pueblo ribereño de la selva, o de una zona industrial de la gran urbe. Deberá adaptarse a los patrones sociales de comportamiento sin poner en riesgo la abstinencia sino, más bien, logrando un dominio sobre las dificultades que la comunidad externa le presenta.

2.5.2. Las comunidades terapéuticas en el Perú³⁴

En el Perú, el primer intento de establecer una comunidad terapéutica para pacientes psiquiátricos fue liderado por el doctor Humberto Rotando, pionero de la psiquiatría peruana, y se llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán. El doctor Rotando aplicó los principios de la comunidad terapéutica democrática, establecidos por Maxwell Jones, a partir de 1963; incentivando la participación de todo el personal y los pacientes en un conjunto de transacciones interpersonales favorecidas por un cambio de actitudes para que el acercamiento mutuo sea auténtico y se manifieste en la colaboración conjunta en las actividades del hospital y en la toma de decisiones importantes para la institución. Es así como pacientes, empleados y profesionales se sientan en la misma mesa a fin de prolongar la relación más allá de la

³⁴ Sandoval Ferrer JE, Lanigan Gutiérrez ME, Gutiérrez Chapman L. Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000

intervención de consultorio; enfatizando sobre los conceptos humanos de esa relación: el profundo respeto al paciente, la solidaridad, la identificación institucional. Era impresionante observar a pacientes, enfermeras, psicólogos y médicos comiendo juntos coloquialmente en un plano de igualdad. Se abandonaron los mandiles y se acortaron las distancias a favor de una relación de mayor proximidad. Lamentablemente esta trascendental experiencia comenzó a desvanecerse a partir de 1968. Sin embargo, fue la primera fuente de inspiración para la creación de la comunidad terapéutica para drogodependientes en Ñaña.

Efectivamente, en 1975, la doctora María Victoria Arévalo y el autor fundaron en el Hospital Hermilio Valdizánja Unidad de Análisis y Modificación del Comportamiento, que funciona actualmente como un departamento (DAMOC³⁵). Allí tratamos pacientes en terapias individuales y de grupo. A fines de la década de los setenta y comienzos de los ochenta se hicieron los primeros reportes de tratamiento y seguimiento de casos y se inicia el proyecto para desarrollar la Comunidad Terapéutica de Ñaña con un programa terapéutico basado en los principios y paradigmas del aprendizaje.

El armónico engranaje- logrado entre el sistema de comunidad terapéutica y el programa de análisis-y modificación del comportamiento, junto con la positiva influencia de algunas comunidades terapéuticas tradicionales -en especial Daytop- hacen de Ñaña un ejemplo único en su género; constituyéndose en un nuevo modelo de comunidad terapéutica adecuado a las

³⁵ DAMOC sigla con que se conoce al Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento del Hospital Hermilio Valdizán.

características socioculturales del Perú y generalizable a América Latina.

En 1988, encontrándose el programa terapéutico de Ñaña en la etapa terminal de su periodo de investigación, irrumpen en el Perú las primeras comunidades terapéuticas divulgando el modelo tradicional. Surgieron dos de ellas como los primeros exponentes de este modelo. Una tuvo un espectacular crecimiento, llegando a contar con más de cuatro mil residentes y organizando una impresionante red de instituciones y personas de las cuales recibió ayuda, logrando monopolizar la atención. En su apogeo, llegó a formar una federación de comunidades terapéuticas del Perú, con asiento en federaciones internacionales de comunidades terapéuticas.

En 1994 se comprueban sospechas de trato inhumano a sus residentes, junto con el funcionamiento de una compleja organización delictiva cuyos directivos aún permanecen en prisión. Este escandaloso suceso impactó negativamente en la credibilidad de las comunidades terapéuticas, que se manifestó en rechazo de la población a esta modalidad organizativa que sólo lenta y recientemente se está consiguiendo revertir. Esta dolorosa experiencia debe constituirse en ejemplo de aquello que jamás debe volver a suceder. Como parte del proceso reconstitutivo, a partir de 1996 se realizan los esfuerzos necesarios para normar un adecuado funcionamiento de las comunidades terapéuticas, que permitan garantizar el cumplimiento de sus fundamentos éticos, columna vertebral para asegurar el desarrollo sostenido y eficaz de estas instituciones.

La comunidad terapéutica de Ñaña ha influido en diversos grados en el desarrollo de las comunidades terapéuticas en

el Perú, así como en otros países de América Latina en donde el modelo se ha ido divulgando progresivamente; como son los casos de Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile y Ecuador, entre otros.

Por su parte, Daytop ha establecido la red más importante de comunidades terapéuticas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, América Latina, Europa y Asia. El Proyecto Hombre se ha expandido fundamentalmente por Europa, Asia y América Latina.

El sistema de redes tiene ventajas organizativas y puede ser un freno para la proliferación de comunidades terapéuticas con objetivos distorsionados. Su principal inconveniente consiste en que se da por supuesto que la extrapolación cultural puede ser indiscriminada. Una comunidad terapéutica diseñada para la población anglosajona no debería ser trasplantada per se a un medio latino. Asimismo, una comunidad terapéutica que opera en un medio caracterizado por un elevado nivel económico e instruccional debería ser diferente de otra que trabaje con poblaciones marginales y en estado de carencia ya que, por poner un ejemplo, las necesidades que emergen en la etapa de reinserción serán diferentes. Entendemos que las comunidades tradicionales más importantes extendidas en el mundo realizan esfuerzos para adaptar su modelo a las diferentes realidades donde intentan establecerse.

Actualmente existen unas ciento veinte comunidades terapéuticas en el Perú, de las cuales no más de veinte funcionan bajo las normas legales vigentes y pertenecen a la Asociación Peruana de Comunidades Terapéuticas.

Resumiendo, podríamos decir que en el país existen dos tipos de comunidad terapéutica: Las comunidades terapéuticas profesionales, que cuentan con equipos multidisciplinarios constituidos por profesionales de la medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social encargados de dirigir el proceso de cambio que conduce al desarrollo personal. En las comunidades terapéuticas profesionales los operadores y operadoras forman parte de una de las fases de la comunidad cuyas funciones son asumidas por los residentes más avanzados. Estas comunidades se han inspirado en los trabajos de Maxwell Jones, en los avances de la psicología -especialmente de los paradigmas del aprendizaje- y se han enriquecido con los aportes de las comunidades terapéuticas como Daytop. En ellas se llevan registros sistemáticos de la historia personal y de los problemas actuales del residente, así como de las evaluaciones biopsicosociales. Asimismo se realizan evaluaciones de sus programas con el objetivo de favorecer su desarrollo.

El segundo tipo, las comunidades terapéuticas tradicionales, adoptaron el modelo del Proyecto Hombre de Italia y, recientemente, Daytop. Son dirigidas por personas adictas recuperadas. Estas comunidades terapéuticas se encuentran en pleno desarrollo y proceso de cambio positivo. De una etapa de caos, desorganización y corrupción predominante en muchas de ellas; están pasando a una etapa de orden, de legalidad, de sentar bases éticas a través de un proceso difícil pero fecundo, cuyos primeros resultados positivos empiezan a vislumbrarse. En esta categoría es posible diferenciar:

- Aquellas que han logrado incorporar a su equipo algún o algunos profesionales -por lo general provenientes de la medicina, psiquiatría o psicología- quienes cumplen labores complementarias importantes; pero que mantienen en manos del operador (quien es una persona adicta recuperada) la función esencial dirigida al cambio comportamental.
- Aquellas en donde no existen profesionales, a lo sumo un médico que realiza visitas para ocuparse de las enfermedades físicas de los residentes. En muchas de ellas la persona adicta recuperada es la única responsable de la comunidad terapéutica. En esta categoría se encuentran un gran número de comunidades terapéuticas que aún no han alcanzado las condiciones mínimas requeridas para su certificación.
- Aquellas cuya intervención terapéutica se basa en seguir las palabras de Dios a través de lecturas bíblicas y el cambio de comportamiento, así llamadas comunidades terapéuticas religiosas. Por lo general están dirigidas por adictos recuperados o religiosos, generalmente pastores evangélicos. Se caracterizan por no tener programas estructurados ni modelos psicológicos que sustenten su trabajo, no llevan registros sistémicos, por lo que su evaluación se toma casi imposible.
- Aquellas que no siguen ni las líneas de los modelos tradicionales ni tampoco están estructuradas sobre bases científicas. Por lo general se basan en alguna teoría nueva o en la interpretación de alguna teoría existente para explicar los cambios. Así por ejemplo, pueden usar brebajes o plantas que contienen sustancias psicoactivas

corno la mescalina o psilocibina para provocar estados de conciencia peculiares que de alguna manera se supone influye en los cambios. Pertenecen a las así llamadas comunidades atípicas.

La tendencia actual parece estar dirigida a que desaparezca la separación entre comunidades profesionales y no profesionales. En Estados Unidos de Norteamérica y Europa, se alienta la profesionalización de los adictos recuperados a fin de que se gradúen como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc.; o a que logren, su certificación como consejeros profesionales. El desarrollo de un sistema de certificación y el aliento para la profesionalización de los operadores deberá constituirse en la próxima meta a ser alcanzada.

2.5.3. Historia de Alcohólicos Anónimos en Arequipa³⁶.

Un religioso llamado Tomás R., natural de EE.UU., con cinco años de sobriedad, quien se dedicó a buscar Alcohólicos Anónimos, dándose con la ingrata sorpresa que Alcohólicos Anónimos, se encontraba discontinuado. Lo único que sabía era que en el Directorio Mundial de Nueva York figuraba el nombre de Juan P., a quien buscó encontrándolo en su casa, donde conversaron ampliamente sobre el problema del alcoholismo; con la ayuda de un "Poder Superior" decidieron formar el primer Grupo de Alcohólicos Anónimos el cual lo identificaron con el nombre de Grupo Arequipa, cuyo Aniversario es el 15 de marzo 1979. El mencionado grupo funcionaba tres veces a la semana, los martes en Quinta

³⁶ Di Segni S. Problemas del campo de la salud mental. Capítulo: El Alcoholismo (pág. 204 a 213). Buenos Aires Argentina. Sin más datos.

Romana 105, los jueves en el Colegio del Pilar y los sábados en la clínica siquiátrica del Dr. Hugo Delgado Flores.

En Arequipa existen seis grupos de Alcohólicos Anónimos y dos en el Penal de Socabaya, 1 grupo institucional (Departamento de Psiquiatría HNCASE- Es Salud). Actualmente existen aproximadamente 250 miembros activos y 600 recuperados.

2.5.4. La institución "Centro Cristiano Una Nueva Luz"³⁷

La Institución UNA NUEVA LUZ ubicado en la Calle Vicente Ángulo 340, La Tomilla en el Distrito de Cayma a la altura de la planta de agua de la Tomilla. Es una entidad sin fines de lucro, que presta servicios de consulta, orientación y tratamiento especializado para personas consumidoras de sustancias psicoactivas, con participación directa y activa de las respectivas familias y con un trabajo a cargo de personas competentes en los campos de la psicología, psicopedagogía y psicoterapia.

Este Centro Cristiano Una Nueva Luz está constituida por Escritura Pública del 16 de abril del año 2008, en la ciudad de Arequipa siendo sus fines los siguientes:

- a. Prestar prioritariamente asistencia directa al drogodependiente en situación de indigencia.
- b. Desarrollar acciones a nivel de rehabilitación en campo de la drogodependencia.
- c. Promover material de difusión en el campo de la rehabilitación del drogodependiente.

³⁷ Una Nueva Luz. Centro Cristiano ubicado en Calle Vicente Ángulo 340, La Tomilla Cayma.

- d. Apoyar a las instituciones ya existentes que trabajan en la rehabilitación del drogodependiente.
- e. Promover espacios a nivel de medios de comunicación masiva para la sensibilización a la población de la problemática de la drogadicción y las posibilidades de rehabilitación.
- f. Poder recibir asistencia didáctica sobre terapias empleadas en el extranjero, pudiendo promover y/o participar en simposium o congresos dentro y fuera del territorio nacional.
- g. Recibir ayuda económica y material de personas naturales y/o jurídicas dentro y fuera del territorio nacional con gubernamentales correspondientes.

2.5.5. Competencias de la Institución "Centro Cristiano Una Nueva Luz"

Se reconocen como válidos para toda comunidad terapéutica determinados principios -llamados también competencias- que dan lugar a prácticas cuya finalidad es crear y preservar el ambiente terapéutico, como lo hemos descrito más arriba. Las competencias, tal como han sido desarrolladas por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas³⁸, son las siguientes:

A. Comprender y promover la autoayuda y la ayuda mutua

Los miembros de una comunidad trabajan en conjunto para ayudarse a sí mismos y a los demás. Un ambiente de

³⁸ Editado del Boletín De La Federación Latinoamericana De Comunidades Terapéuticas. Vol. 2 # 2. Lima, setiembre de 1993

autoayuda es un ambiente de apoyo en donde existe un énfasis en los lazos afectivos antes que en el individualismo y egoísmo. Un ambiente que enfatiza la comprensión humana, la responsabilidad personal y rechaza el modelo utilitarista de servidor y servido. Si bien es cierto la calidad de los lazos afectivos entre los miembros de la comunidad enfatiza esta competencia; los principios del aprendizaje van a dirigir el moldeamiento cualitativo de las relaciones afectivas. La organización de la comunidad deberá estar preparada para evitar las distorsiones en el reforzamiento diferencial de las relaciones afectivas, optando hacia aquellas dirigidas al desarrollo personal. La carga afectiva en las relaciones entre los miembros de la comunidad es por lo tanto vulnerable, si no existe una adecuada dirección. Esta puede surgir del mismo grupo, pero también de sus líderes (terapeuta u operador).

B. Comprender y practicar el modelamiento de roles positivos

Las actitudes y comportamientos del coordinador deben ejercer una influencia positiva sobre los miembros de la comunidad, dado que gran parte del aprendizaje y crecimiento se da a través del proceso de modelamiento o imitación. Es importante que el coordinador comprenda la necesidad de dar ejemplos positivos, lo cual no significa imponer los valores y reglas morales del coordinador sobre el miembro. Tanto el equipo como los miembros deben ser alentados a ser modelos positivos.

Esta competencia se sustenta en una de las modalidades del aprendizaje social, la del modelaje o modelamiento. El coordinador o el operador deben tener claramente establecida su participación en dos niveles de este

paradigma del aprendizaje. En primer lugar, su persona con todas sus características: mímica, gestos, tonos de voz; comportamientos complejos tales como emitir crítica, expresar valores. Todas ellas servirán como modelo a ser imitadas por los miembros de la comunidad terapéutica. Este primer nivel va seguido del nivel funcional; es decir, el comportamiento del operador en la comunidad terapéutica y fuera de ella tiene consecuencias observables por sí mismo y por los demás. La calidad y cantidad reforzadora de estas consecuencias determinará la frecuencia con que es imitada. Es decir, el miembro de la comunidad terapéutica observa sobretodo las consecuencias del comportamiento del operador y del terapeuta; los cuales serán probablemente imitados.

Sí los comportamientos del operador o del terapeuta son negativos, también serán imitados. De aquí se desprende la importancia trascendental de la filosofía y ética que da origen y direccionalidad a la comunidad terapéutica.

C. Comprender el aprendizaje social versus el aprendizaje didáctico

El aprendizaje social se describe mejor como el proceso natural de desarrollo o maduración, el aprendizaje didáctico se da mediante la comunicación cognitiva e intelectual de ideas o pensamientos de un individuo al otro. En la comunidad terapéutica el aprendizaje didáctico se imparte en forma de seminarios, charlas o conferencias; mientras que el aprendizaje social abarca conceptos que incluyen el modelado, la presión de grupo, el aprendizaje por experiencia, etc. Ofrecer una advertencia didáctica o servir a un miembro diciéndole qué es lo que tiene que hacer no es la manera más efectiva de ayudar a su desarrollo personal.

El aprendizaje social es un proceso mediante el cual los miembros absorben y mejoran sus comportamientos y actitudes de acuerdo a lo permitido por el aprendizaje cognitivo y didáctico; pero por medio de interacciones auténticas entre las personas, expresando sentimientos, manifestando frustraciones, fallando, teniendo éxito y empezando a experimentar una sensación de autorespeto y autovaloración positiva. Por lo tanto, el aprendizaje social es un proceso que se produce a través de la experiencia vivida. Aprendiendo a diferenciar la información relevante (importante para el desarrollo personal) de la irrelevante. Logrando metas a corto y mediano plazo, experimentando emociones, diferenciándolas cualitativa y cuantitativamente, aprendiendo a expresarlas, comprendiendo su génesis, su desarrollo, su regulación, sus relaciones bilaterales con las cogniciones, sus retroalimentaciones constantes.

Aprendiendo a reconstruir su autoestima, así como sus expectativas de autoeficacia en la solución de problemas. Manejando los fracasos y aprendiendo de ellos -de su análisis- para revenirlos como instigadores de éxito.

D. Comprender y promover el concepto de la no dicotomía nosotros - ellos

Se deben hacer esfuerzos para crear una estructura que reduzca las barreras entre el que ayuda y el que es ayudado. El que es ayudado (o miembro) debe ser visto como poseedor de capacidades y potencialidades equivalentes a las del que ayuda (miembro del equipo, facilitador, coordinador). En una comunidad terapéutica los miembros se ayudan a sí mismos y entre ellos; mientras que el equipo, o los coordinadores, facilitan el proceso. El hecho de que los "coordinadores sean remunerados y los

miembros no, hace imposible que esta dicotomía se elimine completamente. El fomentar esta dicotomía refuerza el modelo de servicio tradicional en el cual los miembros se convierten en pacientes indefensos mientras que las personas que conforman el equipo se convierten en personas autoritarias. El reforzar la incapacidad de los miembros de una comunidad terapéutica no contribuye al proceso de aprendizaje social. La condición de terapeuta o coordinador no debe ser obstáculo que interfiera la comunicación, si ésta se lleva a cabo en un contexto de vocación auténtica.

E. Comprender y fomentar el ascenso y el sistema de privilegios

Nada en una comunidad terapéutica (excepto por supuesto los derechos humanos) se logra sin que el miembro se lo haya ganado. El sistema de ascensos y premios así como las sanciones impuestas son claramente explicados y comprendidos por cada uno de los nuevos miembros de la comunidad. Ejemplos de los privilegios que pueden ser ganados en algunas comunidades terapéuticas incluyen días de asueto, escribir cartas, hacer citas, avances dentro de la estructura de la comunidad. El estatus y reconocimiento ganados son mucho más permanentes; los privilegios que no son ganados son rápidamente tomados por hecho, fomentando una actitud de egoísmo en los miembros de la comunidad. El paradigma psicológico que sustenta esta competencia es el condicionamiento operante, donde los privilegios son reforzadores positivos que van a mantener e incrementar los comportamientos adaptativos.

F. Comprender y practicar el concepto de actuar como si estuviera complacido o feliz.

Si una persona actúa de un modo específico por un tiempo considerable; pronto se sentirá identificada con ese proceder y, en efecto, reorientará su estilo de vida en esa dirección. La comunidad terapéutica enfatiza el hecho de actuar como si se estuviera complacido o feliz, así los miembros del personal se sientan mal. El hecho de actuar de este modo apoya filosóficamente al medio de la comunidad terapéutica el cual, a su vez, apoyará el hecho de que los miembros actúen positivamente, etc. Las actitudes de abatimiento y depresión son a menudo contagiosas en una comunidad pequeña y los problemas individuales de uno pueden tornarse en una crisis de importancia para todos. La base científica de esta competencia está dada por las autoinstrucciones que generan comportamientos que tienen consecuencias positivas lo cual permite incorporarlas; y, finalmente -por aprendizaje cognitivo-procesarlas y guardarlas en la memoria remota en forma de esquemas racionales, pasando a formar parte del repertorio comportamental de la persona.

G. Comprender la necesidad de un sistema de creencias dentro de la comunidad

En la comunidad terapéutica tradicional esta competencia ocupa un lugar central y no se refiere al concepto de lo religioso, sino más bien a la trascendencia; a la creencia en un Ser supremo. En otras comunidades, como la de Ñaña, esta competencia no es explícita en el programa, pero obvia y seguramente está implícita. Se facilita para que las decisiones, actitudes y aun rituales en relación a esta competencia sean de decisión personal y privada. Pero las

iniciativas que emerjan en relación a ello son facilitadas reforzadas.

H. Comprender la relación entre pertenencia e individualidad

Generalmente, la prioridad de la fase inicial en la comunidad terapéutica es la propiedad y la pertenencia; en tanto que la individualidad y autorealización son enfatizadas en la última fase. La pertenencia connota un sentido de propiedad e identificación con la comunidad y la gente involucrada en ésta. Fomentar la pertenencia alienta la creencia entre sus miembros en que la comunidad terapéutica los ayudará; los alienta a realizar actividades en equipo y estimula el espíritu de grupo el cual, a su vez, ayuda a la autoestima, minimiza la necesidad de ser ellos mismos (en el sentido egoísta) y el buscar una identidad personal requiere de apoyo, lo mismo que fomentar un sentido de propiedad en el programa. La pertenencia y la individualidad mantienen una relación dialéctica a través del programa, aunque el énfasis en la pertenencia se da al principio en tanto que la individualidad se enfatiza al final. Demasiado énfasis en la pertenencia, fomenta el cultismo y la devoción no controlados a una causa; en tanto que el sobre énfasis en la individualidad, puede dar base al egoísmo causando que la persona pierda de vista la necesidad de apoyo y de ayuda de los otros. Ambos modos -cultismo y egoísmo- son maneras de interpretación generadas por esquemas, creencias o concepciones irracionales.

I. Comprender y practicar la necesidad de mantener registros exactos

Es importante que los procesos de cambio sean registrados de acuerdo a las exigencias científicas, porque será la única manera de seguir demostrando que los principios y procedimientos de la comunidad terapéutica son válidos. Los autoregistros además cumplen con un rol terapéutico de suma importancia, al funcionar como un instrumento de retroalimentación que es fundamental en el proceso de aprendizaje.

J. Comprender y facilitar el proceso grupal

Los seres humanos tendemos a vivir en grupos. Las interacciones de los miembros del grupo, y de éste con cada uno de sus miembros, influyen notablemente en el comportamiento. La comunidad terapéutica es un grupo y, por lo tanto, los principios del proceso grupal deben ser reconocidos, modificados -sí es pertinente- y estimulados por todos y cada uno de sus miembros y en especial por los operadores. La comprensión y manejo de las variables que regulan las interacciones en el grupo se facilitan por sus características y, sobre todo, por la organización y estructuración de la comunidad terapéutica.

2.5.6. Técnicas cognitivo conductuales utilizadas en la institución "Centro Cristiano Una Nueva Luz"

Las competencias forman parte de la vida en la comunidad, y los miembros las incorporan en función de los principios del aprendizaje y la aplicación de técnicas o intervenciones terapéuticas. Así pues, a fin de poder crear, mantener y preservar el ambiente terapéutico -que es connatural a la

propuesta de comunidad terapéutica- todo el personal y los miembros de la misma pueden beneficiarse del conocimiento, práctica y manejo de ciertas técnicas propias del modelo cognitivo conductual. Algunas de ellas son: técnicas operantes, moldeamiento, modelamiento, modelamiento encubierto, autocontrol, resolución de problemas, modificación de esquemas, aprendizaje didáctico, retroalimentación, técnicas cognitivas, principios de organización y terapia de grupo. En el cuadro 2 se presenta la relación de competencias y las técnicas conductuales útiles para su desarrollo.

Algunas de estas técnicas se utilizan en el encuadre terapéutico, bajo condiciones de tratamiento psicoterapéutico; asimismo son adecuadas para favorecer el cumplimiento de los objetivos terapéuticos del programa de tratamiento en los diversos ámbitos comportamentales, dentro de un plan de rehabilitación integral. También pueden ser utilizadas durante las actividades diarias en la comunidad terapéutica como un instrumento útil para crear, recrear y preservar el ambiente terapéutico; así como para realizar mejor las diversas competencias.

COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES

COMPETENCIAS	TÉCNICAS CONDUCTUALES
Comprender y promover la autoayuda y la ayuda mutua.	• Moldeamiento, Modelamiento, técnicas operantes y cognitivas.
Comprender y practicar el modelamiento de roles positivos.	• Modelamiento
Comprender el aprendizaje social ver-sus el aprendizaje didáctico.	• Modelamiento
Comprender y promover el concepto de la no dicotomía nosotros-ellos.	• Moldeamiento, Modelamiento
Comprender y fomentar el ascenso y sistemas de privilegios.	• Modelamiento Técnicas operantes.
Comprender y practicar el concepto de actuar como sí.	• Modelamiento, modelamiento encubierto, autocontrol.
Comprender la necesidad de un sistema de creencias dentro de la comunidad.	• Modelamiento
Comprender la relación entre pertenencia e individualidad.	• Resolución de problemas, autocontrol, modificación de esquemas
Comprender y practicar la necesidad de mantener registros exactos.	• Aprendizaje didáctico, retroalimentación
Comprender y facilitar el proceso grupal.	• Modelamiento. Técnicas cognitivas, técnicas operantes, resolución de problemas, autocontrol, principios de organización y terapia de grupo

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A. Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

Álvarez Díaz, Sandra; Morriberon Velez, Giovanna Ramírez Yerba, Oscar Sardón Rossel, Jamileth Quintana Truyenque, Shirley Velarde Agosta, Héctor.

Título:

"FACTORES DE RIESGO: ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES"

Conclusiones:

Se identificó en un estudio anterior 14% de adolescentes alcohólicos en Arequipa. En el presente estudio se trata de identificar los factores de riesgo para alcoholismo en adolescentes. Se administró el MAST (Michigan Alcoholic Screening Test) y el CAGE a 2 143 estudiantes adolescentes en la ciudad de Arequipa. Los resultados demostraron una mayor proporción de padres analfabetos entre los adolescentes alcohólicos (3.38%), también se encontró un número mayor de familias divorciadas (30.6%) entre los alcohólicos (normales 21.6%), la dinámica familiar en la mayoría de familias divorciadas se encuentra alterada. Se encontró familias nucleares y de clase social alta entre los adolescentes alcohólicos.

B. Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

Autor: Zegarra Bustamante, José Luis

Título:

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECUPERACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTO AYUDA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA 2009"

Conclusiones:

1. Los Miembros de Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de Arequipa son mayoritariamente varones (79.6%), con ligero predominio de los menores de 40 años (38.6%), no hay analfabetos ni personas con instrucción primaria, sólo el 40% no tiene una relación estable de pareja, el 67.1% manifestaron tener un trabajo independiente.
2. El soporte familiar fue insuficiente antes de ingresar a los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de Arequipa en el 60% de los miembros, durante su participación en los grupos de autoayuda el 68% presentaron un soporte familiar suficiente.
3. La participación en el grupo de autoayuda, la edad, la ocupación, el soporte familiar durante la práctica efectiva del programa, son factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de Arequipa.

C. UNIVERSIDAD DE MÉXICO

Pérez-López, Cuautémoc G. González U., Lourdes. Rosovsky, Haydeé. Casanova R., Leticia. Título:

"LA MUJER EN LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS".

Conclusiones:

México y otros 7 países participan en el Estudio Colaborativo Internacional sobre Alcohólicos Anónimos (AA). El proyecto incluye una encuesta en una muestra de grupos de AA. En la Ciudad de México se obtuvo información de 142 grupos, de 204 juntas o reuniones de AA y de 548 miembros de la organización por medio

de cuestionarios semejantes a los utilizados en los demás países participantes, con el fin de poder hacer comparaciones transculturales. La información obtenida hasta el momento señala algunos aspectos de la participación de la mujer en AA. Las mujeres representaron el 9.1% de la membrecía de AA, y sus actividades y formas de afiliación a la organización tienen características particulares.

D. Universidad de Michigan EE.UU.

Richard N. Cloud, Ph.D. Craig H. Ziegler M.S.; Richard D. Btondell, M.D.

Titulo:

¿QUÉ SIGNIFICA AFILIACIÓN A ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS?

Conclusiones:

Un creciente cuerpo de evidencia investigativa apoya el uso de afiliación a programas de 12 pasos como adyuvante efectivo y postcuidado luego del tratamiento formal. Recientemente, se han desarrollado tres medidas breves (9010 elementos) de afiliación. Sin embargo, las escalas breves son difíciles de interpretar, y la cuestión sobre qué es exactamente la afiliación (o desafiliación) permanece sin esclarecerse.

4. OBJETIVOS:

- 1.** Identificar las formas de participación familiar en la rehabilitación de los pacientes alcohólicos internos del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma – 2014

2. Precisar cómo se lleva a cabo la rehabilitación de los pacientes alcohólicos internos del centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma.- 2014
3. Establecer la relación que existe entre la participación familiar y la rehabilitación alcohólicos internos del centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz" - La Tomilla - Cayma.- 2014

5. HIPÓTESIS:

Dado que dentro de las causas multifactoriales del alcoholismo se encuentra la familia, como núcleo de formación de la persona y que el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es un padecimiento que afecta tanto al adicto como a aquellos que lo rodean.

Es probable que la participación familiar potencie el proceso terapéutico de rehabilitación del alcohólico, por la importancia que ésta representa en nuestra cultura para su inclusión social.

IV. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas e instrumentos de verificación.

1.1. Técnicas

Para la recolección de datos se utilizará la técnica cédula de preguntas.

1.2. Instrumento:

Para la variable Participación Familiar se utilizará la cédula de preguntas de Duke-Unc: Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32 . Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo familiar percibido bajo (Anexo II).

Para la variable Rehabilitación de alcohólicos se utilizará como instrumento la cedula de preguntas de Procesos de Cambio (Tejero, Trujols y Hernández, 1990; Tejero y Trujols, 1994)³⁹.

Autoinforme de 40 ítems (cuatro para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio) desarrollado conforme a las directrices teóricas

³⁹ Tejero, A. Trujols, J y Hernández, E. (1990): The process of change in heroin addicts: A preliminary report. Poster presentado al XX European Congress on Behaviour Therapy. París.

que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente, y basado en el inventario de procesos de cambio desarrollado por estos autores para alcohólicos (DiClemente y Prochaska, 1985). Consta de una escala Likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan las distintas estrategias cognitivo-conductuales descritas para cada uno de los ítems.

Las puntuaciones en cada proceso oscilan entre 0 y 12. La finalidad del instrumento es la de identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente (y conocer por tanto en qué estadio de cambio se encuentra). De esta forma el terapeuta puede conocer que estrategias puede utilizar con el paciente, para que éste desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio, en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia. Los autores han utilizado una versión de dicho instrumento para los pacientes del grupo alcohol (Anexo III).

2. Campo de verificación.

2.1. Ubicación Espacial.

El estudio se realizará en el ámbito del Centro de Rehabilitación "Una Nueva Luz", situada en la Calle Vicente Ángulo 340 La Tomilla Cayma - Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal.

El horizonte temporal del estudio será entre los meses de Mayo del 2015 a Setiembre del 2015, por lo tanto es un estudio coyuntural.

2.3. Unidades de estudio.

Las unidades de estudio están constituidas por los pacientes alcohólicos del centro de rehabilitación y sus respectivos familiares.

2.4. Universo.

Está formado por 30 pacientes internos que constituyen el 100% de la población.

3. Estrategia de Recolección de datos.

Para efecto de la recolección de datos, se coordinará con el Director de la Institución una Nueva Luz.

La duración del estudio está prevista para cinco meses y la recolección de datos entre 2 semanas aproximadamente.

Se remarcará el carácter anónimo del formulario, así como la sinceridad de las respuestas emitidas para el éxito del estudio.

Será preciso coordinar con los pacientes y familiares la fecha y hora de la aplicación del instrumento, así como la clarificación de dudas que pudiera surgir.

Una vez recolectados los datos, estos se sistematizarán estadísticamente para el análisis, interpretación y conclusiones finales.

4. Cronograma de trabajo.

Tiempo	Mayo 2014				Junio 2014				Julio 2014				Agosto 2014				Setiembre 2014			
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del proyecto	X	X	X	X	X															
2. Desarrollo del Proyecto																				
- Recolección de datos						X	X													
- Sistematización								X	X	X	X									
- Conclusiones y sugerencias													X	X	X	X	X			
3. Elaboración del informe																	X	X	X	X