

LA EDUCACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE CASOS DE ADICCIONES AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

LA EDUCACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE CASOS DE ADICCIONES A DROGAS

AUTORES: Tatiana Josefina Cedeño Barberán¹

Herman Arnulfo Cevallos Sánchez²

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: tatyjosefina@hotmail.com

Fecha de recepción: 23 - 11 - 2017

Fecha de aceptación: 12 - 01 - 2018

RESUMEN

En el presente artículo se pretende compartir algunas experiencias de educación familiar y su importancia en el tratamiento clínico con el propósito de reestablecer las áreas psicológicas y sociales en personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. El estudio se realizó en el centro de especialidad de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), en la Provincia de Manabí, Ecuador. Se asumieron 10 estudios de casos de pacientes en edades de 18 a 25 años, tomando indicadores de medición cualitativa en el análisis comparativo. Se acredita como resultado, la recuperación psico-afectiva de valoración personal y familiar con la incorporación de los participantes a la sociedad y al campo laboral. Se concluye que es de suma importancia la voluntad propia del paciente en tomar el programa para su recuperación, así como la participación familiar como elemento sustantivo que componen las áreas de análisis para su abordaje.

PALABRAS CLAVE: Abordaje familiar; abordaje psicodinámico; abordaje cognitivo; abordaje conductual.

FAMILY EDUCATION IN THE TREATMENT OF CASES OF ADDICTIONS TO ALCOHOL AND OTHER DRUGS

ABSTRACT

In this article, we intend to share some experiences of family education and its importance in clinical treatment with the purpose of reestablishing psychological and social areas in people with problematic alcohol and other

¹ Psicóloga Clínica, Contratada como Servidor Público del Ministerio de Salud Pública en calidad de Psicóloga Clínica del Centro de especialidad de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas; Manabí, Ecuador. Estudiante de la Especialidad en Orientación Familiar Integral. Instituto de Postgrado. Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.

² Ph.D. en Docencia Universitaria. Profesor de Química y Biología, Auxiliar Tiempo Completo del Instituto de Ciencias Básicas de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador. E-mail: hcevallos@utm.edu.ec

drug use. The study was carried out in the specialty center of treatment of problematic consumption of alcohol and other drugs (CETAD), in the Province of Manabí, Ecuador. We assumed 10 case studies of patients aged 18 to 25 years, taking indicators of qualitative measurement in the comparative analysis. It is credited as a result, the psycho-affective recovery of personal and family valuation with the incorporation of the participants to the society and to the labor field. It is concluded that it is very important the patient's own will to take the program for recovery, as well as family participation as a substantive element that make up the areas of analysis for its approach.

KEYWORDS: Family approach; psychodynamic approach; cognitive approach; behavioral approach.

INTRODUCCIÓN

El origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las mismas, hace necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos o áreas psicológicos y sociales del paciente, tomando como punto sustantivo la atención e inclusión de la educación orientadora de la familia para fortalecer las relaciones afectivas y reestablecer la comunicación y convivencia humana del ser como principio básico de la recuperación del paciente.

La adicción es una enfermedad propiamente familiar, cuyas principales características clínicas son: maletín de doble fondo, paternidad maligna, infierno familiar y disfunción familiar. El presente trabajo integra conceptos actuales acerca de las adicciones y complementados con los correspondientes conocimientos convencionales vigentes. La aplicación de los conceptos convencionales vigentes relativos a las adicciones (CIE-10 y DSM-5), limita drásticamente la posibilidad de rehabilitación integral y masiva del adicto a largo plazo. Por el contrario, estos conocimientos de afrente reduccionista favorecen la cronificación de la enfermedad adictiva, la minimización o exclusión del rol de la familia en la génesis, sostenimiento y abordaje terapéutico, lo que conduce a la creencia errónea de su incurabilidad.

Es claro que las consecuencias que acarrea el consumo de drogas son de una gran relevancia, tanto en la esfera individual, social, pasando por la familia, orden público, económica, entre otras. Aunque los problemas acarreados por alcohol y el tabaco, desde un punto de vista de salud pública, son superiores a los producidos por la heroína, los ligados a esta sustancia tienen normalmente más trascendencia social debido a la alarma social que algunas veces se asocia a su consumo (robos, violencia, sobredosis, entre otras).

Urge proponer intervenciones holísticas alternativas que viabilicen resultados evidentes, sostenibles, de impacto masivo y esperanzador para el adicto, la familia y la colectividad; refiere (Pineda, 2002) que la “psicoterapia como parte

del tratamiento, pues consideramos imprescindible un plan psicoterapéutico coadyuvante, que incluya al grupo familiar de apoyo, para la reinserción social y rehabilitación del adicto” (pág.1-2). Por otra parte (Secades G. , 1999 - 2007), indica que el consumo abusivo de las drogas no se excluye a ningún país en el mundo y adiciona, que hace “tres décadas de investigación en drogodependencias han demostrado, que el tratamiento, independientemente en centro de tratamiento, supone una mejoría para los pacientes. (pág.16).

Para abordar la cuestión central, si funciona o no el tratamiento, se realiza una evaluación del tratamiento para drogodependientes que tratan de comprobar si un determinado abordaje produce los resultados esperados bajo ensayos clínicos controlados.

Según los dos referentes de los tratamientos terapéuticos se basan en evaluaciones finales de resultados óptimos para seguir en el incremento del abordaje en centros de rehabilitación, es así como cada abordaje con su propia originalidad al tratamiento ha dado lugar aún buen proceso de recuperación.

Los pacientes del CETAD, son los sujetos de estudio en el marco de casos analizados, considerando el ámbito clínico, en el cuál aparece la educación familiar como protagonista del abordaje o tratamiento terapéutico, implicando que a la familia no se la incluye única y exclusivamente en el ámbito de la orientación familiar, los encuentros de educación familiar consiste en propiciar a los involucrados, conocimientos específicos del problema con un enfoque humanista que va desde la inducción de las condiciones psicológicas del sujeto hasta el involucramiento del sujeto en un contexto social, afianzando la aceptación del reconocimiento del problema para poder sobrellevar cargas y responsabilidades compartidas en la convivencia humana; acercando al paciente a si mismo con su propia valoración y a la familia como vinculo de su propia existencia y como objetivo de apoyo en su recuperación; se suma a esta acción las sesiones de confrontación; para lo cual ya la familia está preparada para entender, aceptar, discutir y proponer conscientemente acciones de responsabilidades compartidas.

Todo el procedimiento expuesto permite, conocer, observar situaciones reales sucedidas en la práctica diaria, facilitando el análisis de las acciones, procedimientos, actitudes, conocimientos y habilidades desarrolladas o aplicadas en la atención problémica para poder plantear mejor prácticas, intervenciones y estrategias de intervención.

Se propone asumir este trabajo investigativo como método de análisis, pudiéndose abordar el tratamiento de personas con consumo de drogas, con casos reales, extraído de la práctica asistencial tras reconstruirlo, permitiendo así analizar experiencias vividas y articularlas con la teoría, para posteriormente volver a aplicarlas en la práctica.

Este análisis de estudio en relación al programa del CETAD implica un impacto educativo, psicosocial significativo, considerándose como base de información elemental para la formación de profesionales, además fomenta la reflexión y

capacidad de resolver problemas mediante pensamiento crítico; potencia el diálogo entre profesionales y pasantes, mediante el cual se pueden compartir formas de comprensión, permitiendo reconstruir significados a través de la educación familiar como medio de integración e inclusión social.

DESARROLLO

Hablar de adicción es adentrarse a una situación de conflicto e inestabilidad de sujeto en el ámbito personal, emocional, inserto en el concepto amplio del área psicosocial, sin descartar que es una forma de vivir para el sujeto y la manera de relacionarse e identificarse en un contexto que lo define el sujeto bajo su propia apreciación; (Peele, 1985) refiere que “La adicción es un estilo de vida, una forma de interactuar con el mundo [...], una manera de interpretar”. (pág.69).

La verdadera realidad asiste que la persona queda atrapada en una sustancia por el vacío de algo, ya sea en el área psicológica, familiar o social, algo que va dejando huellas creando dependencia cuando se conoce el individuo con la sustancia como una manera de aliviar su dolor emocional, pero es ahí que el abordaje terapéutico que realice el profesional trabajara aquellas áreas; de acuerdo al caso se analizan las áreas y de acuerdo a las consideraciones asistidas se elabora el plan terapéutico.

La importancia de incluir a la educación familiar consiste en crear un contexto integral de atención, en el que se propicie un ambiente óptimo de comunicación intencionada en el margen de la comprensión, del respeto y respaldo, con alto grado de compromiso y responsabilidades compartidas; es por ello, que los profesionales en educación, perfilados en el campo de la orientación familiar y la psicología juegan un papel importante en el tratamiento de recuperación.

Estas implicantes permiten analizar y saber el objetivo de las áreas psicológicas y sociales desde el ámbito familiar, lo que crea un alcance para poder realizar un abordaje terapéutico. En estos casos, acompañando las sesiones de orientación familiar, la terapia de conducta se aplica a señales observables empíricamente: la medición científica, el positivismo, lo experimental.

La familia es un complejo mundo en el que sus integrantes juegan roles y asumen funciones con responsabilidad compartida, en algunos contextos (biológica, económica, espiritual, educativa, social, solidaria, psicológica), favoreciendo la convivencia humana; es aquí, donde entran los integrantes de la familia, con la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, cómo lo viven y cómo se manifiestan en sus miembros. Todos se vuelven parte de un modelo interactivo e integrado ante la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas.

De esta manera, el área psicológica se acopla de forma inherente (conducta, pensamientos y emociones) y juega un rol también importante para ser personas de psiquis fuerte o psiquis débil; adicionalmente, la teoría nos dice que una persona con adicción comienza desde la asociación estímulo –

respuesta, es decir lo que recibe o recepta a su alrededor va a contribuir a este ser un ser decidido y fuerte de psiquis y va a tener una conducta favorable o desfavorable.

El cognitivismo o pensamientos aboga por el regreso al interior de la persona en base a que ésta posee niveles cognitivos, constructos. Hoy en día la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, combinándose con otras técnicas, ofrece un tratamiento adecuado para estos pacientes, a través de un proceso cognitivo que llega a lo emotivo y conductual, donde no sólo se trabaja con sus ideas irracionales sino también con los sentimientos inadecuados y las conductas inapropiadas.

Abordaje del tratamiento familiar

(Becona y Cortés- Girón, 2008 - 2002) cita que la introducción de las familias en el desarrollo de planes terapéuticos globales ha supuesto un éxito: al reducir las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de la desintoxicación y por recidivas tempranas, aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias pos tratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

Los modelos encaminados hacia la resolución de problemas tienen en común que son intervenciones breves, focalizadas y muy prácticas y han experimentado un amplio desarrollo en las cuatro últimas décadas; desarrollaremos dentro de este tipo de modelos: el modelo estructural, los modelos estratégicos, el modelo estructural-estratégico, los modelos sistémico-constructivistas, así como los modelos conductuales y psicoeducativos. (Apuntes de Psicología, 2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 339-362)

Desde este modelo el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se va a centrar en la función que cumple este síntoma en el sistema familiar. (Alarcón, García , C, & Gracia, 2015) “El estilo educativo indulgente, actuando fundamentalmente mediante el afecto y no con la imposición, ejerce un factor protector independientemente de la peligrosidad del barrio. Se destaca la importancia de fomentar esta actuación parental en programas de prevención e intervención, promocionando estrategias educativas específicas que mejoren el afecto, la comunicación y la implicación parental”.

La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar, tanto así que el contexto también se intoxica con fusión de problemas (malos humores, depresiones, nostalgias, inadecuados pensamientos, rebeldías, entre otros), llegando a provocar conflictos como peleas (agresiones físicas, verbales y/o psicológicas). Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas, son problemas que presenta el adolescente, son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente, (Szapocznik, 2003 - 2000).

Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. La intervención del terapeuta se orienta en el sentido de eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

(Calvo Botella, 2007) considera que “ la intervención familiar desde una óptica más amplia, resulta de especial interés en el ámbito de las conductas adictivas, ya que no es infrecuente encontrar individuos con contactos nulos o escasos con los miembros de la familia “tradicional”, lo que figura a la familia desde el concepto propio de su génesis, lo que atribuiría un vínculo negativo y perjudicial para el tratamiento de rehabilitación/integración; es por ello, que la educación familiar es prioritaria en estos casos, orientando su participación conscientes con nuevos paradigmas para encontrar la figura de apoyo en la recuperación del paciente.

En todo programa de tratamiento se persiguen dos objetivos fundamentales: a) que el adolescente deje de consumir drogas y cesen las conductas problemáticas y b) modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma. (Apuntes de Psicología, 2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 339-362).

La terapia que se desarrollan para el abordaje a la familia son:

- Terapia familiar multisistémica.
- Terapia familiar breve estratégica.
- Terapia familiar multidimensional.
- Terapia conductual familiar y de pareja.

Los consumos de drogas se difunden por el conjunto del tejido en el área social, perdiendo su exclusividad juvenil. Por otra parte, pierden importancia simbólica como indicador de preocupación social en cuanto que la mayoría de tales consumos no llegan a ocasionar efectos dañinos en sus consumidores, al menos a corto plazo, y son realizados por sujetos integrados socialmente.

En este sentido, parece razonable buscar un equilibrio que ayude a desterrar el tremendismo característico de otros tiempos, sin caer por ello en la indiferencia social. Es por aquello se le ayude a reconocer que es lo bueno y lo malo, poder ser individuos con habilidades sociales sin ser indiferente con lo que sucede a su alrededor. Siguiendo en consideración las siguientes recomendaciones para el abordaje terapéutico:

- Capacidad para establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias
- Estilo relacional: actitudes personales en las relaciones sociales
- Responsabilidad y conflictividad social

El área familiar también debe plantearse objetivos y expectativas que después se podrán ir redefiniendo para realizar abordaje terapéutico familiar, porque la familia contribuye a que el síntoma se incremente o disminuya.

En ocasiones el tipo de familia sea hogares muy permisivos o castigador o castigador no permitirá que el paciente progrese en el tratamiento, por lo tanto, es importante trabajar con ella tratando que la familia deje de ser codependiente y sea un hogar de tipo democrático, compresivo, con vías de comunicación. Es por eso que el paciente se recupera y la familia también tiene que hacerlo.

Es el caso de las familias donde uno de sus miembros ha desarrollado una adicción. En tales ocasiones el terapeuta actuará con más determinación y control, ya que el usuario suele estar más desmotivado.

Para aquello debemos seguir en consideración lo siguiente para el abordaje terapéutico:

- Estructura y dinámica familiar:
- Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente.
- Significado del consumo en la familia.
- Identificación de la función del consumo.
- Generación de alternativas
- Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad.
- Transmisión de patrones de conducta relativos a relación emocional y violencia.
- Roles asignados.

Abordaje cognitivo y conductual

(Keegan, 2012) señala que “No quedan demasiado lejos los tiempos en los que el tratamiento de las conductas adictivas se enmarcaba dentro de un modelo de carácter estrictamente médico”. Por otra parte (NIDA, 1999) indica que afortunadamente en los últimos años se ha consolidado un abordaje más lógico y racional de naturaleza biopsicosocial y, se ha asumido por parte de las instituciones y de los distintos profesionales, la importancia fundamental de la terapia psicológica en el tratamiento de la adicción a drogas.

La (Association, APA, 2000), refiere que no obstante no todos los tratamientos psicológicos han demostrado ser útiles en el ámbito de la adicción a drogas. Los tratamientos con mayor validez empírica en este campo se enmarcan en un abordaje de orientación cognitivo-conductual

La terapia breve cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los

problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. De esta manera, (Cameron, 1982) define que la filosofía de la intervención está basada en la consideración del cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Además, hace su aporte con el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

- Manejo de contingencias
- Exposición a señales
- Prevención de recaídas
- Detección de pensamiento
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones
- Reestructuración cognitiva
- Auto informes.
- Técnica de relajación.

Abordaje psicodinámico

(Korman, 2009) Haciendo una simplificación que no pretende ser abarcativa de la teoría psicodinámica en su totalidad, podríamos decir que desde el psicoanálisis una de las propuestas sería ayudar al ver al sujeto que está “sujetado” a la droga de qué manera las identificaciones que han participado a lo largo de su biografía en la estructuración de la personalidad, han dado lugar a que la droga “encaje”.

El consumo de sustancias y la droga es concebida como la causa de mal, se trata de intentar explorar los motivos psicológicos que han empujado a la persona al consumo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente. Se considera que desconectar el fenómeno adictivo de la estructura subjetiva, los acontecimientos que han vivido a lo largo de su existencia, su contexto familiar, social, laboral, económico, etc. es fomentar una visión parcial del sujeto -reduciéndolo a un conjunto de neurotransmisores que determinarían todas sus conductas- que además no favorece la persona se responsabilice por sus prácticas adictivas sino más bien una actitud pasiva en el sentido de “el especialista curará mi cerebro alterado” (Colección Triburgo. Madrid. pág.288).

En el psicoanálisis, una persona no entra si no revela para sí un síntoma, o dicho de otra forma, si el sujeto no reconoce dicho síntoma no se puede decir que esté en análisis. El síntoma, pues, tiene que ser expresado por el propio paciente.

Frente a esto, el psicoanálisis tiene una respuesta: la que pasa por lo particular del uno por uno. La forma particular de abordar la castración -castración entendida como pérdida, como falta constituyente del ser humano- el psicoanálisis nos vino a decir que este hecho se puede reproducir en forma de afecto, de significante o imagen, y que por medio de la palabra podemos aliviar la angustia y el malestar, lo cual viene a inaugurar lo que entendemos hoy en día por terapia.

Todo el proceso analítico comienza a desenvolverse bajo una estructura oscilante, movediza, bajo un síntoma que hace olvidar al sujeto todo lo que le rodea y que únicamente le deja ese signo que destrona a todo lo demás. Lo que significa que el sujeto intenta satisfacer sus propias necesidades en función del vacío que no encuentra llenar, envolviéndolo en mayores ansiedades, de carácter frustrante.

En general, el problema que traen las personas satisface la angustia por todo lo que rodea a esta problemática de la adicción, pero a medida que va avanzando el tratamiento las personas suelen descubrir otra suerte de cosas que tienen que ver más con ellos mismos que con las sustancias o con el objeto de que dependían.

Las técnicas más utilizadas con este enfoque psicodinámicos son:

- Terapia de soporte expresivo
- Terapia interpersonal
- Focalización
- Confrontación
- Clarificación
- Señalamiento
- Escucha y validación enfática
- Análisis de la transferencia
- Interpretación focalizada y cribada
- Elaboración
- Dramatizaciones

METODOLOGÍA

En la metodología se plantea la descripción de 10 casos clínicos y las áreas de análisis, obsérvese en tabla 2 y tabla 1, y abordajes terapéuticos en la tabla 3, desde la relación inherente que existe entre las áreas psicológicas, sociales y familiares. Para conducir estos procesos investigativos se aplicó la revisión documental y bibliográfica.

Se lleva a efecto el estudio en el Centro de Rehabilitación del Estado CETAD; bajo el modelo de intervención: Prueba piloto ASSIST considerando que la

aplicación de este instrumento genera la base de datos inicial para distinguir al paciente bajo su referente clínico y poder establecer el tratamiento acorde al requerimiento. A nivel de tratamiento se implementa con Terapias Cognitiva – conductual, Terapia Humanística, Terapia psicoanalista y variedades de técnicas. (OMS, (1992))Detección de Diagnóstico Mental con el MANUAL CIE-10. (código F.10- F.19).

Además, se debe distinguir que la aceptación del paciente es libre y voluntaria, no obligada; este es el primer indicador que diferencia el tratamiento de los muchos que hay y que se llevan a efecto en otros centros de rehabilitación.

Con cada paciente se aborda terapia individual de 3 por semana, 2 veces al día terapias grupales. (Velásquez-Martínez, 2014) define que las terapias grupales, adaptadas para ejecutarse en conjunto con terapias cognitivo-conductuales y mencionado es importante mantener un abordaje multidisciplinario para el tratamiento. (pág. 28-117).

Sin embargo, en consideración a las sesiones ideales que deberían mantenerse con el grupo familiar sería al menos una vez por semana.

Tabla 1. Identificación de pacientes en relación al tipo de drogas que consumen

| Paciente | TIPOS DE DROGAS | | | |
|----------|-----------------|------------|---------|------------------|
| | Base de cocaína | de Heroína | Alcohol | Múltiples drogas |
| A | | X | | |
| B | | X | | |
| C | | X | | |
| D | X | | | |
| E | X | | | |
| F | X | | | |
| G | | | X | |
| H | | | | X |
| I | | | | X |
| J | | | | X |

Fuente: Datos tomados del registro de historial clínico del CETAD

Tabla 2. Relación de pacientes de acuerdo al área de análisis.

| PACIENTE/ No. HISTORIAL | ÁREA PSICOLÓGICA | ÁREA FAMILIAR | ÁREA SOCIAL |
|----------------------------|---|--|---|
| A (27) | Reducción de rasgos agresivos. Fortalecimiento de autoestima. Se ayudó a clarificar la figura paterna, con terapia de perdón. | Comunicación familiar. Disminuir el riesgo de recaída post-tratamiento. Familia disfuncional pero dispuesto al apoyo del participante. | Se logró el balance decisional sobre conductas de riesgo/conductas alternativas. Ser selectivo para escoger amistades. |

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| B(18) | <p>Refuerza expectativas positivas de cambio.</p> <p>Refuerza sentimientos de Autoestima y auto-eficacia.</p> <p>Se trabaja con reducción de agresividad, pero participante no se adapta al proceso residencial por falta de voluntad al cambio.</p> | <p>Se trabaja con la psi coeducación familiar. Pero como es una familia disfuncional, existe poca colaboración.</p> | <p>El lugar por donde vive es un ambiente negativo.</p> |
| D(47) | <p>Se trabaja con reducción de agresividad.</p> <p>Fortalecimiento de autoestima y rasgos de ansiedad, por el rechazo a si mismo que tenía.</p> | <p>Familia: madre viuda, pero se compromete al apoyo de su hijo.</p> <p>Se realiza mejora en cuestión de la comunicación.</p> | <p>Si puede realizar un balance en cuestión de sus amistades en el lugar donde se desenvuelve.</p> |
| E(39) | <p>Se trabaja con reducción de malos hábitos.</p> <p>Se trabaja con herramientas de autocontrol por sus rasgos agresivos.</p> <p>Se puede observar un buen concepto de sí mismo y de cambio.</p> | <p>Familia funcional.</p> <p>Esposa se compromete al cambio y confianza en el proceso.</p> <p>Se mejora la comunicación familiar con respeto y afecto.</p> | <p>Con los factores protectores él puede escoger muy bien sus amistades en el lugar donde habita.</p> |
| F (30) | <p>Se trabaja reducción de ansiedad.</p> <p>Se reduce sentimiento de inferioridad fortaleciendo su autoconcepto.</p> | <p>Familia funcional.</p> <p>Se compromete al cambio.</p> <p>Se fomenta el apoyo y principalmente a la comunicación dentro de la familia.</p> | <p>Sabe distinguir lo bueno de lo malo.</p> <p>Escoge bien a las amistades.</p> |
| G(33) | <p>Se trabajó sus malos hábitos,</p> <p>Se trabajó en cuestión del tema de las normas.</p> <p>Se mejora la autoestima e inseguridades.</p> <p>Se reduce rasgos agresivos.</p> | <p>Familia disfuncional.</p> <p>Madre se compromete con el cambio de su hijo.</p> <p>Se fomenta la comunicación y apoyo.</p> | <p>Sabe escoger a los amigos.</p> <p>Utiliza el plan de contingencia en caso de factores negativos.</p> |
| H(47) | <p>Se trabaja sus pensamientos distorsionados.</p> <p>Se trabaja el rechazo de la figura materna dirigida hacia él.</p> <p>Se trabaja con pensamientos suicidas.</p> <p>Se trabaja con el valor de su persona.</p> | <p>Familia disfuncional.</p> <p>Apoyo de la pareja y su hija actualmente.</p> <p>Se compromete a las terapias familiares.</p> | <p>Se encuentra aprendiendo el plan de riesgos en cuestión de la elección de amistades.</p> |
| I(52) | <p>Se trabaja en reducción de agresividad.</p> <p>Fortalecimiento de</p> | <p>Apoyo familiar.</p> <p>Mejora comunicación.</p> | <p>Se acoge al plan de reducción de riesgos.</p> <p>Sabe escoger buenas</p> |

| | | | |
|-------|--|---|--|
| | autoestima. Se trabajó pensamientos negativos (suicidio). | Mejora la relación con amistades. hermanos. | |
| J(35) | Se trabaja fortalecimiento de autoestima. | Familia disfuncional. | Se encuentra |
| | Se trabaja con reducción al suicidio. | Madre y familia se compromete al cambio, a la psico - educación familiar. | modificando el pensamiento de selección de buenas amistades. |
| | Se trabaja en entrenamiento de habilidades sociales. | Están pendiente a cada momento del participante. | Se está adecuando al plan de riesgo. |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Sesiones de educación familiar

| MESES | | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEMANA S | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PACIENTES | A | X | | | X | | | X | | | | | | X | | | | X | | | | | X | | |
| | B | X | X | X | X | | X | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| | C | X | | X | | X | X | | X | | X | | X | X | | | X | X | X | | | | | | |
| | D | X | | X | | X | | | X | | X | | | X | | | X | X | | | X | | | | |
| | E | X | X | X | | X | | | | X | | X | | | X | | | X | X | | X | | | | |
| | F | X | | | X | | X | | | | | X | | | X | | | | X | | | X | | | X |
| | G | X | | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| | H | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | X | | X | | X | | | | X | | X | | X | | X | X | | | X | | | | | |
| | J | X | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

Es importante resaltar que según los datos obtenidos durante el tratamiento con apoyo familiar en concordancia con la repetición de las sesiones de educación familiar se registra que las recuperaciones más exitosas son aquellas en que la familia se ha integrado e interactuado en el tratamiento, lo cual ha reducido el tiempo de adaptación y rehabilitación del paciente.

Análisis de casos

En el primer casillero se distingue que el paciente A (27) culmina su proceso terapéutico exitosamente, ya que las áreas fueron analizadas y trabajadas con mucha colaboración de parte del participante / paciente bajo su propia voluntad de cambio, más el apoyo familiar y utilización de factores protectores sociales.

En el segundo caso se reconoce que el paciente B (18), no culmina su proceso terapéutico, debido a la poca voluntad de cambio y falta de colaboración familiar y social, por lo que al mes tuvo su primera recaída. En este caso se

distingue la imperiosa necesidad de coadyuvar el tratamiento entre las tres áreas establecidas junto a los elementos constituyentes.

Tabla 4. Agrupación de los pacientes por tiempo de permanencia durante el tratamiento.

| PACIENTES | TEMPORALIDAD DEL TRATAMIENTO HASTA LA RECUPERACIÓN | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| A | | | | | | X |
| B | | | X | | | |
| C | | | | | X | |
| D | | | | | X | |
| E | | | | | X | |
| F | | | | | | X |
| G | | | X | | | |
| H | | X | | | | |
| I | | | | | X | |
| J | | X | | | | |

Fuente: Datos tomados del registro de historial clínico del CETAD

En el tercer casillero observamos que el paciente C (23), no culmina su proceso terapéutico, pero pide alta petición al quinto mes, existe apoyo familiar actualmente, selecciona muy bien a los amigos, finalmente se encuentra en actividad laboral realizando su vida con normalidad.

El paciente D (47), pide alta petición por problema médico. Actualmente él se encuentra realizando su vida con normalidad, hay apoyo familiar y factores protectores sociales correctamente.

En el caso del paciente E (39), actualmente sigue el tratamiento terapéutico, hay apoyo familiar y maneja los factores protectores sociales, anhela terminar el proceso de 6 meses y ser incluido en el sector social y laboral.

El paciente F (30), culmina exitosamente el proceso terapéutico, hubo apoyo familiar y cambios, y área social manejable. Actualmente realizando su vida cotidiana con normalidad.

El paciente G (33), pide alta petición en el tercer mes, debido a que sus hijas necesitaban apoyo económico, hay apoyo familiar y social. Actualmente se encuentra trabajando y realizando vida con normalidad incluido en el sector laboral.

En el octavo casillero se observa el paciente H (47), cursa su segundo mes de tratamiento, realizando sus cambios en el área psicológica, existe apoyo familiar y aprendiendo identificar el ambiente social, persiste en su tratamiento anhelando terminar sus 6 meses.

En relación al paciente I (52), se encuentra cursando su quinto mes de tratamiento, han sido visibles sus cambios en su conducta, existe el apoyo familiar y la identificación de selección de buenas amistades. Su anhelo, culminar su proceso terapéutico ya faltándole un mes para su egreso.

En la última instancia, se identifica al paciente J (52), quien se encuentra en la fase de adaptación y preparación, existe en voluntad de cambio y apoyo familiar, aprendiendo a seleccionar los amigos como factor positivo. Se mantiene bien mejorando día a día.

CONCLUSIONES

Se concluye de manera general que el tratamiento es exitoso y consiste en la recuperación de los sujetos, inclusión social y laboral, partiendo desde el principio de la aceptación voluntaria del paciente; y el acercamiento emocional y valorativo de los elementos esenciales que componen las áreas: psicológica con el reconocimiento personal, social como parte nuclear y familiar con el valor agregado de la emoción y afectividad de los seres queridos con sentido de reciprocidad.

Es imprescindible el tratamiento del área familiar, considerando que la familia es parte posible en muchos de los casos y en su mayoría del factor incidente/causal del síntoma de la adicción en el paciente, por ello, es necesario que la familia reconozca en el proceso de tratamiento sus errores para alcanzar la armonía, paciente / familia.

Es importante el tratamiento del área familiar, considerando que la familia es parte posible en muchos de los casos y en su mayoría del factor incidente/causal del síntoma de la adicción en el paciente, por ello, es necesario que la familia reconozca en el proceso de tratamiento sus errores para alcanzar la armonía, paciente / familia.

La educación familiar con sesiones orientadoras para efecto de la aceptación del problema, la confrontación y convivencia con los pacientes durante el tratamiento es primordial y necesaria para incorporar a la familia con la interacción de sus miembros asumiendo responsabilidades compartidas.

Las mayores probabilidades de recuperación de pacientes en menor tiempo de tratamiento lo consiguen los pacientes que por constancia y predisposición de la familia se integró y participo de las sesiones de educación familiar.

No en todos los casos los pacientes cumplen con los seis meses del abordaje, considerando que su recuperación es indistinta en relación al nivel de adicción y tipo, así es en el caso de quienes sumen base de cocaína y heroína que muestran que su recuperación tomo más tiempo que en otros tipos de adicción.

Es importante trabajar el área emocional, poder manejar la situación, el pensamiento y el autocontrol de la emoción, además modificar la conducta a través de las herramientas dadas en el área psicológica.

Resulta necesario trabajar el área social, estimando que los amigos verdaderos son pocos, y que en la sociedad hay factores de riesgos y también factores protectores, en la cual, ellos tienen que aprender a distinguir cuando este en el proceso terapéutico y después del proceso, cuando alcance la recuperación y la inserción social y laboral; entender que los sujetos viven en sociedad y comparten intereses comunes como componente social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, A., García, F., C., M., & Gracia, E. (octubre de 2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491>

Association, A. P. (APA, 2000).

Becona y Cortés- Girón, M.-D. y.-S. (2008 - 2002). *APUNTES DE PSICOLOGIA EN EL AREA FAMILIAR*.

Calvo Botella, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. Salud y drogas. *Redalyc*, 7(1), 45-56. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83970104>

Cameron, M. y. (1982). *INTERSECCIONES PSICOLOGICAS - PERSPECTIVA COGNITIVO - CONDUCTUAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS*.

Keegan, E. (2012). *Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias*.

Korman. (2009). *Guía. Atención y tratamientos en prisión*.

NIDA. (1999). *Terapia breve en la adicción a drogas*.

OMS. (1992). *MANUAL DE CIE -10 (CODIGO F.10 -F.19)*.

Peele. (1985). *Intervención cognitiva al farmacodependiente: guía breve de intervención para el CIAF*. Obtenido de JL Ocampo Giraldo - 2012 - bibliotecadigital.usb.edu.com

Pineda, S. (Academia Biomédica Digital, 2002 de 2002). *Abordaje terapéutico del dependiente a drogas*.

Secades, G. . (Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011 de 1999 - 2007). *REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE*.

Secades, G. y. (1999 - 2007 -). *REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE*. Obtenido de Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

Szapocznik, H. y.-S. (2003 - 2000). *La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones*.

Velásquez-Martínez, J. O. (2014). *Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v28i117.14135> Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

