

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS
REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO**

**Trabajo final de titulación previo a la obtención
del título de Psicólogo Clínico**

AUTORES: Wilmer Dionicio Cuji Cordova

Javier Patricio Tixi Sotamba

DIRECTOR: Esp. Rosana de Lourdes González Maldonado

CUENCA – ECUADOR

2014-2015



RESUMEN

La presente investigación se realizó con la participación de individuos de 18 a 65 años dependientes de alcohol en recuperación que anteriormente han recaído pero que actualmente están acudiendo a grupos de alcohólicos anónimos en la ciudad de Cuenca. El propósito del estudio fue el análisis de los factores que inciden en la recaída de personas rehabilitadas lo cual hace que estas sean vulnerables a una nueva etapa de consumo.

La investigación desarrollada se ubica dentro del paradigma cualitativo, el mismo que se ejecutó en diferentes grupos de autoayuda de la ciudad de Cuenca. Se empleó como instrumento de investigación una entrevista estructurada, que previamente fue validada por los autores, su aplicación tuvo como objetivo recolectar información necesaria para cumplir con los objetivos planteados, la información obtenida fue transcrita y analizada con ayuda del programa Atlas ti, versión 7.0.

Los resultados más relevantes señalan que los entornos disfuncionales, problemas de pareja, la mala comunicación, el retorno a la negación, la autosuficiencia a nivel individual y una niñez con problemas, exponen a que las personas sean susceptibles de regresar a viejos grupos de amigos y lugares de consumo en busca de refugio con ideas erróneas de que son los únicos lugares donde se les entiende. Además la presencia de alcohol en la mayor parte de lugares a donde concurren las personas, y con el hecho de que la sociedad no ve el consumo como un problema, crea lugares propicios para que las recaídas tomen mayor fuerza.

Palabras claves: Adicción, Recaída, Grupos AA.

ABSTRACT

The present investigation was conducted with the participation of individuals of 18-65 years alcohol dependent recovery that have previously fallen but are now turning to groups of Alcoholics Anonymous in the city of Cuenca. The purpose of the study was an analysis of the factors affecting relapse rehabilitated persons making these vulnerable to a new stage of consumption.

The research undertaken is within the qualitative paradigm, the same that ran in different self-help groups of the city of Cuenca. It was used as a research tool a structured interview, which was previously validated by the authors, their application aimed to collect information necessary to meet the objectives, the information obtained was transcribed and analyzed using Atlas ti program, version 7.0

The most relevant results indicate that a childhood troubled, dysfunctional environments, marital problems, poor communication, return to denial, self-reliance at the individual and expose people to be capable of returning to old groups of friends and drinking places for shelter with misconceptions which they are the only places where they are understood. Besides the presence of alcohol in most places where people attend, and the fact that society does not see consumption as a problem, it creates favorable for stronger relapses take place.

Keywords: Addiction, Relapse, Groups of AA.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE	3
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR	5
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTOS	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	13
LAS ADICCCIONES, LA RECAÍDA Y SU PROCESO, FACTORES QUE INCIDEN EN LA RECAÍDA.	13
1.1 Definición de adicción.	13
1.2 Causas de la adicción.	16
1.3 Proceso de la adicción.	17
1.4 Tipos de adicción.	18
1.5 Características de una persona adicta:	19
1.6 Proceso de rehabilitación: objetivos.....	20
1.7 La recaída: definición.	21
1.8 El proceso de recaída:	22
1.9 Creencias erróneas en torno a la recuperación y recaída.....	25
1.10 Signos individuales y familiares en el proceso de recaída.	26
1.11 Factores que inciden en la recaída.	27
1.11.1 La familia como factor de riesgo	27
1.11.2 La familia dentro del proceso de rehabilitación.	31
1.11.3 La sociedad como un factor de riesgo.	33
1.11.4 Condiciones socioeconómicas.....	34
1.11.5 El trabajo como factor de riesgo.	34
CAPITULO II	37
LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN LA PREVENCIÓN DE RECAIDAS	37
2.1 Influencias en la estructuración de alcohólicos anónimos.....	37
2.2 Estructuración de alcohólicos anónimos.	38



2.3 Alcohólicos anónimos: enunciado	40
2.4 Doce pasos de alcohólicos anónimos.	40
2.5 Doce tradiciones de alcohólicos anónimos	42
CAPITULO III	44
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
CAPITULO IV	46
ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
4.1 FACTORES ASOCIADOS A RECAIDAS.....	46
4.1.1 Factores familiares.....	46
4.1.2 Factores sociales	47
4.1.3 Factores individuales	48
4.1.4 Factor laboral	49
1.2 PROCESO DE RECAÍDA	50
1.3 ROL DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN EL PROCESO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	53
CAPITULO V	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	61



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Wilmer Dionicio Cuji Cordova autor del Trabajo final de titulación "FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre de 2015

Wilmer Dionicio Cuji Cordova

C.I: 0105559579



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Javier Patricio Tixi Sotamba autor del Trabajo final de titulación "FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Septiembre de 2015

Javier Patricio Tixi Sotamba

C.I: 0105496210



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Wilmer Dionicio Cuji Cordova, autor del Trabajo final de titulación "FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Septiembre de 2015

Wilmer Dionicio Cuji Cordova

C.I: 0105559579



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Javier Patricio Tixi Sotamba, autor del Trabajo final de titulación "FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Septiembre de 2015

Javier Patricio Tixi Sotamba

C.I: 0105496210



DEDICATORIA

El presente trabajo está

dedicado a toda mi familia

en especial a mi hermano

Denis. (Wilmer)

Quiero dedicar esta investigación

a mi familia, esposa e hijo

por el apoyo brindado,

con cariño (Javier)



AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestras familias
por todo el apoyo demostrado
en el transcurso de la carrera,
a Dios y de manera especial
a nuestra tutora Rosana Gonzalez
por la orientación y el conocimiento
compartido.



INTRODUCCIÓN

La recaída es inherente al fenómeno del alcoholismo y no debe ser valorada como un fracaso. Consiste en el regreso al consumo de alcohol que tenía el sujeto antes de decidir abandonar el consumo, ya sea debido al tratamiento o por voluntad propia. Existen diferentes factores inmediatos que favorecen la recaída razón por la cual en la siguiente investigación se da una revisión más detallada de la temática.

Se inicia la investigación exponiendo el Capítulo I, dedicado a dar fundamento a la adicción y la recaída así como los términos necesarios para comprender el tema, finalizando el primer apartado se presenta de manera detallada los factores asociados a la recaída.

En el Capítulo II, se describe la reseña histórica de Alcohólicos Anónimos, donde consta influencias, formas de trabajar para lo cual es necesario tener conocimiento de los doce pasos y doce tradiciones muy utilizados por estos grupos de autoayuda.

En el Capítulo III “Metodología”, trata sobre el enfoque, población, objetivos de investigación y técnicas aplicadas, así como también, la forma como se procesó la información.

El Capítulo IV “Resultados de la investigación”, se enfoca en el análisis de los datos obtenidos en el estudio, enfatizando las vivencias, experiencias y testimonios de las personas participantes en el mismo.

Finalmente en el capítulo V las “Conclusiones y Recomendaciones”, donde se sustenta los resultados específicos y relevantes del estudio a manera de conclusión final.



UNIVERSIDAD DE CUENCA





CAPITULO I

LAS ADICCCIONES, LA RECAÍDA Y SU PROCESO, FACTORES QUE INCIDEN EN LA RECAÍDA.

1.1 Definición de adicción.

En la actualidad se habla mucho a cerca del problema que suscitan las adicciones en nuestro entorno social, sin embargo algunas veces este concepto se ha visto distorsionado, ya sea por su mal uso o falta de información. Frente a esto nos hemos visto en la necesidad de presentar un concepto comprensible y fundamentado del mismo.

El término adicción procede de la palabra latina “addicere” que se refiere como una forma de pago de deudas, presente en el derecho civil romano, por medio de la cual el deudor insolvente quedaba como esclavo del acreedor. En los siglos XVIII y XIX, los médicos emplearon el termino adicción para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas (Rubia, 2006).

En 1964, la Organización Mundial de la Salud propuso sustituir el concepto de adicción por dependencia. Así, desde la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM-III) se viene distinguiendo dentro del patrón disfuncional de consumo de sustancia, dos niveles con relevancia clínica, el abuso y la dependencia (Rubia, 2006).

Tanto el abuso como la dependencia constituyen formas de consumo excesivo, con pérdida de control, pero en la ultima la compulsión está más definida y suele haber síntomas de tolerancia (el cede de consumo por horas o días provoca un intenso malestar que solo la sustancia alivia.) No obstante, el uso actual del termino adicción en la literatura especializada es muy frecuente (Rubia, 2006, pág. 3).



Ante este concepto, Becoña & Oblitas (2000) señala que:

El primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos por adicción. Todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que las adicciones pueden ser con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

Para, Del Moral & Fernández (2009) la adicción es una necesidad de llevar a cabo un comportamiento el cual no tiene en cuenta los riesgos para el individuo y su entorno familiar, laboral y social. Quizás este sea una de las aseveraciones más compartidas por los que abordan este tema sin dejar de lado las demás contribuciones.

Así, Perez (1995) comparte la idea de Becoña al referir que “el problema comienza con la definición de lo que debe entenderse por adicción; hay grandes discrepancias sobre la relación que tiene con conceptos como dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia.”

Entonces conviene decir que, cuando se habla de adicción debe de abordarse temas como abuso, dependencia y tolerancia, siendo considerados como conceptos básicos para la comprensión de este tema.

Se entiende que en el “uso” de una sustancia que no tiene ninguna significación clínica ni social es decir sencillamente este término “uso” indica que hay un consumo o una utilización de una sustancia sin que esta tenga algún efecto médico, social o familiar. El sistema CIE-10 (1992) entiende a este término de “uso” como la manera de un consumo perjudicial y lo señala como una forma de consumo que perturba la salud física o mental.

Del Moral & Fernández (2009) habla acerca de la tolerancia como algo definido por cualquiera de los siguientes ítems: a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.



Según Echeburúa, 1999 (citado en Becoña & Oblitas, 2002) señala que cuando hablamos de dependencia y nos referimos a conductas sin sustancia, el “diagnóstico” sería el mismo sustituyendo sencillamente la palabra sustancia por “específica” (conducta adictiva ej., juego, sexo, etc.)

Esta definición de dependencia puede ser complementada desde la visión del CIE-10 (1992), en la que expresa con claridad algunos criterios diagnósticos para determinar este estado:

1. (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar uno tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.



7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.2 Causas de la adicción.

Se conoce que existen diferentes causas que podrían llevar al consumo, al parecer algunas personas desconocen este hecho, es por esta razón que Becoña (2002) señala que “no serán solo los factores inmiscuidos en la problemática lo que le lleven al consumo sino que el propio individuo será quien decide consumir, así será necesario desarrollar en el sujeto habilidades de afrontamiento ante los factores de riesgo que se le pueden presentar”. El problema de las adicciones tiene diversas causas, la CONADIC, considera las siguientes:

Individuales:

- * Predisposición física.
- * Baja autoestima.
- * Poca tolerancia a la frustración.
- * Sentimientos de soledad.
- * Estados depresivos.

Familiares:

- * Desintegración del núcleo familiar por separación, divorcio o muerte de alguno de los cónyuges.
- * Disfuncionalidad caracterizada por problemas de comunicación, mensajes contradictorios, rigidez en los roles, abandono afectivo o sobreprotección.

Sociales:

- * Disponibilidad y fácil acceso a las sustancias psicoactivas.
- * Movimientos migratorios.
- * Transculturación.
- * Hacinamiento.
- * Pocas oportunidades para el empleo, la educación y la recreación.
- * Publicidad que se hace a bebidas alcohólicas y tabaco.

1.3 Proceso de la adicción.

La adicción inicia simplemente por hacer algo diferente, quizás como una acción para socializar. En ocasiones la persona decide repetir la práctica, quizás porque le gustó, o tal vez por influencia social. La falta de recursos en la persona hará que el consumo vaya aumentando siendo menos manejable, entonces estas conductas se convertirán en un hábito, por ende se observara un incremento tanto en frecuencia como intensidad y el cuerpo se acostumbra e ira perdiendo la capacidad de controlar cierta actividad, entonces ya se podría hablar de una conducta adictiva.

Becoña (2002) refiere que existen fases que se van a ir dando dentro de este proceso adictivo. Señala que “la dependencia a sustancias psicoactivas conlleva a un patrón desadaptativo de consumo que se manifiesta en un deterioro o malestar clínicamente significativos.

Por ellos se debe entender que existen dos términos importantes y vitales para comprender holísticamente al fenómeno de la adicción, los cuales son la tolerancia y la abstinencia, estas abordadas desde el CIE-10, se señala que en el caso de la primera presenta características de una necesidad por aumentar la dosis de la sustancia para conseguir el efecto deseado, cuyo efecto disminuye aun consumiéndola constantemente, y la segunda, considerada

como un síndrome característico de la sustancia que presenta ansiedad, temblores, entre otros síntomas, los cuales son manejados con la administración de la misma sustancia (o una parecida) para aliviar o evitar la sintomatología.

1.4 Tipos de adicción.

Ante la existencia de la adicción se puede identificar diferentes tipos, como adicciones con presencia de alguna sustancia, las cuales se pueden identificar dentro de una clasificación correspondiente al origen de dichos compuestos psicotrópicos y estupefacientes, y otras sin la presencia de la misma, por ello se ha denominado dos grupos; como drogas legales que son aquellas que se encuentran constituidas en su mayoría por fármacos, los cuales están aceptados tanto por los gobiernos como por la sociedad, dentro de estas podemos señalar el alcohol y el tabaco; así como también están presentes las llamadas drogas ilegales, estas se encuentran al margen de la ley en la mayoría de los casos y no son aceptadas por la mayor parte de la sociedad por ejemplo la cocaína, la heroína, el éxtasis, entre otras.

Se ha hablado a cerca de lo que se entiende por adicción y se concuerda con varios autores sobre la existencia de la misma en la sociedad, pero se debe desmitificar el hecho de que la adicción presente no siempre involucra a una sustancia, pues también existen comportamientos adictivos sin la presencia de la misma y se hacen llamar adicciones sociales como lo señala Martínez y Muñoz (2012):

“Adicciones sociales, comparten sus características y consecuencias principales con otro tipo de dependencias más corrientes, generalmente derivadas del consumo de alguna sustancia. Pero uno de los problemas más peligrosos que arrastran consigo es que, al ser patologías emergentes, están socialmente aceptadas, lo que provoca que aquellas personas que las padecen las nieguen o simplemente no sepan de su existencia”. (pág. 1559)

Tejeiro (2001) señala que a estas nuevas adicciones se las relaciona con objetos que siempre están presentes en nuestra vida diaria como es el celular,

el internet, el trabajo, las compras, al juego, al sexo, a las compras compulsivas, al ejercicio físico, etc.

1.5 Características de una persona adicta:

Becoña & Cortes (2010) consideran que en una persona con conductas adictivas está presente la pérdida de control sobre aquella conducta y esta va a provocar dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. Además de notar una incidencia negativa muy significativa en su vida, que en la mayoría de los casos hará que busquen tratamiento o que los fuercen a buscarlo. Dentro de las características algunos autores consideran también, la negación, la minimización, ansiedad (debido al síndrome de abstinencia) entre otros.

Cuando se habla de la conducta en adicción uno de los aspectos que la mayoría de veces se encuentra presente es la compulsión o pérdida de control del consumo como lo señala el CIE-10 en su publicación del año 1992:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.



-
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

1.6 Proceso de rehabilitación: objetivos.

Debe tomarse en cuenta que para un proceso de rehabilitación van a existir numerosas etapas, los cuales cuentan con objetivos y tratamientos ya enmarcados. Becoña (2002), indica que al momento de realizar una intervención terapéutica a una persona la cual padezca de una adicción van a surgir varios objetivos, los cuales guiarán hacia un tratamiento establecido.

Uno de los primeros objetivos siempre es intentar lograr que la persona entienda que está padeciendo una enfermedad y que como tal es necesario un tratamiento. Así con el fin de romper ciertas defensas y hacer evidente la gravedad y las consecuencias que pueden producir se siga con un consumo exagerado. Luego se irá construyendo un cuadro donde claramente este expuesto el problema y los factores que podrían relacionarse al consumo y otros problemas que estarían causando la dependencia.



1.7 La recaída: definición.

Para Wathson, 2008 (citado en cajas, 2012), la recaída es vista como un proceso que se pone en marcha debido a ciertas fuerzas internas y externas, que involucra cambios mínimos en las actitudes, conductas y elecciones del paciente que lo llevan, en forma progresiva, a estar más cerca de volver a consumir. . Es decir que el paciente retome su vida pasada tanto en su ámbito social, cognitivo y conductual.

Otros autores como Prochaska & DiClemente, 1993. (Citado por Becoña & Cortes 2010), consideran que "la recaída ocurre cuando las estrategias que emplea la persona para mantener su abstinencia del consumo de drogas u otras sustancias fallan, presentándose sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente la autoeficacia" (pág.69)

Entonces se considera a la recaída como el regreso a las conductas de consumo luego de un periodo de abstinencia o bien el fracaso al intentar alcanzar objetivos establecidos por el individuo después de un período definido de tiempo.

Para que una recaída sea vista como parte del proceso o como el fracaso del tratamiento va a depender del estado emocional del sujeto, su personalidad, factores de protección o riesgo dependiendo el caso como la familia, amigos, trabajo, etc.,

Para considerar que hubo una recaída en aquel paciente que inicia el proceso de rehabilitación, se exige que haya conseguido al menos dos meses de abstinencia. Si el tiempo es menor, se considera que el paciente está en el proceso de dependencia o de abuso del alcohol. La recaída es considerada una parte del proceso de rehabilitación y no el final del proceso. Durante cada ciclo que el paciente realiza hasta una nueva recaída, usualmente se obtienen objetivos intermedios en el tratamiento, en el sentido de la modificación de algunos de los comportamientos (Alvarez, 2011).

1.8 *El proceso de recaída:*

Para Martínez (2009), “la recaída es un proceso que inicia con ciertos síntomas que pueden ser percibidos por el paciente o familia y termina en la necesidad de volver a consumir la sustancia adictiva” (pág. 15). Este autor propone un modelo en el cual se explica cómo se da el proceso de recaída, con fines didácticos ya que los procesos no son iguales en todas las personas, en el que constan las siguientes etapas:

Etapa inicial:

1. Cambio: la recaída inicia con un cambio provocado por sucesos vitales conocidos como *relevante positivo*, todo aquello que es de gran importancia y beneficio con fuerte alteración emocional (el matrimonio, nacimiento de un hijo, consecución de un ascenso); *irrelevante positivo*, aquello que es de poca importancia, provoca alteraciones de sucesos satisfactorios que refuerza el ego de la persona con problemas de adicción (felicitaciones constantes); *relevante negativo*, aquello de gran importancia que afecta negativamente al sujeto (muerte de un familiar, divorcio); e *irrelevante negativo*, todo aquello de poca importancia pero que induce a malestar psicológico como el estrés (factor climático, accidentes físicos leves como una caída o resbalón).
2. Negación: caracterizado por la negativa de las alteraciones emocionales producidas por los sucesos vitales que experimenta la persona. Dicha negación se efectúa por medio de mecanismos o estrategias de afrontamiento que evitan el sentimiento de vulnerabilidad que genera la adicción y se manifiesta en comportamientos como: poca o ninguna comunicación referente al suceso activador, minimización o racionalización del suceso vital, conductas compulsivas, evasión constante (trabajo, sueño, deporte en exceso), actividades de descarga emocional



3. Labilidad emocional: inestabilidad en el estado de ánimo que acompaña por una posible pérdida ocasional del sentido de la vida. Manifestándose en estados de confusión y poca identificación emocional.

Etapa de desarrollo:

Se presenta síntomas de una posible recaída de forma evidente y se consolida como una crisis característica con necesidad de evaluación inmediata, así tenemos:

1. Regresión: volver a las conductas del pasado que se habían superado, como portes corporales de vestimenta y discurso de un adicto activo, además presenta conductas como deshonestidades, mentiras, agresividad e intolerancia.
2. Fenómeno de la bola de hielo y el vaso de agua: se caracteriza por una visión túnel, donde el adicto en proceso no comprende que su actitud ha generado dificultades para él y su entorno, pero argumenta que son las respuestas de su medio las que le tienen en crisis. Este círculo vicioso impulsa la bola de nieve alimentándola de sentimientos de impotencia, rabia y culpa. Paralelo a este suceso existe el *fenómeno del vaso de agua* que consiste en la imposibilidad o ausencia de respuestas apropiadas ante las diferentes situaciones que vive. Todo es visto como un gran problema sin solución.
3. Ruptura de parámetros: es todo aquello que conduce y precipita la vuelta a la conducta adictiva debido a la falta de disciplina y constancia. La visita a viejos lugares y amigos de consumo, sumado a eso la no utilización de adecuadas herramientas de afrontamiento consolidan la ruptura de parámetros específicos.

Etapa de desenlace:

La vuelta al consumo es inevitable. La falla en el sistema de apoyo es evidente y se inicia el terreno para violar el compromiso de abstención.

1. **Autoengaños:** la recaída es un hecho doloroso y difícil, es por esta razón que la persona con problemas de adicción necesita de autoengaños que minimicen y aplaquen los sentimientos de culpa y de fracaso. La adicción maneja las funciones del lóbulo frontal transformando la ideación, creatividad y la voluntad como herramientas para la adicción. De esta forma la adicción puede manejar la conducta y la realidad de la persona con problemas de adicción.
2. **Violación de la abstinencia:** el consumo es nuevamente una realidad, se consume luego de un periodo de abstención. Luego que se ha consumido se presenta una sensación de pérdida de control y en algunos casos culpa. En otros se presentan autoengaños muy fuertes que favorecen la permanencia en el consumo. Otros presentan compulsión con gran rapidez volviendo a una fase peor que la anterior.
3. **Reincidencia:** algunas personas no experimentan una gran compulsión y mantienen un consumo moderado por varias oportunidades y debido a la tendencia a los autoengaños y falsas sensaciones de autocontrol pueden extenderse a semanas o meses hasta que exista la fuerza suficiente para reaparecer.
4. **Recaída:** la persona ha vuelto a su consumo en frecuencia e intensidad de consumo e incluso en algunos casos en niveles mucho más complicados de adicción. Generando un retorno al estilo de vida previo a la recuperación, incluyendo un agravante delicado, el efecto de violar la abstinencia es muy fuerte y la sensación de culpa y pérdida de control lo presionan a anestesiarse con el consumo de manera compulsiva.



1.9 Creencias erróneas en torno a la recuperación y recaída.

Wahston, 2008 (citado por Cajas, 2012) considera que existen algunos mitos entorno a la recaída:

- La gente piensa que las recaídas son inevitables, impredecibles, es decir que surgen, sin advertencia y aviso previo, pero contrario a la creencia popular las recaídas son evitables si la persona sabe detectar a tiempo los síntomas o las señales de aviso.
- Recaída es sinónimo de fracaso de tratamiento. A pesar de que las recaídas, en efecto, sugieren la necesidad de cambiar algunos aspectos del plan de tratamiento del paciente, es mejor que se les tome como “baches en el camino” o contratiempos temporales. Algunas veces los pacientes reaccionan de sobre manera ante las recidivas y en el proceso se dificultan el regreso al camino.

En este mismo sentido Wahston, 2008 (citado por Álvarez, 2011) añade otras consideraciones que existe acerca de las recaídas:

- Sé piensa que la recaída es una señal que demuestra poca motivación sin embargo esto no suele ser así ya que los pacientes con mayores índices de motivación pueden sufrir una recaída ya que se considera que el proceso de recuperación y abstinencia es duro, complejo y que toma tiempo.
- Se cree también que si un paciente no experimenta recaída alguna es un predictor para que la recuperación y abstinencia esté garantizada pero la clínica nos demuestra que aquellos pacientes si bien se recuperan pero no pueden superar los daños ocasionados por la dependencia así por ejemplo el estilo de vida, agresividad en el hogar, etc.
- Si un paciente recae anula todo lo aprendido, sin embargo se estructura una rutina a nivel cognitivo que va a ser difícil olvidar, muchas de los cambios se mantienen siendo necesario reforzar aquellas que provocaron o precipitaron la recaída.



1.10 Signos individuales y familiares en el proceso de recaída.

Según Bernardo, 1999 (citado por Espinoza, Molina & Dotor, 2014), los signos más frecuentes tanto a nivel familiar como individual que se presentan en pacientes que han experimentado una recaída son los siguientes:

A nivel individual:

Cierta disfunción interna: dificultad para pensar claramente, manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress, dificultades para dormir, dificultades en la coordinación motriz, sentimientos de culpa, cierto desorden en su aspecto personal o sus pertenencias, visión no realista de las cosas, por lo que ciertos planes que tenía empiezan a fracasar.

Retorno de la negación: miente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado, tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones.

Comportamiento defensivo: evita ver el dolor que vive. Cree que ya “está todo bien”, omnipotencia, tendencia a estar solo, se torna indiferente ante actividades de autoayuda.

Confusión y reacción exagerada: está irritado, ciertos rasgos de impulsividad.

Depresión: hábitos irregulares en alimentación, inactividad, insomnio, va perdiendo la estructura diaria: desorden en horarios, actividades.

Pérdida de control del comportamiento: no puede regular su rutina diaria, participa irregularmente en el tratamiento, insatisfacción con la vida, piensa que puede beber socialmente, mentiras más conscientes, pierde la auto-confianza.

Vuelta al colapso físico y emocional: comienza a usar drogas “controladamente”, vergüenza y culpa, pérdida de control, problemas en los ámbitos en el que se desenvuelve.

A nivel familiar:

Comunicación sobre-protectora



Atribuir sentimientos sin corroborar con la persona

Dificultad para plantear pautas claras y precisas

Dejar de hacer cosas que antes hacían porque ven pequeños avances.

Se Cree que todo lo que manifiesta el “paciente” es manipulación.

Culpabilizarlo por situaciones o problemas donde no lo es.

Rigidez frente a errores.

Cuando el paciente es joven-adolescente, se pretende que tome actitudes de adulto después del tratamiento.

Retomar demostraciones de afecto impropias para la edad y no expresar los propios sentimientos, “luna de miel”: creer que ya no hay más problemas.

1.11 Factores que inciden en la recaída.

1.11.1 La familia como factor de riesgo

Para iniciar el abordaje de esta temática hay que entender que es un factor de riesgo y un factor de protección:

Factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso, abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Y, por factor de protección un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que disminuye, inhibe o atenúa la probabilidad del uso abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Clayton (citado en Becoña y Cortés, 2010, pág. 48).

Se conoce que la familia es el contexto donde el ser humano desarrolla su personalidad así también es el principal factor determinante para el desarrollo de su psicopatología. La familia cumple con algunas funciones básicas necesarias para la supervivencia del individuo, como la satisfacción de



necesidades biológicas (alimentación, abrigo, protección), necesidades psicológicas (apego, afecto, comunicación) y sobre todo es la encargada de la trasmisión de las características culturales como normas, valores y/o conductas aceptadas socialmente.

Por esta razón este grupo social resulta influyente en la salud y enfermedad, así también en la evolución de los trastornos adictivos tanto en la toma de decisión para iniciar un tratamiento, en la desintoxicación, en la deshabituación, en el mantenimiento de la abstinencia o recaída.

En varias investigaciones sobre familias de personas con trastornos adictivos han encontrado algunos determinantes y/o factores que están presentes en el desarrollo, mantenimiento y recaída de los trastornos adictivos. Entre los principales estudios destacan los siguientes factores:

Según Muela, 1999, (citado en López et al, 2011) las alteraciones en las relaciones afectivas se manifiesta en aquellas familias donde la emoción expresada es alta, los conflictos son graves, entendiendo a la emoción expresada como la forma en que el familiar tiene para comunicarse con el “enfermo”, donde el familiar critica, vierte comentarios hostiles y muestran actitudes de sobre implicación emocional.

Así también según Ellis y McInerny, 1992 (citado en López et al, 2011) manifiestan:

Los estados de ánimo negativos influyen en las recaídas debido al bajo nivel de tolerancia a la frustración y al consumo abusivo de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento. De la misma forma como el malestar emocional incide en las recaídas, se manifiesta que las relaciones familiares conflictivas inciden en el estado emocional de sus miembros (pag.212).

Se conoce que dentro del hogar pueden existir desacuerdos entre los padres al aplicar normas y reglas para la conducta problema del hijo consumidor, éste empieza a aprovecharse de la situación, comportándose sin tener en cuenta las normas de convivencia familiar y, poco a poco, es él quien las impone. La

autoridad de los padres se quebranta y con el tiempo el consumidor asume una posición de autoridad y control. Según López et al (2011) es aquí cuando “la jerarquía normal de autoridad de los padres se invierte, con lo que los padres, en vez de apoyarse mutuamente, inician una serie de discusiones que dan lugar a una coalición débil entre ellos”

Arbex, et al., 1995 (Citado por López, 2011) tienen en cuenta los estilos educativos inadecuados donde manifiestan cuatro estilos que se pueden calificar como riesgosos.

El primero, la ambigüedad en las normas, reglas y habilidades parentales. El segundo, la sobreprotección de los padres genera en el hijo una dependencia que impide desarrollar su iniciativa, autonomía y responsabilidad. El tercero, la falta de reconocimiento es decir la falta de refuerzos positivos por parte de los padres generara un autoconcepto negativo en el hijo. El cuarto la falta de rigidez en las estructuras familiares (...) (pág. 213)

Existen otras conductas por parte de la familia que por desconocimiento u otras circunstancias, la recuperación del individuo se ve afectada, así Martínez, Molina, Ruiz & Torres (2000) manifiesta que:

La negación del problema, se manifiesta en actitudes al tratar de evitar el problema, la familia evita conversar directamente con el individuo, justifica o buscar culpable sobre la situación que se está viviendo.

Exigencia desproporcionada, es decir se tiende a acosar de forma reiterada al individuo sobre lo que está realizando, estar pendiente de sus errores para corregirlo constantemente, pedirle consistentemente que cambie. Se tiene la idea errónea que cambiara si le exigimos y pedimos de forma frecuente.

Emplear amenazas e incumplirlas: decir lo que le puede pasar si no cumple un acuerdo, norma o regla establecida y al no llevar a cabo los padres con lo dicho tendremos como resultado pérdida de autoridad y permiso para volver a cometer la falta.



Culpabilizarse entre los padres, es la valoración que se frente al problema, generalmente los padres no asumen sus responsabilidades adecuadamente y siempre se está esperando una mayor implicación de uno de los padres.

Encubrimiento, ocultar información a los implicados en la problemática ya sea padre, cónyuge o terapeuta, con el objetivo de ayudar al paciente. Generalmente se da porque se cree que aquel que oculta la información ha logrado entender la problemática no así los demás, y de esta forma evitar consecuencias negativas para el paciente.

Padre periférico – madre periférica, hace referencia a la no implicación en el problema. Es común observar la ausencia de uno de los padres, de esta forma delega al otro la responsabilidad. Además los adolescentes que conviven con un solo progenitor tienen mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales. Longest, Shanahan & Oman et al, 2007 (citado en Becoña, et al 2009).

Centrarse exclusivamente en el consumo, dejar de lado a la persona y concentrarse en el síntoma. Las conductas de los cuidadores están dirigidas a que el individuo no consuma.

Anular expectativas de solución, creer que nuestro familiar jamás dejara de consumir, haciéndonos pensar que lo conocemos sobradamente y llegando a estimar una conducta. Podemos transmitir nuestra desesperanza a otros y provocar rechazo social así también hacerle pensar al paciente que es incapaz

Por ultimo (Becoña & Cortés, 2010) sugiere que pueden existir otros factores familiares que pueden estar influyendo en el uso, abuso, mantenimiento o recaída, que son “el consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, historia familiar de conducta antisocial, presencia de abuso físico por parte de los padres y la presencia de psicopatología en los padres que se está correlacionando con el uso de sustancias”

1.11.2 *La familia dentro del proceso de rehabilitación.*

El soporte y estructura familia juega un rol fundamental en la recuperación sostenida y de largo plazo en esta problemática, generalmente la intervención es de tipo comportamental-educativa, que consisten en una serie de actuaciones que tienen por objetivo informar sobre las condiciones de vida asociadas a un buen estado de salud, así como facilitar las modificaciones comportamentales y ambientales que lo hagan posible. Maciá, 2000 (citado en Espada & Mendez, 2006).

Existen varias propuestas con estrategias, acciones e intervenciones que deben tenerse en cuenta para realizar una intervención familiar efectiva. Describiremos una propuesta de intervención dirigida a crear condiciones de soporte para cada uno de los integrantes del grupo familiar, en favor de generar un ambiente de protección frente al consumo y lograr la recuperación del abuso y adicción al alcohol y otras drogas.

Según Zapata (2009, pag.89-91) refiere el siguiente modelo de intervención:

Cualquier intervención terapéutica que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de las relaciones de la familia para:

- Desarrollar capacidades para enfrentar las dificultades.
- Favorecer la restauración de jerarquías
- Identificar en la familia formas adecuadas de comunicación
- Incrementar en la familia las habilidades afectivas

Cuando se producen intervenciones terapéuticas y el paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados. Y deben de reflejarse en conductas como:

- La familia es más solidaria y manifiesta más el afecto.
- Las normas relacionadas con el paciente son acordadas con él, no obstante, se exige su cumplimiento y se establecen sanciones si no se cumplen.
- Los padres o figuras de autoridad comparten y respaldan sus opiniones
- Hay acuerdo dentro del grupo familiar en el manejo que se le debe dar al conflicto.
- Los roles de cada miembro del grupo familiar están bien definidos y la comunicación es clara y directa.

La familia debe vincularse a redes de apoyo necesariamente profesionales que le brinden asesoramiento y soporte en el proceso de recuperación del paciente, con el fin de buscar mantener los cambios positivos logrados y la contención en situaciones de crisis. Se recomienda este acompañamiento para evaluar:

- El cumplimiento del paciente de las normas acordadas.
- La valoración de los cambios que se han identificado en el paciente y en los miembros del grupo familiar.
- El reconocimiento y seguimiento de lo que el paciente ha estado haciendo de manera autónoma.
- Las dificultades que se han presentado en el funcionamiento de la familia.

El soporte familiar y social ofrecido al paciente debe posibilitar su independencia en el proceso de rehabilitación. Generalmente la familia ve al paciente como incompetente e irresponsable por lo cual se debe brindar asesoramiento no solo a la familia si no al entorno social para que esta

percepción referente al paciente cambie y le brinde confianza, autonomía y se sienta socialmente aceptado. Para lograr esto se recomienda:

- Redefinir el rol del individuo en recuperación
- Promover la iniciativa y espontaneidad del paciente, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- Promover el desarrollo de su identidad, teniendo respeto por sus ideas.
- Estimular su vinculación con redes que favorezcan la formación y/o capacitación para el trabajo.

El individuo en tratamiento que no cuente con familia, debe ser vinculado a una red de apoyo equivalente como parientes, amigos, vecinos y en caso de no existir alguna institución que sustituya las funciones de acompañamiento, comunicación y afecto.

1.11.3 La sociedad como un factor de riesgo.

Dentro de los factores que pueden provocar una recaída se encuentran la sociedad como un factor de alto riesgo, debido a que en la actualidad la mayoría de las personas miran el consumo de alcohol como algo que debe estar presente en nuestras actividades. Lo cual hace que el alcohol esté presente en el vivir diario de aquellos que ya han tenido un tratamiento para superar el alcoholismo, estos factores sociales pueden estar representados por un grupo de amigos con el que anteriormente consumía, el barrio, o lugares que frecuentaba como bares o discotecas. Lugares que pueden predisponer a que las personas consuman no solo alcohol sino diferentes sustancias estupefacientes.

Además va a influir como el lugar en donde se encuentre la persona conciban el consumo de una sustancia, tal y como lo señala Becoña & Cortés (2010), así



los estilos de vida y las creencias que puedan tener el grupo social o la comunidad acerca del consumo de alcohol, influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas.

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martinez, Trujillo, & Robles, 2006)

1.11.4 *Condiciones socioeconómicas.*

No es raro escuchar no solo en nuestra sociedad que uno de los principales factores que pueden llevar no solo a consumir sino también a recaer es el nivel socioeconómico de las personas, que afecta tanto a la persona que consume como a los que lo rodean como son sus familiares. A nuestro conocer Se habla de que un nivel económico bajo junto a otros factores de riesgo pueden provocar una mayor posibilidad tanto de consumo como de recaída.

La deprivación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a empeorar y volverse un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial. Becoña, 2002 (citado en Becoña y Cortes 2010).

1.11.5 *El trabajo como factor de riesgo.*

Luego de un proceso de rehabilitación se espera que la persona que se mantuvo en tratamiento tenga un reinserción social dentro de la cuales consta una reinserción laboral, si bien esto es necesario lo que se debería sugerir es

que esta se de en el momento adecuado ya que podría ponerse en riesgo todo el proceso terapéutico de ser demasiado apresurado.

Se ha hablado de que es un momento del tratamiento en el cual se debe seguir el programa aprendido a manera de un proceso, tomando en cuenta que una inserción laboral demasiado prematura podría provocar que la persona no asimile la presión propia del contexto desencadenando frustración aproximándolo a una recaída, entonces lo que usualmente se recomienda es que en un inicio se busque una labor que no incluyan altos grados de estrés. La presencia de sustancias en el medio laboral es también un gran problema que puede acarrear una recaída.

La gravedad de los consumos de alcohol y/o otras drogas en el medio laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por la Organización Internacional del Trabajo, que considera que el consumo de alcohol y de drogas es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores. Señala que los efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol o las drogas. Por tanto el consumo de alcohol y drogas por los trabajadores produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto el consumo de alcohol y otras drogas es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al entorno que lo rodea (Ochoa & Madoz, 2008).

Algunos factores laborales según Ochoa y Madoz (2008) podrían ser:

- Trabajos a destajo y alto rendimiento.
- Tareas rutinarias y monótonas.
- Insatisfacción en el trabajo.
- Jornadas de trabajo prolongadas.



- Turnos cambiantes.
- Largas ausencias de casa.
- Cansancio intenso en el trabajo.
- Compañeros consumidores.
- Trabajos dependientes de la relación social.
- Disponibilidad en el medio laboral.



CAPITULO II

LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN LA PREVENCIÓN DE RECAIDAS

2.1 Influencias en la estructuración de alcohólicos anónimos.

Se conoce que uno de los primeros grupos que influyó en los AA son las sociedades de temperancia o templanza, que son organizaciones laicas y voluntaristas que comienzan a surgir en la segunda década del siglo XIX en Estados Unidos cuyo objetivo era velar por la sociedad ante los peligros de las bebidas alcohólicas (Rosovsky, 2009).

Después de que el mundo científico reconociera el alcoholismo como enfermedad, según Maxwell, 1950; Blumberg & Pittman, 1991 (citado por Rosovsky, 2009) el primer grupo de ayuda mutua para alcohólicos surgió en los Estados Unidos: se trataba de los llamados "Washingtonianos", fundado en Baltimore en 1840, conformado por ex bebedores.

Según Rosovsky (2009) otra influencia importante para el desarrollo de AA fueron los grupos del movimiento Oxford, organización evangélica protestante dirigida a la renovación espiritual, que buscaba la conversión religiosa, guiados por su fundador, el reverendo Frank Buchman. A estos grupos no solo asistían alcohólicos, también acudían personas que buscaban la perfección cristiana a través de la práctica de la humildad, la honestidad, la caridad, así como de la confesión abierta de sus pecados e imperfecciones en sus pequeñas reuniones. Dentro de las influencias de este grupo para con A.A están los métodos de evangelización de persona a persona (Rosovsky, 2009).

Alcohólicos Anónimos adopta viejas formas culturales: además de las mencionadas, pueden encontrarse influencias del modelo no jerárquico de reunión de los cuáqueros basado en los testimonios personales y en la forma de tomar decisiones mediante un consenso y no por el voto mayoritario (Rosovsky, 2009).

La gestación y desarrollo de A.A durante la década de 1930 y principios de la de 1940, por lo tanto, se nutrió de múltiples influencias: se encuentran similitudes con muchas otras organizaciones de ayuda mutua que le precedieron tanto en sus creencias como en sus prácticas y estructura organizacional

2.2 *Estructuración de alcohólicos anónimos.*

Según el archivo informativo de O.S.G DE A.A., (1995) la comunidad nació en 1935 en Akron, Ohio, como resultado del encuentro de Bill W, un agente de Bolsa de Nueva York y el Dr. Bob S, un cirujano de Akron. Ambos habían sido alcohólicos desahuciados. Luego de sus respectivas rehabilitaciones y junto con el Dr. William D. Silkworth (del Hospital Towns de Nueva York, institución en la que Bill había ingresado varias veces como paciente) se pusieron a trabajar inmediatamente con algunos alcohólicos confinados en el Hospital Municipal de Akron. Como consecuencia de sus esfuerzos, un paciente pronto logró su sobriedad. Aunque no se había inventado todavía el nombre Alcohólicos Anónimos, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de A.A. En el otoño de 1935, el segundo grupo fue tomando forma gradualmente en Nueva York. El tercer grupo se inició en Cleveland en 1939. Se había tardado más de cuatro años en producir 100 alcohólicos sobrios en los tres grupos fundadores.

A principios de 1939, la Comunidad publicó su libro de texto básico, Alcohólicos Anónimos. En este libro, escrito por Bill, se exponían la filosofía y los métodos de A.A, la esencia de los cuales se encontraba en lo que ahora se conoce como Doce Pasos de recuperación. El libro también llevaba los historiales de 30 miembros recuperados. De este punto en adelante, A.A. se fue desarrollando rápidamente. O.S.G De A.A., (1995).

Entretanto, el Dr. Bob y Bill habían establecido en Nueva York en 1939 una junta de custodios (personas que colaboraban con la comunidad y hacían labores de relaciones públicas, consejería, asesoramiento para nuevos grupos, servicios a hospitales y prisiones, etc) para ocuparse de la administración

general de la Comunidad recién nacida. Algunos amigos de John D. Rockefeller, Jr. servían como miembros de este consejo, junto con algunos miembros de A.A. Se dio a la junta el nombre de la Fundación Alcohólica. Sin embargo, todos los intentos de recoger grandes cantidades de dinero fracasaron, porque el Sr. Rockefeller había llegado a la conclusión prudente de que grandes sumas de dinero podrían estropear la naciente sociedad. No obstante, la fundación logró abrir una pequeña oficina en Nueva York para responder a las solicitudes de ayuda e información y para distribuir el libro de Alcohólicos Anónimos. O.S.G de A.A. (1995).

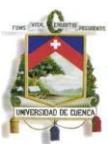
El grupo ya establecido obtuvo mayor masificación con la ayuda de los medios de comunicación en especial las revistas escritas que emitían artículos relacionados a los beneficios terapéuticos del grupo, esto ayudo cada vez más a atraer adeptos.

Para el año 1946, era posible sacar algunas conclusiones bien razonadas en lo concerniente a las actitudes, costumbres y funciones que se ajustarían mejor a los objetivos de A.A. Estos principios, que habían surgido de las arduas experiencias de los grupos, fueron codificados por Bill en lo que hoy día se conoce por el nombre de las Doce Tradiciones de Alcohólicos Anónimos. O.S.G de A.A. (1995).

Antes de morir el Dr. Bob siempre destaco en sus charlas la necesidad de mantener el programa de Alcohólicos Anónimos (falleció el 16 de noviembre de 1950).

En una sesión realizada en 1951 se vincula a los custodios de los servicios mundiales con la comunidad a la cual servían, de esta forma se crea la Conferencia de Servicios Generales de A.A. y por este medio, se había asegurado el funcionamiento global de A.A. para el futuro. O.S.G de A.A. (1995).

En el 35º Aniversario Bill pronuncio sus últimas palabras a sus compañeros de A.A.: "Dios les bendiga a ustedes y a Alcohólicos Anónimos para siempre". El



24 de enero de 1971, Bill murió de pulmonía en Miami Beach, Florida O.S.G de A.A. (1995).

Desde entonces, A.A. ha llegado a ser una comunidad de extensión mundial, lo cual ha demostrado que la manera de vivir de A.A. hoy día puede superar casi todas las barreras de raza, credo e idioma.

2.3 Alcohólicos anónimos: enunciado

Según la literatura básica de la comunidad y lo que se cita en las reuniones de A.A se sabe que:

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de A.A es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas, nos mantenemos de nuestras propias contribuciones.

Alcohólicos Anónimos no está afiliado a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa.

Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad (O.S. G de A. A. , 1995).

2.4 Doce pasos de alcohólicos anónimos.

Desde su creación no se han registrado modificaciones en su formato y se ha ido generalizado a varios países como una guía para trabajar en las comunidades terapéuticas.

Según (O.S. G de A. A. , 1995), los 12 pasos que se trabajan son los siguientes;



1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiendo le solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.



2.5 Doce tradiciones de alcohólicos anónimos

Las doce tradiciones fueron creadas para que se trabajen en complementariedad con los doce pasos y fueron acogidas por los grupos de A.A. Desde entonces utilizadas sin variaciones en su modelo hasta la actualidad. Siendo una guía de principios que permiten una buena relación entre los miembros y la comunidad exterior.

Para (O.S. G de A. A. , 1995), estas son las doce tradiciones señaladas:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unidad de A.A.
2. En cuanto a nuestro grupo y sus asuntos, solo existe para nosotros una autoridad fundamental: un Dios de amor que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza y no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A es el deseo de dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, salvo en asuntos que afecten a otros grupos, o a A.A. como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo propósito primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro propósito primordial.
7. Cada grupo de A.A. debe mantenerse así mismo, negándose a recibir contribuciones de fuera.

8. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicios pueden emplear a trabajadores especiales.
9. A.A. como tal, nunca debe organizarse, pero podemos crear juntas de servicios o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. Alcohólicos Anónimos no tiene opiniones sobre asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en controversias públicas.
11. Una política de relaciones públicas se basa en la atracción y no en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personalidades



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo, ya que se produce hallazgos que no se obtiene por medio de procedimientos de cuantificación, de esta forma cuando se habla del análisis cualitativo nos referimos no al análisis de los datos cuantitativos si no al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos para luego organizarlos y analizarlos en un esquema explicativo teórico (Strauss & Corbin, 2002).

La muestra se constituyó con varones adultos de 18 a 65 años, que hayan experimentado una recaída y concurren actualmente a grupos de apoyo de la Ciudad de Cuenca. La muestra fue de tipo no probabilística o llamada también muestra dirigida, que consiste en trabajar con un número reducido de personas de selección informal que se supone son los más representativos de la población por su mayor conocimiento en el tema a investigar (Ruiz, 2012).

Los objetivos de investigación fueron:

Objetivo General:

Determinar los factores asociados a recaídas de alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de autoayuda en la ciudad de Cuenca.

Objetivos Específicos:

- Describir el proceso de recaída en alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de autoayuda.
- Explicar el rol de los grupos de autoayuda en el proceso de prevención de recaídas de personas alcohólicas recuperadas.



Como instrumento de investigación para lograr nuestros objetivos se utilizó una entrevista. La cual fue aplicada a las personas a profundidad, permitiendo extraer información relevante de las experiencias vividas individualmente de los participantes

Para comprender los factores asociados a recaídas en alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de apoyo.

El procesamiento de la información inició con la transcripción de las entrevistas las cuales fueron grabadas en audio con el respectivo asentimiento firmado de los individuos.

Luego se usó el programa Atlas ti, versión 7.0, para organizar la información obtenida a través de códigos que posteriormente nos sirvió para obtener reportes correspondientes a los códigos preestablecidos en relación con la teoría expuesta.

Para el análisis de resultados de la investigación se extrajo reportes del programa Atlas ti por cada código planteado, el cual se encuentra estructurado conforme a los objetivos descritos inicialmente.

El análisis se realizó desde las vivencias, experiencias y testimonios de las personas que concurren a grupos AA (alcohólicos anónimos), desde una perspectiva global realizando una correlación con la teoría, plasmándolo de manera explicativa para dar paso a las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 FACTORES ASOCIADOS A RECAIDAS

4.1.1 Factores familiares

Según Muela, 1999, (citado en López et al, 2011) las alteraciones en las relaciones afectivas se manifiesta en aquellas familias donde la emoción expresada es alta, los conflictos son graves, entendiendo a la emoción expresada como la forma en que el familiar tiene para comunicarse con el “enfermo”, donde el familiar critica, vierte comentarios hostiles y muestran actitudes de sobre implicación emocional.

Por tanto se ha encontrado que como factor principal tenemos a los problemas en el entorno familiar, la mayoría de las personas coinciden que las peleas constantes, la desconfianza, sentimientos de rechazo o el abandono de la pareja fue lo que les llevo a experimentar una recaída.

“nadie de mi familia confiaba en mi entonces dije no, si es que yo dejé de beber o quise dejar la bebida por alguien, ahora que me rechacen entonces vuelvo a lo mismo entonces eso nuevamente me arrastro más a mi enfermedad,”

Caso 2.

Además se habla también de que una niñez disfuncional en donde el padre consumía alcohol y las malas relaciones, provocaron secuelas que conllevaron a sentir vacíos emocionales que desataron el consumo de alcohol.

“pienso yo, es los resentimientos y los vacíos emocionales que tenía desde mi niñez a raíz de que mi padre también fue un alcohólico”

Caso 2

“yo creo que tuve una niñez donde digamos yo no vi un hogar armónico entre mi padre



“y mi madre, Vivian distanciados, mi papa trabajaba lejos, y también la situación económica, el medio, osea una niñez sensible”

Caso 3.

Así mismo se han evidenciado que los problemas de pareja, mala comunicación y un mal manejo de resolución de problemas ha sido un factor que ha llevado a las personas a tener una recaída

“En aquel tiempo estaba casado por segunda vez y con esa mujer viví diez años, y los constantes desacuerdos, desavenencias, las iras, el resentimiento es lo que me llevaba a beber”

Caso 5.

“Tenía disgustos con mi esposa no me dejaba ver a mi hija, era caprichosa, se renegaba y me iba a beber, buscaba ese apoyo ese consuelo en el trago”

Caso 13.

4.1.2 Factores sociales

Va a influir el lugar donde se encuentre la persona y como se concibe el consumo de una sustancia, tal y como lo señala Becoña, et, al (2010) “los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas”

“definitivamente los motivos los amigos, que a veces a uno estando en una reunión toma el uno y el otro y dicen toma unido nomás no hace nada y uno se engaña y piensa que tomando uno se va controlar”

Caso 7

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006).



“En el barrio había una fiesta me invitaron y por haber venido de manos de una señora tome una dos o tres copas de vino y de champán me emborrache y fue la recaída”

Caso 6

Dentro de los factores que pueden provocar una recaída se encuentran la sociedad como un factor de alto riesgo, debido a que en la actualidad la mayoría de las personas miran el consumo de alcohol como algo que debe estar presente en nuestras actividades. Lo cual hace que el alcohol se encuentre en el vivir diario de aquellos que ya han tenido un tratamiento para superar el alcoholismo, estos factores sociales pueden estar representados por un grupo de amigos con el que anteriormente consumía, el barrio, o lugares que frecuentaba como bares o discotecas. Lugares que pueden predisponer a que las personas consuman no solo alcohol sino diferentes sustancias estupefacientes.

“Me invitaron a una fiesta, a un matrimonio, acudí, había alcohol en cualquier cantidad como en toda fiesta, como yo ya no estaba acudiendo al grupo estaba debilitado fui presa fácil de caer, fui a la barra pedí uno y todo se desató”

Caso 10

4.1.3 Factores individuales

Según Bernardo, 1999 (citado por Espinoza, Molina & Dotor, 2014), los signos más frecuentes en los pacientes que han experimentado una recaída a nivel individual son: cierta disfunción interna, retorno a la negación, comportamiento defensivo, confusión y reacción exagerada, depresión, pérdida de control del comportamiento y vuelta al colapso físico y emocional.

La mayoría de las personas concuerdan que la pérdida de control, participar de forma irregular en el tratamiento, la autosuficiencia, el pensar que ya está preparado para beber socialmente, provoca el retorno innegable a beber.



“pensé que ya podía dejar de beber por mi cuenta, deje de venir al grupo, deje de escuchar, me fui apartando del programa, me creí autosuficiente”

Caso 14

“Uno ya viene pensando cuando más o menos puedo tomar y si puedo volver a tomar un poco”

Caso 4

Como otro factor tenemos la confusión y reacción exagerada que se manifiesta en aquellas personas cuyo comportamiento es defensivo, se irrita fácilmente, no maneja adecuadamente su impulsividad, especialmente ante situaciones estresantes, donde se requiere un adecuado control interno, expresado en varias de las personas consultadas.

“me hacían tener iras en la casa, mi familia, mis papas, mi esposa mis hermanos, me dicen algo y de ahí se llena la cabeza y me pongo bravo y me dan ganas de ir a tomar por ahí”

Caso 9

Y por último tenemos el retorno a la negación donde la persona miente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado, tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones,

“estaba saliendo de la universidad y me acuerdo que mi pretexto o escusa favorita fue que me termino mi enamorada, un pretexto y mi justificación, no me gustaba hablar de lo que me pasaba entonces llame a mi madre le mentí muchas cosas para salir con unos panas a un viejo lugar de farra a donde quería ir”

Caso 11

4.1.4 Factor laboral

La gravedad de los consumos de alcohol y/o otras drogas en el medio laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por la Organización Internacional del Trabajo, la cual considera que los efectos nocivos del consumo de alcohol y



drogas en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol o las drogas. Indica también como el consumo de alcohol y drogas por los trabajadores produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto el consumo de alcohol y otras drogas es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al entorno que lo rodea (Ochoa, 2008).

Se puede observar que en el ámbito laboral así como en sus diversas actividades se encuentra la presencia de alcohol, sumado a esto el abuso de alcohol por parte de compañeros predispone a las personas que se mantiene en abstinencia a volver a beber.

El medio que frecuentaba es decir mí trabajo, realmente recaí y empecé a tomar trago con unos amigos del trabajo, en los juegos que se hacía ahí de futbol, indor, vóley.

Caso 12

1.2 PROCESO DE RECAÍDA

Según Martínez (2009, pág. 15-23), “la recaída es un proceso que inicia con ciertos síntomas que pueden ser percibidos por el paciente o familia y termina en la necesidad de volver a consumir la sustancia adictiva”. Propone un modelo en el cual se explica cómo se da el proceso de recaída, con fines didácticos ya que los procesos no son iguales en todas las personas y constan las siguientes etapas:

De acuerdo a la teoría y según las experiencias de los sujetos coincidimos que la recaída es un proceso donde las personas van experimentando ideas recurrentes de volver a consumir a largo de uno a tres meses antes de la recaída, durante este tiempo ellos reprimen emociones, alejándose del grupo de apoyo, aislándose de las familias y en si regresando a frequentar viejas amistades tal y como lo señala Martínez (2009), en la etapa de desarrollo dentro de la ruptura de los parámetros que es todo aquello que conduce y

precipita a la conducta adictiva, la visita a viejos lugares y amigos de consumo sumado a esto la no utilización de adecuadas herramientas de afrontamiento.

“La recaída no es de la noche a la mañana es un proceso que una va teniendo donde se va guardando las cosas, se hace autosuficiente, ya no quiere hablar con nadie, todo lo que ve le parece mal, todo lo que hace le apesta y más claro uno quiere volver a la misma vida que era antes. Vivir en abstinencia era algo maravilloso pero no me daba cuenta que en mi quería seguir tomando quería seguir haciéndome daño, quería seguir tocando fondo. La recaída ocurre en un abrir y cerrar de ojos, en un segundo eso es un proceso que estamos hablando de un mes, dos meses, cuando iba al grupo era para criticar no ver lo que yo hacía sino lo que hacía el resto, decía por que el resto no viene estarán tomando, estará fumando, esa mala información me la estaba metiendo en la cabeza, el alcohol era rico era mi vida y dejar eso no quería”

Caso 3

Me invitaron a una fiesta, a un matrimonio, acudí, había alcohol en cualquier cantidad como en toda fiesta, como yo ya no estaba acudiendo al grupo estaba debilitado fui presa fácil de caer, fui a la barra pedí uno, luego pedí otro hasta que termine emborrachándome hasta no saber ni como me llamaba, al siguiente día no tome ni un vaso de cerveza entonces ahí estuvo mi engaño, pensé que ya era capaz de controlarme, entonces dije así voy hacer ahora cuando tome al siguiente día no probare ni uno solo, pero me engañe, entonces en otra ocasión acudí a otra fiesta, pensé que ha de ser solo esa noche pero ya no pude controlar y me fui de largo.

Caso 10

Se señala también que dentro de la etapa de desenlace según Martínez (2009), donde la vuelta de consumo es inevitable van estar presentes los autoengaños caracterizada por la minimización los sentimientos de culpa y fracaso. Así como la violación de la abstinencia donde el consumo es nuevamente una realidad con una sensación de pérdida de control y sentimientos de culpa donde incluso la experiencia de consumo llega a ser peor que antes. Por último la reincidencia donde las personas mantienen un consumo moderado por varias oportunidades.

“me invitaron a Santa Lucía en la provincia del Guayas de compadre, fui padrino de bodas, algo bonito que yo nunca pensé hacerlo, me sentí tan orgulloso de mi mismo, pero ellos (familia) nunca pensaron que iba a recaer, entonces allá no pasa nada me sentí responsable siempre di la buena imagen, no hice quedar mal a mi familia porque fui con mi esposa, ya para regresarme de la fiesta pase por Guayaquil justo jugaba Barcelona, como soy hincha me fui a ver el partido con unos amigos, gano, salí, ahí paso todo, con unos panas nos fuimos a la zona rosa que no conocía, mi pana se estaba tomando su cerveza, ahí pensé y dije ahora es el momento de ponerme a prueba si puedo o no puedo, entonces tome, todavía me acuerdo que tomé cerveza light pensando que no me iba a hacer daño porque contenía menos cantidad de alcohol, tome dos cervezas no tome mas pero ya tomé, me retire de ahí, me fui en mi carro, ya me sentí autosuficiente dije ahora si ya puedo y así comenzó mi recaída, de ahí al mes dije nuevamente como ya pude controlarme la otra vez voy a hacer la prueba, nuevamente con unos amigos tome 4 cervezas no me fui de largo, en mi casa todo chévere, mi esposa nunca se enteró que ya estaba tomando, luego de 15 días nuevamente con dos amigos me puse a tomar, esta vez si ya tome una jaba y media es ahí cuando me emborrache ya no sé cómo llegue a la casa, me perdí, no me acuerdo de nada, después de eso me sentí mal, me sentía despechado, traicionado por mí mismo ósea yo sentí que le traicione a Dios, a pesar de esos sentimientos de culpa me empezó a gustar ya no necesitaba que me inviten, yo mismo estaba buscando el trago, ya el fin de semana salía por mi cuenta y tomaba, entonces así pase dos meses tomaba casi todos los días”

Caso 15

Además sería adecuado señalar que dentro del proceso de recaída según Martínez (2009), en la etapa inicial dentro del *cambio* denominado como relevante negativo en donde están aquellas situaciones de gran importancia que afectan negativamente al sujeto como por ejemplo la muerte de un familiar, puede llevar a una recaída. Sin embargo la prevalencia de esta etapa en las recaídas según los sujetos investigados es baja.

“El fallecimiento de mi padre, hizo que tenga una recaída muy grande tan grande que me dolió mucho, quería desfogarme y no sabía cómo entonces cogí de nuevo a



la bebida, casi todos los días durante dos años y no llegaba a la casa y mi familia ya no le

importaba lo que me suceda me dieron como un caso perdido”

Caso 8.

1.3 ROL DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN EL PROCESO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Según (Aguilar, 2001) los grupos de autoayuda son organizaciones con metas claras y manifiestas, con objetivos sanitarios, son de tamaño reducido y los miembros participan de forma voluntaria.

Según investigaciones los grupos de autoayuda tiene diversas propiedades a su haber por ejemplo proporciona a los individuos una sensación de esperanza y control sobre sus problemas y les ofrecen apoyo social para su sufrimiento y les da la oportunidad de compartir y adquirir información acerca de sus trastornos y tratamientos respectivos. Riesman, 1997; Schiff y Bargal, 2000 (citado en Gerrig & Zimbardo, 2005).

De acuerdo a las experiencias, las personas señalan en su gran mayoría que empezaron acudir a un grupo determinado de autoayuda, porque “les pasaron el mensaje” es decir un amigo en recuperación invita a aquella persona que tiene problemas con el alcohol, de esta forma como se maneja el grupo, así también señalan que la acogida es cálida y las experiencias que se viven dentro del grupo ayudan y fortalecen su abstinencia y recalcan sobre todo la libertad para asistir y compartir experiencias.

“un amigo del barrio estaba acudiendo al grupo, entonces a buena hora me dijo que viniera que me podía servir, que el en el grupo se estaba recuperando, entonces digamos que él fue el que me trajo por primera vez al grupo”

Caso 10



“Por la libertad que le dan a uno para la recuperación, aquí si quiere viene, si quiere comparte no es como en las clínicas, depende de uno y la buena voluntad de los compañeros para saber guiar y enseñarlas cosas que están bien, no estoy obligado a nada”

Caso 14

Ya dentro del rol que cumple el grupo de autoayuda es brindar un espacio para que las personas que asisten puedan desahogarse, compartir, sugerir y escuchar. Ellos consideran que lo más importante es que acuden sin obligaciones sin reglas, sin presiones, para lo cual el único requisito es que la persona desee el cambio. Manejando como eje central las experiencias individuales. Los que asisten a los grupos de apoyo encuentran muchos beneficios, el principal es continuar en abstinencia, luego la tranquilidad de sentirse bien consigo mismos y sus familias, el recobrar la confianza y la autoestima, reintegrarse social y laboralmente sin temores y vergüenza de lo que pueda decir la gente. Teniendo siempre la motivación de seguir asistiendo al grupo.

“He aprendido a valorarme como persona, he subido mi autoestima a valorar lo que uno tiene ya sea en la familia, en el trabajo, en la sociedad y sobre todo creo que he cambiado muchos defectos de carácter”

Caso 1

“en primer lugar la abstinencia al alcohol, y después que como ser humano tengo los mismos problemas que quizás de la gente que no bebe pero tengo un instrumento que aplicar póngase acepte o no acepte las cosas se dan, mantenerse con vida, salud, un reintegro ante la sociedad, se va ganando uno un poco más de respeto”

Caso 6

“para mi muchos, en la calle me respetan, tengo trabajo, me motivan, me dan confianza, mi familia está bien, he subido el autoestima”

Caso 8



“los beneficios personales que saca uno es los deseos de dejar de beber, ya no está con ese miedo, esa vergüenza del que dirán la gente porque uno andaba discriminado de chico y grande, andaba tildado, se burlaban”

Caso 13

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los individuos que asisten regularmente a grupos de autoayuda manifestaron que dentro de sus factores familiares ciertas actitudes como peleas constantes, la desconfianza, los sentimientos de rechazo y el abandono de la pareja provocan inestabilidad en ellos por lo cual retornan al consumo a manera de huida. Además una niñez disfuncional el jefe de hogar es decir el padre, consumía alcohol, provocó en los individuos vacíos emocionales que perduran a través del tiempo lo que desata el consumo en el individuo en un determinado momento. Por otro lado encontramos que la mala resolución de los problemas de pareja y la falta de habilidades en el afrontamiento del mismo ha llevado que los individuos vuelvan a consumir.
- Por otra parte, dentro de nuestra investigación se demuestra que las creencias erróneas y de aceptación hacen que nuestra sociedad no vea el consumo de alcohol como peligroso y esté presente en diferentes actividades donde la persona se desenvuelve. Además se evidencia que el retorno a viejos grupos de amigos, lugares que frecuentaba, como bares o discotecas son factores de alto riesgo para una persona que se encuentra en rehabilitación a volver a consumir.
- A nivel individual concordamos con Martínez(2009) que la recaídas se dan por “la ruptura de parámetros” es decir la irregularidad en la asistencia a grupos de autoayuda, seguido de la autosuficiencia representada en los pensamientos y creencias erróneas de estar preparados para volver a beber socialmente, provocaron innegables recaídas. Dentro de este mismo contexto la dificultad para controlar

su irritabilidad e impulsividad ante situaciones estresantes llevan a tomar decisiones erróneas una de ellas es regresar al consumo de alcohol.

- En lo que al ámbito laboral compete, más que un ambiente estresante, la presencia de alcohol, consumidores en el ambiente y las diversas actividades hacen que la persona ceda y abandone la abstinencia.
- En el proceso de la recaída los individuos manifiestan que durante su abstinencia van experimentando diferentes ideas recurrentes de volver a consumir, que se intensifican con el paso del tiempo, además reprimen emociones ante diversas circunstancias, empiezan distanciarse del grupo de apoyo se aíslan de las familias empezando a perder la comunicación, dando paso a la manipulación evadiendo las situaciones. El retorno a antiguas amistades y lugares como búsqueda de refugio con la idea errónea de que solo ellos los comprenden, dan como resultado lo que se conoce como autoengaño abriendo las puertas hacia la recaída.
- Los grupos de autoayuda cumplen un rol de acompañamiento por medio del cual las personas que acuden, lo hacen de forma voluntaria, brindando un espacio libre, donde los miembros manifiestan sus dificultades y adquieren aprendizajes al escuchar las experiencias de los otros miembros del grupo. El ambiente de acogida es cálido, aunque no hayan reglas manifiestas el respeto es mutuo. El grupo brinda beneficios como continuar en la abstinencia, la tranquilidad consigo mismos y con sus familias, recobrar la autoestima, la reinserción social y laboral, dejar de lado los temores y vergüenza, motivados siempre a continuar con el cambio.

5.2 Recomendaciones

- Se debería generar grupos de sensibilización en nuestra sociedad para difundir la labor desinteresada que cumplen los grupos de autoayuda en beneficio de las personas que tienen problemas con él alcohol.
- Motivar la implementación de mayores investigaciones enfocadas a los grupos de autoayuda, en su manera de trabajar y su programa dado los buenos resultados que han tenido en el acompañamiento de las personas alcohólicas ayudándolas a mantener su abstinencia.
- Dentro del proceso investigativo no se encontró el componente socioeconómico como un factor predisponente para las recaídas, sin embargo esto no da cuenta de que no podría existir una correlación con la misma. Se debería realizar investigaciones en este campo para encontrar posibles relaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. J. (2001). *La participacion comunitaria en salud: mito o realidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Alvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *revista hospital psiquiatrico de la habana*, 1.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicologos especialistas en psicologia clinica en formacion*. Barcelona: socidrogalcohol.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2002). Adicciones y salud. *Revista psicologica científica* , 1-4.
- Cajas, I. A. (2012). *“Estudio de los factores que inciden en la recaída del consumo de alcohol en pacientes de 18 a 21 años del Cra* . Cuenca , Azuay, Ecuador.
- Del Moral, M; & Fernandez, L. (2009). drogodependencias. En P. Lozano, *Drogodependencias* (págs. 1-25). Buenos Aires: Medica panamericana.
- Espada, J. P; & Méndez, F. X. (2006). Intervención familiar en la prevencion de las drogodependencias. En R. Fernandez, & R. Secades, *INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS* (págs. 200-229). MURCIA: Plan nacional sobre drogas.
- Espinoza, J; Molina, M; & Dotor, M. (2014). *Programa de prevención de recaídas en el paciente adicto, de la clinica de rehabilitación "el camino"*. Cuernavaca: Clínica el camino.
- Gerrig, R; & Zimbardo, P. (2005). *psicología y vida* . D.F Mexico: Pearson Education.
- Lopez, O., Ferrer, X., Lafarga, S., Honrubia, M., & Tudela, M. (Julio de 2011). Seguimiento de dependientes de alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una comunidad terapéutica. *Socidrogalcohol*, 289-298.
- Martinez Almudena, M. M. (2012). Los programas de intervencion en las socioadicciones o adicciones sin sustancia. *Innovagogía* , 1559-1570.



- Martinez, E. (2009). *prevencion de recaidas: un libro de herramienta para personas en recuperacion*. Bogota: colectivo aqui y ahora.
- Martinez, M., Trujillo, H., & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Andalucia: Egondi artes graficas .
- Moral de la Rubia, J. (2006). *Adición a las drogas: el problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial*. Iztacala, 1-20.
- O.S. G de A. A. . (1995). *Archivo Informativo*. New York: grapevine.
- Ochoa, E., & Madoz, A. (2008). *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med. Segur. Trab*, 25-32.
- Perez, A. (1995). Adiccion y enfermedad: Mito y Realidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 67-71.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México:fragmentacion y fortalezas. *Desacatos* , 13-30.
- Ruiz, J. I. (2012). *Teoria y practica de la investigacion cualitativa* . Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto .
- Sánchez, J. P., & Carrillo, F. X. (2006). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. En J. P. Espada, & F. X. Méndez, *INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS* (págs. 200-229). MURCIA.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Base de la investigacion cualitativa*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Tejeiro, R. (2001). La adicción a los videojuegos. Una revisión. *ADICCIONES*, VOL.13 NÚM. 4., PÁGS. 407-413.
- Zapata, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 87-94.



ANEXOS

ENTREVISTA

1) ¿Cuáles fueron las situaciones que lo llevaron a tener una recaída? ¿Cómo se dio?

.....
.....

2) ¿Qué motivos tuvo para volver a beber?

.....
.....

3) ¿Con quién bebía cuando recayó?, ¿Por qué? ¿Debido a que los prefería?

.....
.....

4) ¿Dónde preferentemente bebía? Y ¿Por qué?

.....
.....

5) ¿Existen familiares consumidores de alcohol? ¿Quiénes?

.....
.....

¿Cómo es su relación familiar?

.....
.....

6) ¿Cuáles considera usted que fueron los factores determinantes para su recaída?

.....
.....



7) ¿Cuando decidió recuperarse? Y ¿porque escogió el grupo de autoayuda?

.....

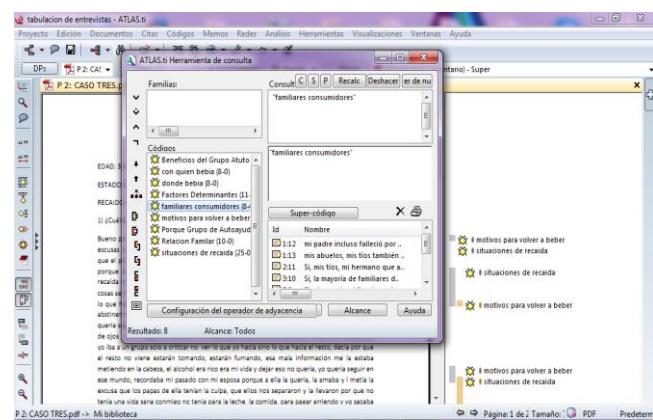
.....

8) ¿Qué beneficios encuentra en el grupo al que asiste?

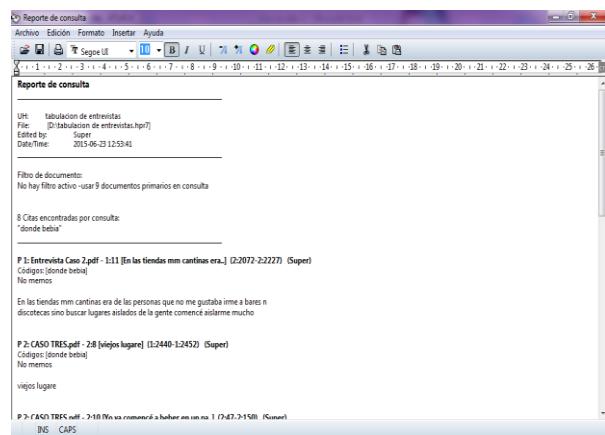
.....

.....

IMÁGENES DE PROCESAMIENTO DE DATOS EN EL PROGRAMA ATLAS ti



P 2: CASO TRES.pdf -> Mi biblioteca



Reporte de consulta

ID	Nombre	Alcance
1.1.2	mi padre incluso falleció por ..	
1.1.3	mis abuelos, mis tíos también ..	
2.1.1	Si, mis tíos, mi hermano que a ..	
3.1.0	Si, la mayoría de familiares d ..	

Resultados 8

Reporte de consulta

URI: tabulación de entrevistas
File: D:\tabulación de entrevistas.hpt
Edited by: Super
Date/Time: 2015-06-23 12:53:41

Filtro de documento:
No hay filtro activo - usar 9 documentos primarios en consulta

8 Citas encontradas por consulta:
"donde bebió"

P 1: Entrevista Caso 2.pdf - 1:11 [En las tiendas mm cantinas era.] (2:2072-2:2227) (Super)
Códigos: (donde bebió)
No memos

En las tiendas mm cantinas era de las personas que no me gustaba irme a bares n
discutirlos sino buscar lugares isolados de la gente comencé a beber mucho

P 2: CASO TRES.pdf - 2:8 [viejos lugares] (1:2440-1:2452) (Super)
Códigos: (donde bebió)
No memos

viejos lugares

P 3: CASO TRES.pdf - 2:10 [No va comenzó a beber an un no 1:2427-2:1500] (Super)
INS CAPS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre de los estudiantes: Wilmer Dionicio Cuji Córdova

Javier Patricio Tixi Sotamba

Dirección de correo electrónico:cujicordova25@gmail.com

Número de teléfono fijo: 2812881

Número de celular: 0998729672

1. TEMA

**FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS DE ALCOHÓLICOS
REHABILITADOS QUE CONCURREN A GRUPOS DE APOYO.**

2. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

En la actualidad el consumo masivo de alcohol y drogas se manifiesta con mayor fuerza convirtiéndose en un problema social que afecta a nuestra sociedad, personas de todas las edades y condiciones sociales se ven envueltas en esta problemática.

Conocemos, que en el Ecuador y particularmente en la ciudad de Cuenca el alcohol forma parte de la vida cotidiana y ha dejado de ser exclusivo de ciertos momentos, ceremonias o festividades, pudiendo observarse que el

alcohol se consume durante todo el año, en todos los momentos de la vida y sin importar edad, sexo, condición socioeconómica.

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo: 70% de la población mundial consume alcohol en alguna medida, por encima de los 15 años. (Cortes, 2006), 10% de los anteriores mencionados se convertirán en alcohólicos, 3 al 5 % son dependientes 10% de la población española sufre del Síndrome de dependencia del alcohol (Alcaraz, 2005) 60% de los accidentes de tránsito son provocados por personas alcoholizadas. (Godoy., 2006)

Según el *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*, El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

Según el (CONSEP, 2010) En el Plan Nacional Integral y control de drogas 2009-2012, nos informa que el Estudio Nacional sobre consumo de Drogas 2007 en hogares evidenció que, las drogas lícitas de mayor consumo nacional son el alcohol y tabaco; de igual manera menciona que las drogas ilícitas de mayor consumo son la marihuana, cocaína, pasta base.

En el ámbito del tratamiento y rehabilitación de la población que consume drogas, en el documento señalado por el (CONSEP, 2010) encontramos que en nuestro país se registra una escasa cobertura de los servicios frente a la creciente demanda de personas con problemas de drogodependencia, existiendo apenas 7 Centros Estatales para la atención personas con esta clase de problemática.

A pesar de que el alcoholismo es una enfermedad tratable, aún no existe una cura, las recaídas son frecuentes y éstas no significan que la persona no pueda eventualmente recuperarse del alcoholismo. (Eskapa, 2013)

La recaída es inherente al fenómeno del alcoholismo y no debe ser valorada como un fracaso. Consiste en un regreso al consumo de alcohol que tenía el sujeto antes de decidir abandonar el consumo, ya sea debido al tratamiento o por voluntad propia. Esta comienza antes de ingerir el tóxico y existen diferentes señales de aviso que indican el recomienzo del consumo. Existen diferentes factores inmediatos que favorecen la recaída, entre los cuales están: la presión de amigos bebedores, la existencia de conflictos, de estados psíquicos negativos y la propia dependencia fisiológica y psicológica al tóxico. Es importante considerar el estilo de vida del sujeto como un elemento que interactúa con los factores precipitantes señalados. El conocimiento de los factores que propician la recaída en el alcoholismo constituye un hecho de enorme significación práctica, ya que posibilita orientar el tratamiento para la prevención de estos factores o para la adquisición de habilidades y recursos para enfrentarlos. Desde el punto de vista teórico permite conformar un modelo explicativo sobre el proceso de recaída. (Alvarez A. L., 2011)

Entre las personas que han recibido tratamiento del alcoholismo, aproximadamente el 70% refieren una reducción del número de días de consumo de alcohol y una mejoría de su salud a los 6 meses. La mayoría tienen por lo menos un episodio de recaída durante el primer año de tratamiento, sin embargo beben con menor frecuencia y toman una menor cantidad de alcohol que antes del inicio del tratamiento, pasando a estar abstinentes en el 70% al 90% de los días y presentando consumo excesivo de alcohol sólo en el 5% al 10% de los días, cosa que solía ocurrir en la mayoría de los días antes del inicio del tratamiento (Josep Guardia Sereigni, 2007)

"Los factores que pueden causar una recaída son las situaciones de gran disponibilidad de bebidas alcohólicas, la relación persistente y frecuente con las personas con las que uno solía beber, frecuentar los mismos lugares donde uno bebía, el estrés y los estados emocionales negativos causados por conflictos con los demás, disgustos, enfados y malas noticias", explica Josep Guardia (Cerda, 2004)



Existen diferentes estadios dentro de la recuperación de las personas alcohólicas siendo el estadio de mantenimiento el más propenso a una recaída debido a que la persona luego de los seis meses de iniciado el cambio, intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. (B, y otros, 2009)

En la ciudad de Cuenca observamos en los últimos tiempos la aparición de grupos de autoayuda, cuyo objetivo principal es que personas que hayan pasado por un problema de alcoholismo, permanezcan abstinentes de esta sustancia, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad.

Tenemos conocimiento que los grupos de autoayuda son grupos de ex alcohólicos o de ex adictos que se juntan periódicamente, apoyándose mutuamente en la recuperación. Los más conocidos son alcohólicos anónimos (AA) y narcóticos anónimos (NA), los que han mostrado ser muy útiles en apoyar la abstinencia y adhesión al tratamiento.

La presente investigación tratará de conocer cuáles son los factores asociados a las recaídas de alcohólicos que asisten a estos grupos de autoayuda.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados que inciden en la recaída de alcohólicos recuperados en centros de recuperación que asisten a grupos de autoayuda en Cuenca?

¿Cómo son interpretados estos factores por las personas que han recaído?

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los factores asociados a recaídas de alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de autoayuda en la ciudad de Cuenca.



Objetivos Específicos.

- Fundamentar científicamente el proceso de recaída y sus factores asociados.
- Establecer los factores de incidencia en la recaída de personas alcohólicas recuperadas.
- Explicar el rol de los grupos de autoayuda en el proceso de prevención de recaídas de personas alcohólicas recuperadas.

5. JUSTIFICACIÓN

Numerosas investigaciones sobre las recaídas en pacientes rehabilitados entre ellas Vaillant (1983) que realizó un seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol y observó que a los 2 años de tratamiento el 63% había vuelto a su conducta adictiva, y al final del seguimiento de 8 años de duración, el 95% de la muestra había reanudado su consumo de alcohol ocasionalmente, nos hace notar que las recaídas fueron consideradas durante muchos años como el fracaso del tratamiento.

Frente a esta afirmación podemos darnos cuenta de que en la ciudad de Cuenca no se encuentran investigaciones que hayan estado dirigidas a cubrir esta problemática. Esta realidad justifica la presente investigación , ante la necesidad de conocer cuáles son los factores asociados a recaídas de alcohólicos recuperados que asisten a grupos de autoayuda en la ciudad de Cuenca, considerando que los alcohólicos rehabilitados se enfrentan a situaciones de alto riesgo en las que los individuos deben aprender a manejar y superar con sus características individuales y su experiencia personal , y en los que los grupos de autoayuda actúan reforzando las decisiones de los individuos evitando su contacto con el alcohol. En los grupos de autoayuda se fomenta la sinceridad de sus componentes en búsqueda de una esperanza de recuperación, situación que nos permitirá conocer de manera más real cuáles fueron los factores que los llevaron a una recaída en el consumo del alcohol.

También la investigación se justifica por su relevancia social y humana, pues beneficiará en forma directa a alcohólicos recuperados que podrán comprender los factores que los llevaron a su recaída, sus familias que comprenderán su verdadero rol en el proceso de recuperación, además de ser un aporte a la comprensión del problema dentro de nuestra realidad.

6. MARCO TEÓRICO

Según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años. Sin embargo El grupo mayoritario lo conforman personas entre 19 y 24 años en el consumo de alcohol. Le siguen aquellos entre 25 y 45 años, quienes para cualquier situación siempre buscan un buen pretexto para beber. A esto lo consideran ser bebedores sociales.

Las acciones de autoridades, organismos de control, expertos en la materia, no han dado los resultados esperados, observándose que el consumo abusivo de estas sustancias crece incontrolablemente y a edades más tempranas, trayendo como consecuencia daños en términos de salud pública , y problemas en la seguridad ciudadana, como accidentes de tránsito, episodios de violencia pública, intra familiar, entre otros.

Esta problemática ha sido motivo de preocupación a nivel del gobierno, encontramos que: la Carta Magna del Ecuador (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR, 2008) en el Art.364 norma que, “*Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.*”

Dr. Horacio Castellano, (2001) Especialista en prevención y asistencia de las adicciones de la Universidad de Morón. Argentina afirma que: “El problema de

las adicciones ha tomado dimensión mundial y no discrimina clases sociales. La recuperación plena de los adictos que hacen tratamiento, sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún luego del alta, por lo cual se constituye en un tema de fundamental investigación: *conociendo las causas y los factores de riesgo y protección, éstas podrían ser prevenibles, y por extensión, también el inicio del consumo.*"

PREVENCION:

La prevención de recaídas (PR) es el punto central y más original de la terapéutica de las adicciones. Vaillant (1983) realizó un seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol y observó que a los 2 años de tratamiento el 63% había vuelto a su conducta adictiva, y al final del seguimiento de 8 años de duración, el 95% de la muestra había reanudado su consumo de alcohol ocasionalmente.

RECAIDA GRAVE SITUACION:

Por su parte Gilberto Espino González (2002) informa que Al hablar de recaída en una adicción a sustancias nos enfrentamos ante una grave situación, y aunque para algunas personas serviría como parte de un proceso en su recuperación, para otras desafortunadamente llega a ser fatal.

RECAIDA COMO ETAPA DE UN PROCESO:

Prochaska y Di Clemente estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio de consumidor a abstинente se produce en una sucesión de etapas, afirman que la etapa de la recaída fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de

gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

AFIRMACION Y CONSOLIDACION:

González Regadas (2001) afirma con respecto a los adictos recuperados que: “la persona tiene que sentirse muy afirmada y consolidada en los logros que ha tenido, ya que la etapa de separación del centro de tratamiento conlleva la elaboración de un duelo, en la que se dan tendencias a buscar momentos de refusión, ya sea con el objeto arcaico, o con la Comunidad Terapéutica, evitando o postergando así la salida.”

GRUPOS DE AUTO-AYUDA:

Según Katz y Bender (1976), y adoptando la definición de la Organización Mundial de la Salud se define de la siguiente manera: «los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un desliz o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. (LÓPEZ, 1998)

AA:

Existe evidencia empírica de Grupos de Apoyo como los de Alcohólicos Anónimos (AA), así como de diversas investigaciones de estudios sobre adicciones, de que la abstinencia en el consumo de alcohol u otras sustancias adictivas, incluyendo la dependencia de la nicotina al tabaco tiene un efecto positivo sobre las recaídas. Es decir que el índice de recaídas se observa más lejano en la medida que se mantiene el adicto-alcohólico en abstinencia.

Los grupos de autoayuda actúan reforzando las decisiones del individuo, evitando su contacto con el alcohol. Se basan en que el miembro del grupo es



incapaz de enfrentarse por si solo a los problemas del alcohol, fomentando la sinceridad entre los componentes y buscando la esperanza de la recuperación. La edad promedio es de 30 años, y hay un aumento de mujeres en los grupos y de personas con otras adicciones concomitantes.

Se ha demostrado que AA tiene la capacidad para estimular elementos cognitivo-conductuales como la autoeficacia, evaluación de daño (expectativas negativas), y el compromiso con el cambio las cuales pueden asociarse con largos periodos de abstinencia (Reinaga, Palos, A, & Juarez Garcia)

7. METODOLOGÍA

El enfoque de la presente investigación es cualitativo, ya que se tiene planificado en la primera fase de la investigación la aplicación de una entrevista semi estructurada para la obtención y recolección de datos de los posibles factores que podrían estar influyendo en la recaída, siendo la población escogida individuos que se concurren a grupos de autoayuda.

El rango de la población estudiada serán varones adultos de 18 a 65 años de edad, recaídos, para lo cual se trabajara con grupos de auto ayuda de la ciudad de cuenca esperando alcanzar una muestra de 15 individuos, esta investigación tendrá carácter de no probabilística, (HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, & BAPTISTA, 2010) es decir estará relacionada con los objetivos de la investigación. Los criterios de inclusión y de exclusión considerarán a adictos alcohólicos recuperados que asisten a grupos de autoayuda y no se tomara en cuenta el nivel de C.I de los individuos.

Se tiene planificado que para la aplicación de las entrevistas se realizara un consentimiento informado, demostrando la aceptación y cooperación no forzada de los individuos en esta investigación.

La segunda fase consistirá en la tabulación, transcripción y análisis de la información recolectada en las entrevistas.



Esta técnica o instrumento estará centrada en la investigación bibliográfica para lo cual se tomarán los principales aportes de autores expertos en la materia, revistas, artículos, diccionarios especializados, páginas Web, etc.

La información recolectada así como la transcripción de la misma, obtenida luego de la aplicación de las entrevistas, será presentada mediante un informe final como anexo. Situación que nos permitirá la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

8. ESQUEMA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO I

LAS ADICCIONES Y EL PROCESO DE RECAÍDA

1.1 Las adicciones : definición

1.1.2 Causas de la adicción

1.1.3 Proceso de la adicción

1.1.4 Tipos de adicción

1.1.5 Características de una persona adicta : Síntomas

1.1.6 Proceso de rehabilitación: Objetivos y tratamiento

1.2 La Recaída : definiciones

1.2.1 El proceso de recaída: Etapas

1.2.2 Etapa Inicial: Cambio, Negación, Labilidad emocional

1.2.3 Etapa de desarrollo : Regresión, Fenómeno de la bola de nieve y el vaso de Agua; Ruptura de parámetros



1.2.4 Etapa de desenlace : Autoengaños; Violación de la abstinencia; Reincidencia; Recaída.

1.3 Creencias erróneas en torno a la recuperación y recaída

1.4 Señales de alerta, motivación y tratamiento

1.5 Signos individuales y familiares en el proceso de recaída

1.6 Sentimientos y actitudes que se dan después de una recaída

CAPITULO II

FACTORES DE INCIDENCIA EN LA RECAÍDA DE ADICTOS RECUPERADOS

2.1 La Familia como factor de riesgo

2.1.1 La familia dentro del proceso de rehabilitación

2.2 El proceso de rehabilitación como un factor de riesgo

2.2.1 Programas y procesos de rehabilitación en una Comunidad Terapéutica

2.3 La sociedad como un factor de riesgo:

2.3.1 Influencia social en la recaída de un adicto

2.3.1.1 Condiciones socioeconómicas

2.3.1.2 El trabajo como factor de riesgo

2.3.1.3 Dificultades legales

2.4 Factores que incrementan el proceso de una recaída

2.5 Los recaídos crónicos.



CAPITULO III

LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANONIMOS EN LA PREVENCIÓN DE RECAIDAS

3.1 Resumen histórico de su estructuración

3.2 Alcohólicos anónimos: Enunciado

3.3 El Plan 24 horas

3.4 El programa de los 12 pasos de AA.

3.5 Las 12 tradiciones de A.A

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de la aplicación de la encuesta a alcohólicos rehabilitados

3.2 Análisis de las entrevistas a Directivos de Centros de Rehabilitación

3.3 interpretación de los resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía



Anexos.

10. CRONOGRAMA DE TRABAJO

CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL PROYECTO DE TESIS

CAPITULOS	CRONOGRAMA SEMANAL																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Capítulo 1 - LAS ADICCCIONES Y EL PROCESO DE RECAÍDA 1.1 Las adicciones: Definición .- Causas 1.2 Proceso de la adicción .- Tipos 1.3 Características de una persona adicta .- Síntomas 1.4 Proceso de rehabilitación: Objetivos; Tratamiento 1.5 Proceso de recaída: Definiciones –Etapas 1.6 Creencias erróneas en torno a la Recuperación y recaída 1.7 Señales de alerta: Motivación y tratamiento 1.8 Signos individuales y familiares 1.9 Sentimientos y actitudes.	■	■	■	■	■																			
Capítulo 2 – FACTORES DE INCIDENCIA EN LA RECAÍDA 2.1 La familia como factor de riesgo 2.2 El proceso de rehabilitación como factor de riesgo 2.3 Programas y procesos de rehabilitación en una Comunidad T. 2.4 La sociedad como factor de riesgo 2.5 Otros factores que incrementan el proceso de recaída 2.6 Los recaídos crónicos					■	■	■	■	■	■														
Capítulo 3 – GRUPOS DE A.A. EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS 3.1 Enunciado : Plan 24 horas										■	■	■	■											



- 3.2 El Programa de los 12 pasos
- 3.3 Las 12 tradiciones de A.A

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Capítulo 4 - ANÁLISIS DE RESULTADOS

- 4.1 Análisis e interpretación de resultados de la encuesta
- 4.2 Análisis de la entrevista

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Capítulo 5 - CONCLUSIONES

- 5.1 Conclusiones finales
- 5.2 Recomendaciones

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24



2.15 Cronograma: detalla las actividades y el tiempo previsto, en base a la normativa y tiempos vigentes.

PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROYECTO DE TESIS																									
CAPÍTULOS	CRONOGRAMA SEMANAL																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Capítulo 1 –ADICCIONES Y EL PROCESO DE RECAÍDA L																									
Capítulo 2 - FACTORES DE INFLUENCIA EN LA RECAÍDA																									
Capítulo 3 – GRUPOS DE A.A en la prevención de recaídas																									
Capítulo 4 – ANÁLISIS DE RESULTADOS																									
Capítulo 5 –CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES																									

11. FUENTES CONSULTADAS

1. BECK A. Wright F. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
2. BERNARDO, María Heloisa: *Como abordar las reincidencias o recaídas no consumo de Substancias Psicoactivas*, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo 1999.
3. CAPLAN G.: *Principios de psiquiatría preventiva*, Paidós, Buenos Aires., 1985.
4. DRAGOTTO Pablo, SUÁREZ Alejandra: *Prevención de Recaídas. Su implementación en el tratamiento de adolescentes por abuso de sustancias. Programa Cambio*. VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo 1999.
5. ELLIS, Albert *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1966.
6. Forsselido, G. y cois.: *Manual regional de educación preventiva participativa para jóvenes y padres*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1999.
7. González Regadas, E. M.: *Comunidad Terapéutica y trastornos duales*, Psicolibros, Montevideo, 2001.
8. Goti Elena: *La comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*, 3^a ed., Nueva Visión, Buenos Aires, 2000, p.102.
9. Nahas, G. et al.: *Manual de toxicomanías*, Masson, España, 1992, pp. 33 y 104.

10. NIDA: *Enseñanzas de Investigaciones sobre la Prevención*, en *Boletín Foro Alcoholismo y otras Farmacodependencias*, INN-OEA, año 13, n.37, segunda época, Montevideo, dic. 2001, pl8.
 11. Ortiz Frágola, A.: *El Médico y el Psicólogo ante el paciente adicto: la evolución y el tratamiento*, en Mussacchio de Zan A. y colabs.: *Drogadicción*, 2^a ed., Paidós, Buenos Aires, 2000.
 12. RSHAID, José María: *La recaída un punto esencial en el tratamiento del drogodependiente*, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo de 1999.
 13. SCAFATI, Hugo: Dispositivo inespecífico de prevención, monitoreo y abordaje de la recaída post- tratamiento, Comunidad terapéutica Aser, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo de 1999.
 14. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR. (2008). Quito.
- Alvarez, A. L. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. google academico, 1.
- B, E., C, M., A, F., B, C., B, J., I, L., y otros. (2009). Manual de adicciones para psicologos especialistas en psicología clínica en formacion . madrid : sociodrogalcohol.
- Cajas, I. A. (2012). "ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA RECAÍDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES DE 18 A 21 AÑOS DEL CRA . Cuenca , Azuay, Ecuador.
- Cerda, H. (28 de diciembre de 2004). Bajo las sombras de la recaida . El País , págs. 1-2.
- CONSEP. (2 de MARZO de 2010). Recuperado el 18 de MARZO de 2014, de PLAN NACIONAL INTEGRAL Y CONTROL DE DROGAS : http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR
- Eskapa, R. (2013). La cura del alcoholismo. En R. Eskapa, E L M É T O D O S I N C L A I R una cura del alcoholismo medicamente probada (pág. 15). Texas: Copyright c 2013 del Dr. Roy Eskapa.

Godoy., S. F. (abril de 2006). FACTORES QUE CONDICIONAN LA RECAÍDA EN LOS ALCOHOLICOS. PROPUESTA EN LA PREVENCION DE RECAIDA. tesis. Habana, Chile: <http://www.thesis.uchile.cl/>.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, P. (2010). Metodología de la Investigación . México: Mc Graw Hill Educación : Quinta Edición .

Humberto Guajardo, D. K. (2006). Manual terapeutico para la rehabilitacion de los trastornos adictivos . Tinta : Universidad de Santiago Chile.

Jesus, E., Marco, M., & Margarita, D. (s.f.). scribd. Recuperado el 6 de febrero de 2015, de es.scribd.com/doc/243945782/CLINICA-EL-CAMINO-PREVENCION-DE-RECAIDAS-en-adicciones-pdf

Josep Guardia Serecigni, M. A.-A. (marzo de 2007). ajarjen.org. Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

LÓPEZ, Y. D. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en apoyo social. Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT_06_08.pdf

Martinez, E. (2009). prevencion de recaidas: un libro de herramienta para personas em recuperacion. Bogota: colectivo aqui y ahora.

Reinaga, G., Palos, A., A, J., & Juarez Garcia, F. (s.f.). google academico. Recuperado el 1 de diciembre de 2014, de http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/poster/gutierrez_reynaga.pdf