



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TÍTULO:**

LA LOGOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DE LAS  
PERSONAS DROGODEPENDIENTES DEL CENTRO  
DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES EN CONFLICTO  
CON LA LEY RIOBAMBA PERIODO AGOSTO 2012  
ENERO 2013

**AUTOR: (S)** Sridam Arévalo

Jessica Duche

**TUTORA:** PS. CL. SOLEDAD FIERRO

**RIOBAMBA ENERO DE 2013**

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado. Presentado por Sridam Arévalo Lara y Jessica Duche Camacho para optar por el título de Psicólogo Clínico, y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación:

Riobamba, 1 de agosto de 2012

---

Ps. Cl. Soledad Fierro.

## DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros Sridam Arévalo y Jessica Duche somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **DEDICATORIA**

A mí amada madre

*Sridam.*

## **DEDICATORIA**

Con el mayor afecto a mis padres y hermano por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

*Jessica*

## **AGRADECIMIENTO**

Al incansable esfuerzo de mi padre. A la fe inquebrantable de mi madre. A la inspiración proveniente del trabajo de mis hermanas. Agradezco a mi familia por la tolerancia, paciencia y sobre todo el amor que me permitieron luchar por la consecución de este objetivo tan anhelado para mí. Y a mí amada Radhe por su amor incondicional.

Mi agradecimiento es infinito, porque infinitas son las personas y los factores que me permitieron alcanzar el objetivo profesional. Nombrar a todas las personas que me apoyaron es imposible, pero sépanse que su luz alumbrara perennemente mi mente y dará abrigo a mi corazón. ¿Qué sería de mí, sin todos ustedes?

*Asatoma sat gamaya, tamasoma jyotir gamaya, mrityorma amritar gamaya*

*Sridam*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud principalmente está dirigida a mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas, algunas están conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Gracias Papi, Mami y querido hermano por confiar en mí, por su paciencia, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

En especial a mi amigo y compañero de Tesina Sridam por guiarme en nuevos horizontes en el conocimiento y por ser un verdadero amigo.

Además a mis Abuelitos, primas y primos, tíos gracias por su respaldo en este periodo académico.

Espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso, sincero e incondicional apoyo.

*Jessica*

## **INDICE GENERAL**

PORTADA	I
ACEPTACIÓN DE TUTOR	II
DERECHOS DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE CUADROS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XV
RESUMEN	XX
SUMMARY	XXI

INTRODUCCIÓN	1
--------------	---

## **CAPITULO I**

PROBLEMATIZACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
JUSTIFICACIÓN	6

## **CAPITULO II**

MARCO TEÓRICO	10
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	10
POSICIONAMIENTO PERSONAL	10
LOGOTERAPIA	11
Definiciones de Logoterapia	11
Objetivos de la Logoterapia	12
Fundamentos de la Logoterapia	13
Libertad de Voluntad	14
Voluntad de Sentido	15
Sentido de Vida	16
Realizando el sentido de vida a través de los valores	17
Realizando una Acción	17
Acogiendo las donaciones de la Existencia	17
Por el Sufrimiento	19
Antropología Tridimensional en la Logoterapia	21
Aplicación de la Logoterapia	24
Técnicas Logoterapéuticas	24
Técnicas no Específicas	24
Técnicas Específicas	29

REHABILITACIÓN DE	
DROGODEPENDENCIAS	34
Conceptos básico de Drogodependencias	34
Drogodependencias	34
Abuso de sustancias psicoactivas	35
métodos de tratamientos	
Dependencia Física	35
Dependencia psicológica	36
Crisis de abstinencia	36
Causas de la adicción	37
Características del adicto	40
Períodos de la adicción	42
Drogadicciones Noogenas	44
Algunas tipologías relacionadas con la drogodependencia y el vacío existencial	48
Rehabilitación de drogodependencias.	49
Definición de Rehabilitación	50
Proceso psicoterapéutico	51
Características de los diferentes métodos de tratamiento	53
Proceso de Rehabilitación desde el punto de vista de la Logoterapia	61
Aplicación de la Logoterapia y sus técnicas en el CAAL	63



DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	65
HIPÓTESIS Y VARIABLES	73
HIPÒTESIS	73
VARIABLES	73
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74

### **CAPITULO III**

MARCO METODOLÓGICO	76
MÉTODO	76
MÉTODO CIENTÍFICO	76
TIPO DE INVESTIGACIÓN	76
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	76
TIPO DE ESTUDIO	76
POBLACIÓN Y MUESTRA	76
POBLACIÓN	76
MUESTRA	76
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	77
Inclusión	77
Exclusión	77
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77

Técnicas e instrumentos	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	78
TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	79
COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	99
<b>CAPITULO IV</b>	
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	107

## ÍNDICE DE CUADROS

### DATOS ESTADÍSTICOS DE LA ENCUESTA TOMADA A LOS INDIVIDUOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY

#### CUADRO N°1

PREGUNTA N°1 79

**Consumo de droga**

#### CUADRO N° 2

PREGUNTA N°2 80

**Tiempo del consumo.**

#### CUADRO N° 3

PREGUNTA N°3

**Frecuencia del consumo**

#### CUADRO N° 4

PREGUNTA N° 4 81

**Deseo intenso de consumo**

#### CUADRO N° 5

PREGUNTA N° 5 82

**Controlar sobre el consumo.**

<b>CUADRO N° 6</b>	
PREGUNTA N° 6	83
<b>Tolerancia al consumo.</b>	
<b>CUADRO N° 7</b>	
PREGUNTA N° 7	
<b>Abandono de actividades por el consumo.</b>	84
<b>CUADRO N° 8</b>	
PREGUNTA N° 8	
<b>Consumo perjudicial.</b>	85
<b>CUADRO N° 9</b>	
RESUMEN GLOBAL DE LA ENCUESTA	87

## **DATOS ESTADÍSTICOS DEL LOGOTEST ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA LOGOTERAPIA**

### **CUADRO N° 10**

PRIMERA PARTE DEL LOGOTEST	88
----------------------------	----

### **CUADRO N° 11**

SEGUNDA PARTE DEL LOGOTEST	89
----------------------------	----

### **CUADRO N° 12**

TERCERA PARTE DEL LOGOTEST	90
----------------------------	----

### **CUADRO N° 13**

ANÁLISIS GLOBAL DEL LOGOTEST	91
------------------------------	----

**DATOS ESTADÍSTICOS DEL LOGOTEST DESPUES DE LA APLICACIÓN  
DE LA LOGOTERAPIA**

**CUADRO N° 14**

PRIMERA PARTE DEL LOGOTEST	93
----------------------------	----

**CUADRO N° 15**

SEGUNDA PARTE DEL LOGOTEST	94
----------------------------	----

**CUADRO N° 16**

TERCERA PARTE DEL LOGOTEST	95
----------------------------	----

**CUADRO N° 17**

ANALISIS GLOBAL DEL LOGOTEST	97
------------------------------	----

## INDICE DE GRÁFICOS

### **GRÁFICO N° 1**

Lukas, Elisabeth. Logoterapia: La búsqueda del Sentido. 15

### **GRÁFICO N° 2**

Proyección de un cuerpo en dimensiones diferentes 22

### **GRÁFICO N° 3**

Proyección de diferentes cuerpos en una dimensión inferior. 23

**DATOS ESTADÍSTICOS DE LA ENCUESTA TOMADA A LOS  
INDIVIDUOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES EN  
CONFLICTO CON LA LEY**

**GRÁFICO N° 4**

PREGUNTA N°1

**Consumo de drogas.** 79

**GRÁFICO N° 5**

PREGUNTA N°2

**Tiempo de consumo de drogas** 80

**GRÁFICO N° 6**

PREGUNTA N°3

**Frecuencia del consumo de drogas.** 81

**GRÁFICO N° 7**

PREGUNTA N° 4

**Deseos intensos de consumir droga.** 82



**GRÁFICO N° 8**

PREGUNTA N° 5

**Controlar del consumo de droga.** 83

**GRÁFICO N° 9**

PREGUNTA N° 6

**Tolerancia al consumo de droga.** 84

**GRÁFICO N° 10**

PREGUNTA N° 7

**Abandono de actividades por el consumo  
de drogas.** 85

**GRÁFICO N°11**

PREGUNTA N° 8

**Consumo perjudicial** 86

**GRÁFICO N° 12**

**RESULTADO GLOBAL DE LA  
ENCUESTA** 87

**DATOS ESTADISTICOS DEL LOGOTEST ANTES DE LA APLICACIÓN  
DE LA LOGOTERAPIA**

**GRÁFICO N° 13**

PRIMERA PARTE DEL LOGOTEST 88

**GRÁFICO N° 14**

SEGUNDA PARTE DEL LOGOTEST 89

**GRÁFICO N° 15**

TERCERA PARTE DEL LOGOTEST 90

**GRÁFICO N° 16**

ANALISIS GLOBAL 91

## **DATOS ESTADISTICOS DEL LOGOTEST DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LA LOGOTERAPIA**

### **GRÁFICO N° 17**

PRIMERA PARTE DEL LOGOTEST	93
----------------------------	----

### **GRÁFICO N° 18**

SEGUNDA PARTE DEL LOGOTEST	94
----------------------------	----

### **GRÁFICO N° 19**

TERCERA PARTE DEL LOGOTEST	95
----------------------------	----

### **GRÁFICO N° 20**

ANALISIS GLOBAL DEL LOGOTEST	97
------------------------------	----

## RESUMEN

En el transcurso de la recolección de la información se ha logrado evidenciar un alto número de problemas de naturaleza existencial de los jóvenes que están privados de libertad en el CAAL debido a un pobre desarrollo interior de la voluntad de sentido. A través de esta investigación se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos desde el inicio, determinar los efectos de la Logoterapia en la Rehabilitación de las personas Drogodependientes del CAAL, identificar los problemas existenciales a través del Logotest de los individuos que consumen drogas internados en el Centro de Atención a adolescentes en Conflicto con la ley de la ciudad de Riobamba, aplicar técnicas Logoterapéuticas a las personas drogodependientes, incorporando actitudes favorables para que propicien el reencuentro con su sentido de vida y verificar los efectos de la logoterapia a través de la ficha de seguimiento y del Logotest (retest) en el proceso de rehabilitación de los drogodependientes.

Debido a la importancia que tiene el desarrollo del sentido de vida en las personas se ha realizado una revisión teórica a través de todas las definiciones, estudios, autores, que han trabajado en este campo, para después incluirlas en esta investigación. Se desarrolló una ficha de registro y seguimiento Logoterapéutico, con el fin de evaluar el proceso de desarrollo de la voluntad de sentido durante el programa de Logoterapia, el cual constó de doce sesiones flexibles a las necesidades y particularidades del grupo, se aplicó una encuesta y un Logotest antes de la Logoterapia y posterior a la logoterapia se aplicó el re-test del Logotest y con dichos resultados se ha demostrado la hipótesis de la investigación, la misma que puntualiza: “La Logoterapia causa efectos positivos en las personas drogodependientes del Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley de la ciudad de Riobamba”. Esto se ve reflejado en el descenso porcentual de las patologías en el nivel moderado y grave de un 25% y 13% respectivamente a un 0%. Se concluye de esta manera mencionando que se ha logrado mejorar su desarrollo existencial y su actitud frente a la vida, reduciendo la frustración existencial la cual es la base para la drogodependencia y otras patologías.

## **ABSTRACT**

During the data collection has been evidenced a high number of problems of existential nature of youth who are detained in the Adolescent Care Center in Conflict with the Law due to poor internal development will sense. Trough this research achievement of compliance objectives at the beginning, to determinate the effects of speech therapy in the rehabilitation of drug abusers Care Center for Adolescents in Conflict with the Law, the existential problems of identifying individuals drug users admitted to the Care Center Adolescents in Conflict with the Law of Riobamba City, Logoterapeutic apply techniques for drug abusers, incorporating favorable attitudes helpful to join up with their sense of life and verify the effects of logo therapy in the rehabilitation of drug addicts.

Due to the importance of developing a sense of life in the people has made a theoretical review by all definitions, studies, authors who have worked in this field, for later inclusion in this research. A registration was developed and monitoring logo therapeutic, to evaluate the developing process the will to meaning in speech therapy program, which consisted on twelve sessions flexible to the needs and particularities of the group, were surveyed and one Logo test before and after speech therapy were was applied Logo test re test and those results have shown the research hypothesis, the same points: Logoterapy cause positive effects on drug abusers Care Center Adolescents in Conflict with the Law of Riobamba city. It concludes that development has improved its existential and attitude towards life, reducing existential frustration which is the basis for drug dependence and other conditions.

## INTRODUCCIÓN

La persona es un ser libre cuya motivación primaria no es el instinto del placer (como en Freud), ni el afán de poder (como en Adler), sino la voluntad de sentido. Es decir, no se mueve por impulsos, empujado desde el pasado sino que su motor está delante, en la meta intelectualmente conocida y libremente aceptada.

La búsqueda del sentido de vida constituye una fuerza y necesidad primaria en el ser humano (1) Al obviar esto el hombre cae en lo que se puede llamar el complejo de vacuidad existencial.

Contrariamente al animal el hombre carece de instintos que le digan que hacer, y a diferencia del hombre del pasado el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan qué hacer entonces ignorando lo que tiene que hacer e ignorando lo que debe ser, parece muchas veces no saber lo que quiere en el fondo. Entonces solo quiere lo que los demás hacen (conformismo) o bien solo hacer lo que otros quieren, o que quieren de él (totalitarismo) (2).

El conformismo y totalitarismo intervienen entonces constituyendo la díada esencial que integran este complejo de vacuidad.

Este Vado existencial se puede presentar disfrazado de diversas facetas. A veces la frustración de la voluntad de sentido se compensa mediante la voluntad de poder en lo que cabe su expresión más primitiva la voluntad de tener dinero. En otros casos en que la voluntad de sentido se frustra viene a ocupar lugar la voluntad de placer. (1) Esta forma de voluntad de placer se presenta en diferentes maneras a través de la promiscuidad, consumismo y en fin de cuentas de los excesos principalmente de las drogas, así podemos ver que la gente joven se halla frustrada en su originaria voluntad de sentido ahora consumen LSD y repentinamente el mundo aparentemente sin sentido cobra para ellos una plenitud de sentido. Pero no es sentido sino una sensación de sentido, los jóvenes se conforman solamente con eso y eso trae emparejadas graves peligros. (3)

En el medio los excesos adquieren la forma más clásica que es el consumo de alcohol y diversos tipos de drogas ilegales, tomando en cuenta que el consumo de dicha sustancia no hace distinción de género, edad ni estrato social. Motivo por el cual se llevó a cabo un programa de Logoterapia de orientación humanista-existencial que intenta propiciar el encuentro de las personas drogodependientes con su voluntad de sentido lo que proporcionará al individuo una reorientación en su una motivación humana básica.

Esta investigación consta de IV capítulos, el capítulo I detalla el problema, justificación de dicha investigación y la importancia de los objetivos que se pretende alcanzar al concluir este estudio.

En el capítulo II analizamos la fundamentación teórica como fundadores, definiciones y técnicas relacionadas con la logoterapia y también se detalla las técnicas utilizadas para el encuentro de la voluntad de sentido de las personas drogodependientes.

En el capítulo III se realiza un análisis obtenido en nuestros estudios mediante la presentación de gráficos y cuadros, finalmente en el capítulo IV se recoge conclusiones logradas en el Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley de la Ciudad de Riobamba.

# CAPÍTULO I



## **1. PROBLEMATIZACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud, la adicción es una enfermedad física y psico-emocional de dependencia hacia una sustancia, actividad o relación. En la actualidad se acepta como adicción, cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y perjudique su calidad de vida. (4)

La adicción está representada por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos del adicto, y éstos actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado y/o para comprometerse en la actividad deseada. A diferencia de los simples hábitos o influencias consumistas, las adicciones son "dependencias" que traen consigo graves consecuencias en la vida real que deterioran y afectan negativamente la salud física y mental, además de la capacidad de funcionar de manera efectiva.

La drogodependencia es una de las formas más comunes de adicción y se caracteriza por la dependencia psíquica y física de una sustancia sean estas: inyectables, inhalantes, ingeridas por vía oral y demás, que crean en el individuo un deterioro gradual y progresivo de las esferas bio-psico-sociales. Bajo esta perspectiva la drogodependencia afecta a todos, sin tener en cuenta la edad, raza o estatus social, esto se debe en gran parte a que no es un fenómeno en su propia causa, sino que procede de un fenómeno mucho más amplio llamado vacío existencial.

El vacío existencial se manifiesta por la vivencia del absurdo radical de la propia existencia producida por la pérdida del horizonte de los valores y del sentido. Este vacío puede ser manifiesto o latente. En la actualidad el vacío existencial ha ido en aumento debido a que la sociedad brinda a la persona un errado concepto de felicidad, basada solo en la satisfacción de las necesidades personales-materialistas, creando una insatisfacción marcada; esto conlleva a que los consumidores por su

misma personalidad intenten desesperadamente buscar llenar este vacío de formas artificiales a través sustancias psicotrópicas. En esta época prolifera el vacío existencial. Esto se pone de manifiesto en distintos campos de las ciencias del hombre. Así, estudios sociológicos y médicos hablan de que la gran enfermedad de tiempo actual es la carencia de objetivos, de que, a pesar del bienestar y garantía social, existe una gran incidencia (incluidos niños y jóvenes) de enfermedades psíquicas, de suicidios absurdos, drogodependencias, etc. (5)

Es por consiguiente que cada época tiene su neurosis y cada tiempo necesita su psicoterapia. En realidad hoy la humanidad no se enfrenta como en los tiempos de Freud, con la frustración sexual, sino con una frustración existencial. El paciente típico de actual no sufre tanto como en los tiempos de Adler bajo un complejo de inferioridad, sino bajo un abismal complejo de falta de sentido, acompañado de un sentimiento de vacío, razón por la que Frankl se inclinó a hablar de un vacío existencial, y como al parecer la psicoterapia clásica no alcanza a dar solución a esta problemática, es entonces que la logoterapia toma un rol protagónico en ésta época. (2)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los efectos positivos de la Logoterapia en la rehabilitación de las personas drogodependientes del Centro de atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los efectos de la Logoterapia en la rehabilitación de las personas drogodependientes del Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley.

#### **1.3.2. Objetivo Específicos**

- Identificar los problemas existenciales a través de la aplicación del Logotest a los individuos que consumen drogas internados en el Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley de la ciudad de Riobamba.
- Aplicar técnicas Logoterapéuticas, diálogo socrático, derreflexión, modulación de actitudes a las personas drogodependientes, incorporando actitudes favorables para que propicien el reencuentro con su sentido de vida.
- Verificar los efectos de la logoterapia a través de la ficha de seguimiento y el re-test del Logotest en el proceso de rehabilitación de los drogodependientes.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

Cuando surge en el horizonte la frustración y el vacío existencial, la carencia de sentido, la sensación de insatisfacción, de no pertenencia, de haber abandonado los anhelos más profundos, la Logoterapia es un importante procedimiento indicado por Frankl para orientar hacia el valor, hacia el sentido, hacia la trascendencia, trabajando de a poco, día con día, para conquistarlo. Esa lucha, esos actos, dignifican al ser y lo hacen libre de su propia circunstancia. Encontrar el sentido, el para qué de la vida, hace soportable cualquier experiencia.

La logoterapia es una forma de psicoterapia que intenta propiciar el reencuentro de los drogodependientes (y no solo de ellos, sino de todos aquellos que han perdido el significado de su existencia), con su sentido de vida (*logos*), descubriendo así la esencia íntima de su ser. La búsqueda del sentido pretende conducir al

drogodependiente al reino de la verdad del existir humano y de los valores objetivos, a encontrar el verdadero significado de la vida.

La Logoterapia entonces, tiende un puente que une al proceso salud-enfermedad con la plenitud existencial, relaciona el proceso de curación con una vida llena de sentido, y hace crecer la esperanza en una vida cada vez más profunda, plena e intensa.

El drogadicto no es “una entidad patológica”, es, ante todo, un ser humano y, como tal, se le entiende siempre con posibilidades de cambio.

La “voluntad de sentido” como motivación central de la persona resalta las áreas sanas de la personalidad capaces de sanar, disminuir o apartar los síntomas patológicos para crear una nueva organización de la experiencia y conductas individuales orientadas hacia el sentido.

La Logoterapia proporcionará al individuo la libertad que es el grado más alto de la responsabilidad; es ella la impulsora y fuente de energía que alimenta esa capacidad inigualable del ser humano para sobre ponerse a lo que le acontece, para trascender su propia existencia. Es en ese ser-libre en el que el hombre, más allá de toda predicción, puede construir su destino, bajo cualquier estado de ánimo y circunstancia, el hombre es libre y puede elegir un *sí a la vida, a pesar de todo*.

Una vez que la persona drogodependiente descubre un ser-libre innato, muchas veces doloroso, es asumir la responsabilidad; una responsabilidad que implica la participación y/o toma de postura ante todo lo que ha hecho y está haciendo.

En la búsqueda de un sentido, de un proyecto vital, el sujeto “asigna” a la droga esta función (es la ilusión de un sentido). En dicha asignación concurren tanto la libertad personal como los modelos y propuestas sociales y las formas de encuentro con la sustancia (3)

Sin embargo, la logoterapia defiende que el sentido no se asigna, no se otorga; se descubre, se encuentra en el mundo, en el lugar donde cada persona desarrolla su existencia. Por ello la persona va profundizando el círculo vicioso vacío existencial-

droga. Así podemos considerar que la drogadicción es la fractura de un proyecto de vida porque hay algo que altera o impide al hombre encontrarse a sí mismo con los demás.

Se va de trabajar por la formación de la conciencia de la persona, acentuando la capacidad para descubrir los significados específicos que existen en las situaciones únicas con las que nos confrontamos.

El Centro de atención a adolescentes en conflicto con la ley de la ciudad de Riobamba no cuenta con un sistema de psicoterapia enfocado en el sentido de vida, es por ello que se ha visto la necesidad de aplicar el medio logoterapéutico que se espera sea de gran beneficio para los participantes del centro terapéutico antes mencionado. Por medio del modelo de la búsqueda del *logos* se pretende dar una nueva perspectiva de vida a los drogodependientes que sirva en su proceso de recuperación.

# **CAPÍTULO II**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación va enfocada hacia la línea macro de salud integral, puntualizando la sublínea de conducta, salud mental, social familiar e individual.

### **2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

Esta investigación se realizó debido a la importancia que tiene la voluntad de sentido en los individuos y más aún en aquellas personas que padecen una adicción, por este motivo esta investigación está basada en los estudios realizados por Víktor E. Frankl y Elisabeth Lukas y sobre la Logoterapia la misma que señala que “al aplicar la Logoterapia el paciente ha de enfrentarse con su propia vida para, a continuación, rectificar la orientación de su conducta en tal sentido.

“Por consiguiente mi definición improvisada de logoterapia es válida en cuanto que el neurótico trata de eludir el cabal conocimiento de su cometido en la vida, y al hacerle sabedor de esta tarea y despertarle a una concienciación plena puede ayudar mucho a su capacidad de sobreponerse a su neurosis” (1)

El presente trabajo está enfocado en el modelo Logoterapéutico aplicado a la drogadicción de José Arturo Luna autor del libro Logoterapia y Drogadicción definiendo que en cuanto a la drogadicción y al alcoholismo desde la Logoterapia tiene en parte una causa que es llamado el vacío existencial. Los estudios que han tratado de identificar una relación entre toxico-dependencia y vacío existencial, aunque si son pocos, han llegado a la conclusión de que tal relación existe. Pero, no es una relación de tipo causa efecto. Se ha encontrado en cambio que hay una especie de proceso circular donde si bien no hay una causalidad directa, el vacío existencial interviene en el mantenimiento de la dependencia. Igualmente hay tratamientos como el del CEIS (Italia) que plantean el modelo: la drogadicción es el síntoma de un malestar existencial profundo. (6)

## **2.3. LOGOTERAPIA**

### **2.3.1. Definiciones de Logoterapia**

La logoterapia se define como la terapia del sentido. El vocablo “logos” lo recoge la logoterapia del griego en su acepción de “razón íntima de una cosa, fundamento, motivo”; se refiere, por tanto, al sentido último sobre el que se asienta el hombre.

La logoterapia tiene su origen en Víctor Frankl (1905-1997) médico, neurólogo, psiquiatra y doctor en filosofía nacido en Viena. Vivió la influencia de la postguerra en la Europa de la primera guerra mundial, en medio de un clima particular fruto de las angustias y consecuencias del espíritu de los tiempos. (7)

Se puede definirla como una escuela terapéutica parte del movimiento humanista-existencial destinada a la rehumanización de la psicoterapia, la lucha contra el reduccionismo científico, el trabajo con el hombre sufriente y una forma de ayuda derivada de una visión antropológica y epistemológica del mundo.

Se centra en el significado de la existencia humana así como la búsqueda de dicho sentido por el hombre. De acuerdo con la logoterapia la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. (1)

El “logos” hace referencia al “sentido” al “significado”: algo que el ser humano busca siempre frente a las circunstancias del destino, la vida, la muerte, el amor, el dolor. El “logos”, según Frankl, tiene que ver con la parte noética, espiritual, que se distingue de lo “psíquico” de esta forma, logoterapia quiere indicar terapia por medio del “sentido”, del “significado”. La logoterapia pertenece más a un enfoque o actitud de tipo existencial - humanista y se considera más como un complemento de la psicoterapia en general y no tanto como otra escuela. El análisis existencial, la otra cara de la misma teoría es un intento de crear una antropología como base a una psicoterapia: “No existe psicoterapia sin una concepción del hombre y sin una interpretación del mundo”.



Ángeles Noblejas de la Flor, define la Logoterapia de una manera muy acertada: “Corriente psicoterapéutica y de orientación que se centra en la respuesta a la pregunta sobre el sentido de la vida de un ser humano y está basada en una imagen analítico-existencial del hombre y del mundo”. (7)

### **2.3.2. Objetivos y procesos de la Logoterapia.**

El objetivo de la logoterapia es acompañar y orientar a las personas dolientes y ayudar a descubrir los caminos que permiten volver a adoptar una actitud sana hacia sí mismos y hacia su entorno, aunque no sea posible cambiar su situación externa, y así ayudarlas a que logren vivir una vida llena de sentido a pesar de las dificultades.

Alentar a los pacientes a encontrar un objetivo y un propósito a su existencia, ayudarles a lograr el nivel más alto posible de activación de su vida.

Ayudar a superar el sufrimiento un abanico de posibilidades que muchas personas pierden la capacidad de visualizar en los momentos de dolor, ira, frustración o vacío. Modular la actitud ante las situaciones adversas, a veces inevitables o incambiables. Responsabilizar a la persona a que se haga cargo de sus propias vidas, liberando el poder que posee cada persona en encontrar sentido en cualquier situación.

Intentar que el paciente tome conciencia plena de sus responsabilidades personales, y por ello le fuerza a elegir por qué, de qué o ante quién se siente responsable.

Complementar a la psicoterapia.(9)

Es importante indicar que además la Logoterapia es también un Proceso de conocimiento, comprensión, profundización, especialización, auto-descubrimiento, auto-trascendencia que tiene como objetivo la humanización de la teoría, el método y la filosofía en beneficio del propio individuo y de los demás. Al igual que el hombre no termina de construirse a sí mismo hasta el último instante de su vida, un Logoterapeuta no debería dejar de estudiar, comprender, aplicar y transmitir el mensaje de la Logoterapia, hasta el último momento. (10)

### 2.3.3. Fundamentos de la Logoterapia

La logoterapia es una corriente psicológica que puede encuadrarse entre las denominadas "escuelas existenciales." Se le denomina también como "tercer escuela vienesa" (entendiendo como la primera al Psicoanálisis de Sigmund Freud y como la segunda a la Psicología Individual de Alfred Adler). Se basa en la concepción del hombre como un ser "bio-psico-socio-espiritual", haciendo hincapié en la búsqueda de sentido de la vida y en la temática de los valores. La Logoterapia fue creada por Víktor E. Frankl (1905-1997), catedrático de neurología y psiquiatría de la Universidad de Viena. Frankl completó su formación humanística, después de la II Guerra Mundial en la que fue prisionero de varios campos de concentración, al ver quien sobrevivía y quién no (a quién se le daba la oportunidad de vivir), concluyó que el filósofo Friederich Nietzsche estaba en lo cierto: "*Aquellos que tienen un por qué para vivir, pese a la adversidad, resistirán*". Pudo percibir cómo las personas que tenían esperanzas de reunirse con seres queridos o que poseían proyectos que sentían como una necesidad inconclusa, o aquellos que tenían una gran fe, parecían tener mejores oportunidades que los que habían perdido toda esperanza.(11)

La experiencia de Frankl en los campos de concentración le permite constatar en carne propia que el ser humano tiene la capacidad de encontrar un significado, un sentido a cualquier circunstancia de la vida, aun a aquellos momentos más absurdos y dolorosos. A los 40 años de edad en 1945 es liberado del campo de concentración y empieza con gran fuerza a expandir sus ideas por Austria y toda Europa. Sus tesis causaron mucha polémica y admiración. (6)

Hacia finales del siglo XIX, el ser humano se comprendía a sí mismo como un ser no libre, Se le estudiaba como un ser determinado por la biología, psicología y sociología. La pregunta crucial sobre la esencia del ser humano dio paso a dar respuestas tales, como un producto de la evolución, un producto social marcado por sus genes y por los influjos medioambientales, en resumen el ser humano era una maquina programada desde afuera.

Como reacción a este pensamiento surge la filosofía existencial, dentro de los cuales podemos mencionar dos nombres famosos.

Karl Jasper quien proclamó la necesidad de considerar el hecho que la condición de seres humanos significa ser responsables en cuanto somos libres respecto a las ataduras naturales. Por otro lado Martin Heidegger insistió en el valor de la acción humana, que solo puede darse donde existan espacios libre para la acción

Por el lado de la psicología también se dio una revolución. Se pasó desde el psicoanálisis que le daba importancia suprema al inconsciente hacia el pensamiento de Frankl quien pone de relieve un modelo de delineación del espíritu humano completamente abierto a pesar de todos los condicionamientos psíquicos, un modelo que permitía a una persona a participar del modelado del mundo desde su propia responsabilidad. Con Frankl vamos desde el inconsciente instintivo hacia el inconsciente espiritual.

Si bien la filosofía existencial se puede considerar como precursora de la Logoterapia, en verdad es que ésta surgió en paralelo a la Filosofía existencial. (12)

Las diversas formas de la Logoterapia se basan en la misma concepción antropológica (Antropología Filosófica) y 3 fundamentos denominados “Pilares de la Logoterapia”: LIBERTAD DE VOLUNTAD, VOLUNTAD DE SENTIDO Y SENTIDO DE VIDA. Cada uno de los pilares se corresponde con una forma disciplinar de la Logoterapia.

#### **2.3.3.1. Libertad de voluntad.**

El Ser Humano es libre, esto no significa omnipotencia (hacer lo que uno desea) o arbitrariedad (no responder por los actos), sino la capacidad de ser responsable (Respons-habilidad) para poder a pesar de la facticidad y de los condicionamientos hacer algo con respecto a ellos. En palabras de Sartre: “El Ser humano es lo que hace con lo que hicieron de él”. La Libertad no es una libertad de algo (la física, la

genética, instintos, psique o cultura), es decir no corresponde al organismo biopsíquico, sino es básicamente una “libertad para algo”, de orden noético-espiritual. Esta capacidad debe ser sin embargo estimulada y radica en la capacidad de elegir y asumir la responsabilidad de dichas elecciones, así como de la propia existencia.

### 2.3.3.2. Voluntad de sentido.

La Voluntad humana tiene su origen en el núcleo espiritual de la Persona y se orienta al Sentido, no responde al Placer que constituye sólo una consecuencia de algo y/o al Poder que constituye un medio para alcanzar un sentido personal, ambas originadas en el organismo biopsíquico. Para Víktor Frankl la principal motivación humana es la motivación de búsqueda de sentido en la vida, la cual corresponde al Inconsciente Espiritual. Para Sigmund Freud esta orientación hacia la búsqueda de un sentido vital construida un signo de neurosis o enfermedad, sin embargo para la Logoterapia implica un privilegio humano que revela su condición existencial y espiritualidad profunda. Viktor Frankl dirá: *“Nuestra búsqueda por el sentido está tan profundamente integrada a la condición humana, que no podemos evitar “buscar sentido”, hasta que creamos haberlo hallado”*. (1)



**Grafico 1.** Lukas, Elisabeth. Logoterapia: La búsqueda del Sentido.

### 2.3.3.3. Sentido de vida.

La vida tiene sentido en toda circunstancia, depende del individuo descifrar este sentido. El sentido no es algo que corresponde al individuo (Intrínseco) o que pueda ser entendido como mera interpretación o construcción cognitiva, sino que constituye una realidad extrínseca y dialéctica que sólo es posible descubrir a través de la existencia misma, por ello **“el Sentido no se inventa, se descubre”**. Frankl dirá que el Sentido de la vida se encuentra en la vida misma, esta visión corresponde a la tradición filosófica alemana (Heidegger y Jaspers), a diferencia de la tradición filosófica francesa que considera que el existe no existe y por lo tanto corresponde al Ser Humano inventarlo como forma de rebeldía frente a lo absurdo (Camus) o como Responsabilidad (Sartre). Existe un Sentido “en” la vida (es decir que cada momento tiene un significado concreto e irrepetible), un Sentido “de” la Vida (es decir que cada existencia tiene un sentido particular y único, que depende de cada persona descubrir y realizar) y un “Suprasentido” (es decir, un sentido último o superior que supera el sentido individual y trasciende a la existencia particular). Para la Logoterapia incluso cuando no es posible encontrar el Sentido, el Sentido puede consistir en la Actitud del individuo frente a esa falta de sentido (Frankl: ***“No existe situación en la vida que carezca de sentido, incluso los aspectos más negativos pueden convertirse en algo positivo cuando se afrontan con la actitud correcta”***).

(1)

A su vez se basa en 3 principios fundamentales: 1) la vida tiene sentido en todas las circunstancias, 2) la persona es dueña de una voluntad de sentido y se siente frustrada o vacía cuando deja de ejercerla, 3) la persona es libre de sus obvias limitaciones para consumir el sentido de su existencia.(6) Estos principios permiten al ser humano dar respuesta a su propia vida y enfrentar lo que Frankl denomina la “triada trágica” (el sufrimiento inevitable, la culpa inexcusable y la muerte inevitable), esto porque “al ser humano hay que tomarlo como un todo y no por partes” (8)

#### **2.3.4. Realizando el sentido de vida a través de valores**

Siguiendo la logoterapia, se puede descubrir o realizar el sentido de la vida a partir de tres modos diferentes, los mismos que son fomentados como valores de acción, experiencia y actitud.

##### **2.3.4.1. Realizando una acción**

*Valores de creación.* Los valores creativos corresponden a la actitud concreta de un hombre, a su modo de intervenir en las fuerzas del mundo para estructurarlas y dirigirlas hacia el bien y la promoción. Todo lo que él hace, lo que realiza en su pequeño ámbito, le permite vivir en modo significativo y por lo tanto humano. En este sentido, es necesario que el hombre esté firmemente convencido de que, en el círculo de la propia responsabilidad, cada uno es insustituible e indispensable. Desde aquí el hombre debe vivir la realización de una obra como una tarea vital ofrecida por la vida.

En el trabajo lo que cuenta es la entrega, la intensidad con la que se aplica a la tarea y no el tipo de trabajo que se realiza, la amplitud de la difusión, el radio de acción, etc.

##### **2.3.4.2. Acogiendo las donaciones de la existencia**

*Valores de experiencia.* La segunda categoría de valores corresponde a lo que el hombre puede tomar del mundo, y se refiere no sólo a la experiencia clásica, que es la amorosa, sino también a la experiencia artística, filosófica, literaria. Percibir la belleza de la naturaleza es uno de los mejores modos de encontrar el sentido de la vida, y tenemos una confirmación en las obras artísticas que buscan fijar las imágenes más fascinantes y desconcertantes del universo que habitamos.

También el arte puede vivir en plenitud los valores de la experiencia.

Para un apasionado de la música es ciertamente una alegría poder escuchar una grata sinfonía, poder asistir a un concierto, así como para el alpinista el panorama descubierto en la cima de un monte significa un goce interior de gran profundidad.

Sin embargo, el amor constituye la forma más alta de los valores de experiencia. Sabemos, en efecto, que en el amor se acoge al “Tu” en su singularidad e

irrepetibilidad. Y al mismo tiempo se percibe en profundidad la orientación de fondo de la propia vida.

### **El sentido del amor.**

Un ejemplo de la aceptación de una donación de la existencia es la conmoción interior provocada por la belleza de una obra de arte o por el esplendor de la naturaleza, o por sentir, por el amor, el calor cercano de otro ser humano.

La logoterapia sostiene que el amor es el único camino para llegar a lo más profundo de la personalidad de un hombre. El amor no es un mero epifenómeno de los impulsos e instintos sexuales, según el mecanismo de defensa freudiano de la sublimación; en vez de ello es considerado como un medio para expresar la experiencia de esa fusión absoluta y definitiva que es el amor.

Frankl presenta tres diversas concepciones del amor: la de la sensualidad, la erótica y la espiritual. La concepción sexual es la que comprende a la persona amada en su aspecto exterior, en la capacidad que ella tiene de excitar la propia fantasía y la propia sensualidad. La segunda concepción es la erótica. Permite acoger mejor al otro en su personalidad, precisamente porque no se detiene solamente en el aspecto exterior, sino que se sitúa sobre un plano más alto, que abarca a la persona en su emotividad, en su carácter.

El verdadero amor se sitúa más allá: no se limita ni al aspecto exterior ni psíquico de la persona humana. “Mientras que se observen las dotes físicas o las particularidades psíquicas no se tiene una auténtica actitud de amor, sino de puro enamoramiento: la verdadera actitud de amor hacia otra persona se caracteriza por el hecho de que a través de la imagen exterior e interior se intenta vislumbrar la persona espiritual manifestada a través de ellas”. Es necesario entonces alcanzar a la persona espiritual profunda y completamente en su personalidad, uniéndose a ella en plenitud espiritual y diciéndole verdaderamente: Tu. (7)

### **2.3.4.3. Por el sufrimiento**

*Valores de actitud.* La última categoría de valores son los de actitud.

En muchas situaciones hay hombres imposibilitados de realizar valores creativos y de experiencia (por ejemplo personas que se encuentran en situaciones límite como enfermedades terminales, etc.) En este tipo de personas, el modo como ellos se posicionen frente a su sufrimiento inevitable permite realizar al máximo el sentido de la vida.

#### **El sentido del sufrimiento**

Al enfrentarse con un destino ineludible e irrevocable, como en el caso de una enfermedad incurable, la vida ofrece la oportunidad de realizar un valor supremo de cumplir el sentido más profundo: aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud frente al mismo, en la actitud para soportarlo. "El sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio". (13)

"Uno de los axiomas básicos de la logoterapia mantiene que la preocupación primordial del hombre no es gozar del placer, o evitar el dolor, sino buscarle un sentido a la vida. Y en esas condiciones el hombre está dispuesto hasta a aceptar el sufrimiento, siempre que ese sufrimiento atesore un sentido". (14)

Si bien la psicoterapia tradicional y la logoterapia tienden a restaurar en la persona la capacidad para el trabajo y para disfrutar de la vida, ésta última da un paso más al pretender que el paciente recupere su capacidad de sufrir, si fuera necesario, y con ello encontrar un sentido a su sufrimiento.

Edith Weisskopf-Joelson sostiene que "nuestra actual filosofía de la higiene mental enfatiza la idea de que las personas deberían ser felices, por ello la infelicidad resultaría un síntoma de desajuste. Este sistema de valores puede ser responsable ante la realidad de la infelicidad inevitable, del incremento del sentido de desdicha por el hecho de no ser plenamente feliz. (1)



En otro artículo expresaba la esperanza de que la logoterapia " logre contribuir a contrarrestar algunas tendencias indeseables en la cultura estadounidense actual, donde al paciente incurable se le conceden pocas oportunidades para sentirse orgulloso de su sufrimiento y de considerar que lo ennoblece en vez de degradarle' de tal modo que "no sólo se siente infeliz, sino además se avergüenza de serlo." (1)

En el sufrimiento se manifiesta la grandeza del hombre, porque sólo en el sufrimiento se encuentra trágicamente puesto en confrontación consigo mismo, con su capacidad, no sólo de trabajar y de gozar, sino también de sufrir. El hombre tiene derecho no sólo a la vida, al trabajo, a la alegría, a la paz; tiene un derecho fundamental que nadie le puede quitar: el derecho a sufrir el propio dolor, el derecho de colmar de sentido aun una vida aparentemente destruida e infructuosa.

El sufrimiento y su afrontamiento a través, principalmente, de los valores de actitud representan la más alta categoría de valores. Frankl defiende que no existe sólo el *homo faber*, como se asevera en una sociedad basada en la producción y la creación de bienes de consumo, sino que existe también el *homo patines*: Mientras que el primero se mueve en la polaridad éxito-fracaso, el segundo se mueve en la esfera del sentido último.

El hombre no educado en el dolor, es un hombre que permanecerá siempre en la infancia. El crecimiento, la maduración, el enriquecimiento de una vida humana están ligados al dolor, y es en la actitud profunda que el hombre adopta frente al dolor, donde encuentra respuesta la pregunta sobre el sentido del sufrimiento; es una respuesta sin palabras, una respuesta existencial, pero, sin embargo es la única respuesta significativa.

La logoterapia defiende que el hombre ha de responder positivamente ante todo tipo de sufrimiento, ya sea un sufrimiento producido por elementos y variables que no controlamos (sufrimiento inevitable e ineludible –enfermedad, muerte de un ser amado, catástrofes, etc.-), ya sea un sufrimiento producido por una vivencia personal de un determinado acontecimiento o ya sea un “sufrimiento innecesario”, es decir el sufrimiento que se produce en una vida sin sentido.

En los dos primeros tipos de sufrimiento (sufrimiento inevitable y sufrimiento producto de una vivencia) la solución pasa por el autodistanciamiento y la autotrascendencia. El desarrollo de los valores de actitud, la aceptación del sufrimiento y la elevación a un valor de sentido, elaboran nuevas formas de ver y experimentar el mundo; nuevas formas de encontrar y vivenciar significados.

En el sufrimiento innecesario de una vida sinsentido, el cambio pasa por realizar un trabajo de búsqueda de sentido global de la persona. Es buscar el horizonte de sentido perdido. (7)

### **2.3.5. La antropología tridimensional en la Logoterapia.**

La concepción logoterapéutica del hombre se enfoca en tres dimensiones a saber: biológica, psicológica y espiritual. Es por esto que la antropología dimensional, o mejor tridimensional, de Frankl subraya la dimensión espiritual del hombre como la dimensión esencial. Esta preponderancia conferida al espíritu dice Frankl no significa una degradación del cuerpo o de la psique; no significa una abolición pura de las condiciones materiales. En el hombre la dimensión espiritual esta llamada a dominar la facticidad psicofísica, y no puede hacerlo sino respetando la naturaleza. El hombre asume necesariamente todo aquello que está implicado en la naturaleza biopsíquica, incluso las disfunciones orgánicas, las imperfecciones de algunos órganos, las tendencias libidinosas, los conflictos, etc. La dimensión espiritual es una dimensión especialmente comprensiva es decir considera y asume la realidad bajo todos sus aspectos.

Por consiguiente, “lo humano” solo se puede descubrir a la luz de la totalidad de la persona, esto es, considerando sus relaciones, sus expresiones y los aspectos constitutivos de la misma. Únicamente a luz de esta totalidad podemos entrever y “distinguir” (no decimos separar) las tres dimensiones del hombre: física, psíquica y espiritual.

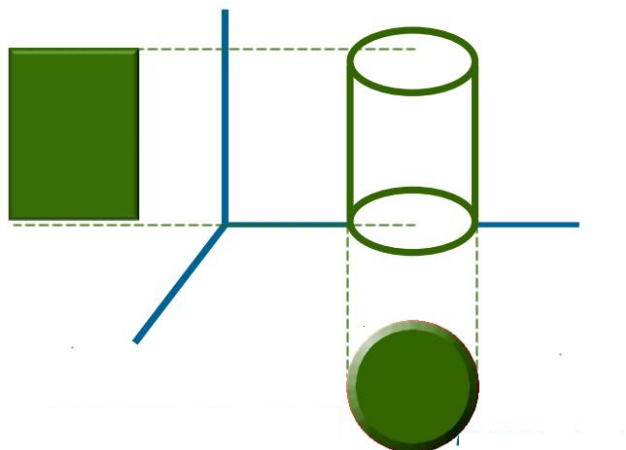
Frankl mediante unas analogías geométricas formula dos leyes de la ontología dimensional. Estas leyes ponen en evidencia que:

1. La contradicción de los fenómenos psicofísicos no perjudica la unidad de la realidad.
2. Los sistemas cerrados (sistemas de reflejos condicionados e incondicionados) se hacen recíprocamente comparativos.

Así Frankl escribe: (13) "La ontología dimensional tal como yo la propongo, se fundamenta en dos leyes.

1. Un solo e idéntico fenómeno proyectado fuera de sus dimensiones en otras dimensiones inferiores a las suyas, originan figuras diversas en claro contraste entre sí.

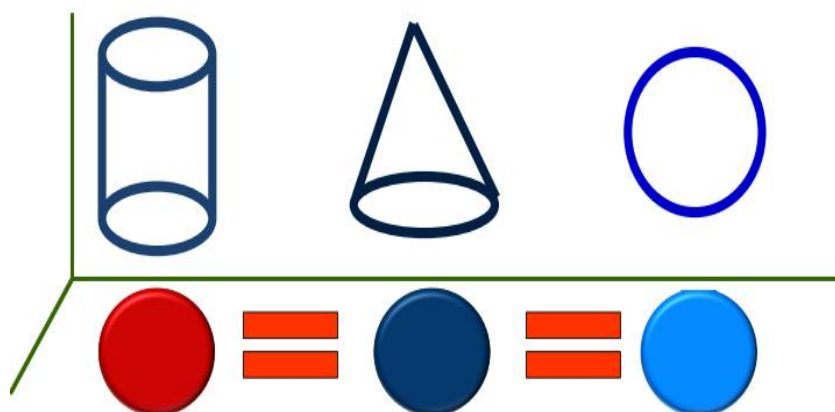
Se utiliza, por ejemplo, un cilindro o un vaso cilíndrico. Proyectándolo desde su ámbito tridimensional al plano lateral y al de la base, en el primer caso se obtendrá un rectángulo y en el segundo un círculo. Además las figuras se contradicen recíprocamente porque en ambos casos se trata de figuras planas y cerradas, mientras que el vaso es un recipiente abierto. (Gráfico 2)



**Gráfico 2.** Proyección de un cuerpo en dimensiones diferentes.

2. Distintos fenómenos proyectados fuera de la propia dimensión en una dimensión inferior a la propia dan origen a figuras que parece ambiguas.

Se utiliza un cilindro, un cono y una esfera. La proyección de estos objetos sobre el plano de una base será siempre un círculo. (Gráfico 2).



**Gráfico 3.** Proyección de diferentes cuerpos en una dimensión inferior.

Y como se puede observar los tres círculos proyectados, resultará completamente imposible concluir que objeto por separado, proyecta cada círculo, visto por separado.

Aplicando lo dicho al hombre. Privado de la dimensión específicamente humana y proyectado el plano de la biología y de la psicología, el hombre muestra dos imágenes diferentes de sí mismo recíprocamente contrarias. La proyección en el plano biológico reflejará solamente fenómenos somáticos, mientras que la proyección en el plano psicológico revelará únicamente fenómenos psíquicos. En la perspectiva de la ontología dimensional, sin embargo, la oposición que acabamos de presentar no perjudica la unidad del hombre. Desde el mismo modo, el contraste entre el rectángulo y el círculo no contradice el hecho de que se trata de dos proyecciones del mismo objeto, esto es, el cilindro. (15)

### **2.3.6. Aplicación de la Logoterapia.**

En la aplicación práctica la Logoterapia se divide en Específica y No Específica. La Logoterapia específica trabaja con las dificultades de tipo “crisis existenciales”, “vacío existencial”, “falta de sentido de la vida”. La problemática del sufrimiento y de las personas con enfermedades terminales es abordable con esta clase de Logoterapia. De igual manera las “neurosis noógenas”, aquellas que surgen cuando hay un “choque de valores”, “conflictos éticos”, “conflictos espirituales”, que pueden afectar la dimensión psicológica o biológica de la persona. La Logoterapia no específica se emplea en las dificultades clásicas de las obsesiones, compulsiones, síndromes fóbicos (agorafobia, fobias sociales, claustrofobia, fobias obsesivas), (15), problemas sexuales, acompañamiento de enfermos somatógenos y endógenos, incapacidad de trastornos somáticos graves, incapacidad por trastornos psicóticos, esquizofrenia, trastorno de conducta alimentaria, problemas con el consumo de sustancias psicoactivas (16) En general la casuística sobre las diferentes patologías en las que se utiliza esta clase de Logoterapia es muy amplia (6). Así también es aplicable en: ansiedad anticipatoria, trastornos del sueño, trastornos del lenguaje (1), trastornos motores (temblores), tics, (2)

#### **2.2.6.1. Técnicas Logoterapéuticas.**

Si bien es cierto que se ha entendido a la Logoterapia como la terapia del sentido y que aborda como principal patología a la neurosis noógena, también es cierto que la Logoterapia trata con éxito otros diversos trastornos, es por eso que en su aplicación práctica es necesario dividirla en Específica y no Específica, a continuación se expone las diversas técnicas y sus diferentes aplicaciones respectivamente:

##### **2.2.6.1.1. Técnicas No Específicas.**

###### **Intención paradójica.**

Lo esencial de esta técnica consiste en educar a los pacientes a desear precisamente aquello que temen. La intención paradójica, según Frankl, mantiene una autonomía

propia y revela su matriz logoterapéutica en cuanto remite a una dimensión específicamente humana como es la ironía.

Frankl desarrolla esta técnica en pacientes que presentan un cuadro clínico de neurosis. Indica que normalmente el temor realiza lo que teme. Y de la misma manera que el temor pone en práctica lo que teme, el deseo forzado imposibilita lo que se propone. En esto se apoya la logoterapia: intenta inducir al paciente a desear para sí, o emprender él mismo, paradójicamente, aquello precisamente que él tanto teme.

El paciente ha de objetivar la neurosis y distanciarse de ella. El paciente debe aprender a encararse con la angustia e incluso reírse de ella en su “propia cara”. Para esto hace falta un poco de valor, a fin de poder afrontar el ridículo. El terapeuta no ha de tener reparo en decir al paciente e incluso en representar escénicamente lo que éste debe decirse a sí mismo. (2)

La técnica de la intención paradójica tiene tres fases:

1. Fase de clarificación y adquisición de seguridad. Es importante determinar previamente que no existe ninguna afección orgánica del trastorno; de esta manera se confirma la naturaleza meramente “funcional”, psicógena, del trastorno, y, por consiguiente, la ausencia de peligro.
2. Fase de las instrucciones comportamentales en las que se le explica al paciente qué debería decirse a sí mismo y cómo debería actuar.
3. Fase de la toma de posición irónica frente al propio miedo infundado con la intención de ridiculizarlo. En esta fase la habilidad del logoterapeuta consistirá en reír o sonreír al mismo tiempo que el paciente, sin darle jamás la impresión de que se ríe de él.

La intención paradójica se puede aplicar en drogodependencias en aquellos casos de comportamientos obsesivo-compulsivos, fobias y ansiedades que, a veces van unidos al consumo de drogas. (7)

### ***Casuística***

Reacción aparentemente paradójica al éxito de la intención paradójica.

El caso se refiere a una muchacha que visité mientras estaba internado en una clínica después de haber sido sometida sin éxito alguno a la terapia del sueño.

De la compleja historia clínica destacan los siguientes datos: la muchacha muy dotada desde el punto de vista intelectual y musical (diplomado en piano en el conservatorio de Santa Cecilia), pasó brillantemente la reválida en lenguas clásicas y se matriculó en la facultad de letras, además de prepararse para la carrera de concertista. Poco antes de ser ingresada, le asaltó bruscamente el temor de vomitar en público, de tal modo que modificó totalmente sus costumbres: no buscó ya nunca compañía, se negó a frecuentar los lugares públicos y prácticamente se encerró en casa.

Dado el fracaso de las terapias practicadas, le propongo la técnica de la intención paradójica que rechaza en primer momento. Al llegar a este punto le pregunto qué regalo le gustaría y me responde que le gustaría una instalación estereofónica; me comprometo a regalársela si

-yendo conmigo a un local público- consigue vomitar, la muchacha acepta el desafío y entrando conmigo a un café no logra tener ni siquiera un conato de vómito.

Al día siguiente sé por una llamada telefónica de sus padres que la paciente –siempre ingresada en la clínica- es presa de llanto y desesperación.

Me dirijo a la clínica, la encuentro sumida en llanto y le hago notar que, por el contrario, debería estar muy contenta por el éxito del experimento.

La muchacha me contesta más o menos en estos términos “ciertamente estoy contenta de haber superado el trastorno, pero me he dado cuenta de que la fobia del vómito era una especie de excusa para no enfrentarme con aquello que en realidad me atemoriza y es el pensamiento de tener que afrontar los exámenes universitarios y los eventuales conciertos... ahora ya no tengo ninguna excusa para enfrentar estas pruebas”.

En este caso, pues, la intención paradójica no tuvo solo el mérito de curar el síntoma sino también el de revelar una problemática de inseguridad caracterológica que se escondía “detrás de” la fobia del vómito. (15)

## **Derreflexión**

La actitud de derreflexión es entendida por Frankl como antídoto a la hiperintención y a la hiperreflexión. Se aplica, por tanto en aquellas personas que se obsesionan por realizar alguna actividad o que se activan mentalmente de forma obsesiva ante una determinada realidad o acontecimiento; precisamente esta obsesión es la que provoca que dicha actividad no se produzca.

En las neurosis de angustia se observa con frecuencia una obsesión de observación. Por ejemplo, el que se ve metido en la expectación angustiosa de una noche de insomnio, como es normal, querrá dormirse y, será precisamente este deseo de dormirse el que le impida conciliar el sueño.

En las neurosis obsesivas se produce una hiperreflexión; el neurótico obsesivo busca la decisión absolutamente cierta y el conocimiento absolutamente seguro que le obligan a replantearse las decisiones una y mil veces.

En las neurosis sexuales a la intención forzada del placer sexual se asocia un reflexión forzada del acto sexual; se produce tanto un exceso de atención como de intención. Lo uno y lo otro están motivados en su origen precisamente por aquella angustia de expectativa, por aquella expectación angustiosa de un trastorno que hace que el sujeto sienta, por una parte, el deseo forzado de un curso funcional sin trastornos, que le conduce, por otra, a la autoobservación, igualmente forzada, con respecto al trastorno que teme.

Derreflexión significa, en última instancia, ignorarse a sí mismo. A través de la derreflexión la persona empieza a sentar las bases para poder hacer el ejercicio de autotranscendencia necesario para un correcto desarrollo humano.

La derreflexión se recomienda en el abordaje de dificultades sexuales.

En el caso de las drogodependencias esta técnicas se viene utilizando como herramienta terapéutica eficaz para el manejo de momentos de ansiedad y en circunstancias de constante debilidad emocional. La derreflexión es necesaria en aquellos casos donde la hiperreflexión impide al residente el autodistanciamiento y la autotranscendencia. (7)



### *Casuística.*

La señora S viene a nuestra consulta porque se sienta aquejada de frigidez de niña sufrió abuso sexual por parte de su propio padre, desde el punto de vista heurístico decidimos tratar el caso como si no existiera algo parecido a un trauma psicosexual así pues, preguntamos a la paciente si había esperado recibir algún daño a causa del incesto la paciente confirmó nuestras sospechas, añadiendo que había llegado a esta conclusión bajo el influjo de la lectura de un libro que pretendía ser de divulgación del psicoanálisis a nivel popular. “aquello había que pagarlo”, era la convicción de la paciente. En resumen: se había instalado un miedo de expectativa. En el marco de este miedo cada vez que tenía un contacto íntimo con su compañero, “se ponía al acecho”, porque en definitiva ella anhelaba ejercer su feminidad. Pero, precisamente así, dividía su atención entre ella y el compañero con este comportamiento, arruinaba toda posibilidad de orgasmo porque en la medida en que se prestaba atención al acto sexual en sí, en esta misma medida se incapacitaba uno para entregarse plenamente a él...No pocas veces hemos comprobado que para solucionar un síntoma lo único que se requiere es disolver la atención focalmente centrada en dicho síntoma. Y así ocurrió con esta paciente. Le dije que, por el momento, no disponía del tiempo para comenzar el tratamiento y fije la cita para dos meses más tarde. Hasta entonces –añadí- no debía preocuparse por su capacidad e incapacidad de orgasmo –punto sobre el que deberíamos ocuparnos a fondo cuando iniciara el tratamiento-, sino que durante el acto sexual debería esforzarse por concentrar la tención en el compañero. Los hechos posteriores me dieron plena razón. Ocurrió lo que yo esperaba. La paciente volvió no al cabo de dos meses sino de dos días. Basto que dejara de fijar la atención en sí misma en su incapacidad o capacidad para alcanzar el orgasmo; brevemente vasto una derreflexión y una entrega más sincera a su compañero para que, por primera vez, llegara al orgasmo. (2)

### **2.2.6.1.2. Técnicas Específicas.**

#### **Modulación de actitud.**

Las concepciones teóricas que tiene mayor relieve en la práctica logoterapéutica se refieren en particular a la importancia de la “dimensión espiritual” entendida según el modelo antropológico propuesto por Frankl: ser refiere pues, a los “valores” y “significados” y a las modalidades de las actitudes.

Desde un punto de vista general se pueden distinguir esquemáticamente como objetivos de la logoterapia: la “modulación de la actitud” y la búsqueda y realización de valores y significados personales.

Para Frankl, la actitud es al mismo tiempo un “valor” y un “factor” terapéutico. Frankl distingue en el campo de las neurosis cuatro tipos diversos de actitud:

- a. La pasividad mala: la “huida” del ansioso ante sus crisis de ansiedad.
- b. La actividad mala: Por ejemplo, la lucha del neurótico forzado ante sus obsesiones, o bien la búsqueda intensiva del placer sexual en el sujeto afectado por impotencia psicógena.
- c. La pasividad justa: ignorar (derreflexión) el síntoma o bien ironizar (Intención paradójica) sobre él.
- d. La actividad justa: dedicarse a una actividad a pesar de los síntomas; buscar valores y objetivos en la vida.

Durante la logoterapia, tanto específica como no específica, se intenta sustituir las actitudes erróneas por otras correctas para realizar lo que se ha llamado la modulación de la actitud.(1)

#### **Psicodrama**

Es una técnica de psicoterapia que se basa en postulados de la psicología, sociología y el teatro. Yabonsky Lewis ha sido el principal animador para la utilización en el psicodrama para el trabajo en adictos. Para muchos de ellos, el psicodrama puede representar una vía para exteriorizar en forma teatral su propio mundo interior. Con

la colaboración del grupo presente en la sesión se puede resolver conflictos emocionales. Es una técnica que experimenta muy intensas ya que el escenario, la audiencia, el terapeuta y los yo auxiliares (personajes que hacen de “papá, mamá o cualquier sujeto”) favorecen enormemente a las expresiones del amor, odio o trauma del adicto. En las sesiones se puede ver beneficios no solo para el protagonista central (adicto alrededor al que gira la escena), sino para la audiencia (adictos restantes que forman el público) que puede ver reflejados en partes solucionados algunos de sus problemas. Los participantes del grupo son estimulados para que también actúen, aspectos de su propia vida que han sido “tocados” en la sesión.

El psicodrama ofrece la ventaja de que puede acortar las horas de terapia de tipo racional – verbal, ya que hay una acción emotiva catártica que se asemeja mucho a la situación real vivida por el adicto.

En grupos pequeños normalmente hay menos inhibiciones para los participantes y los conflictos íntimos pueden aflorar con más facilidad. (6)

### **Dialogo Socrático.**

De forma general el dialogo socrático es un método de discusión tomado de la filosofía que propicia o que busca propiciar que el conocimiento innato de la persona salga a relucir y que este tome conciencia de que las respuestas puede encontrarlas en su interior.

No hay que confundir con el método socrático con el que tiene cierta relación, puesto que el dialogo socrático es un modo organizado de responder algunas de las grandes preguntas.

Para dilucidar el título de este proceso, que puede prestar a confusión, se debe explicar porque se evoca en dos contextos diferentes el nombre de Sócrates.

La teoría de Sócrates sobre el conocimiento, como explica Platón, es que todos tenemos ese conocimiento de forma innata. Si le preguntan algo como “¿Qué es la justicia?”, es probable que no sea capaz de dar una definición clara por iniciativa propia, pero con toda seguridad se le ocurrirán varios ejemplos de justicia que extraerá de su propia experiencia. No obstante, Sócrates diría que, si es capaz de dar

un ejemplo de algo, ya conoce (implícita o explícitamente) lo que es ese algo. Esta es la base del dialogo Socrático de Leonard Nelson (Filósofo alemán) un proceso fiable que le guía para definir de un modo explícito lo que ya sabe de un modo implícito.

Sócrates también era famoso por sondear a las personas, mediante una serie de preguntas hasta arrancar de ellas sus contradicciones. Si ofreciera a Sócrates una definición irreflexiva de la justicia y si el, después, le llevara a admitir que su definición podría dar origen a la injusticia, se habría contradicho. En consecuencia, su definición no sería correcta. Este método se llama desde un punto de vista técnico, Helénico, pero a menudo se le conoce como método Socrático. Observe que muestra solo lo que algo no es, no lo que es. En resumidas cuentas, este método revelará un buen numero de definiciones inservibles de la justicia (o de cualquier otro fenómeno) y ninguna útil.

Por contraste el dialogo Socrático apunta directamente a lo que algo es. Emplea la experiencia personal como base para encontrar una definición universal explicita y precisa del objeto examinado. Utiliza la duda individual y el consenso tan difícil de alcanzar, para permitirle responde a preguntas como “¿Qué es la libertad?” o “¿Qué es la integridad?”. Esto no es algo que pueda hacer mientras almuerza en el trabajo; en la práctica, la mayor parte de los diálogos socráticos se llevan a cabo durante todo un fin de semana. Se necesitan dos días para obtener resultados en un grupo pequeño dirigido por un concejero especializado.

Dos días son, de hecho, casi insuficientes, teniendo en cuenta lo que está en juego. De hecho se podría aplicar toda una vida a saber lo que es la justicia, la libertad o la integridad y nunca lograrlo, a pesar de que fueran temas de importancia crucial, invertir un fin de semana en captar un primer plano fugaz de estas ideas ilusivas pero eternas, es utilizar bien el tiempo.

El dialogo Socrático funciona mejor entre cinco y diez participantes. Eso permite una variedad suficiente de experiencia personal, el tiempo suficiente para que participen todos los miembros del grupo y la posibilidad, muy real, de alcanzar un consenso. Con un número excesivamente reducido de personas no hay suficientes puntos de

vista para enriquecer el proceso. Con un grupo demasiado grande nunca conseguirá que se llegue a un acuerdo.

El primer paso en un dialogo socrático es decir la pregunta que ha de responderse, lo que acostumbra a acercarse con anterioridad. Esta parte del proceso puede, no obstante, ser una prolongación de la tarea educativa. Las mejores preguntas toman la forma de “¿Qué es X?” en la que X es la libertad y la integridad, la felicidad, la realización, la esperanza, el amor, o cualquier otra idea principal pero inefable. Pueden funcionar así mismo otros formatos pero con formulación clásica no hay posibilidad de error.

El segundo paso consiste en que cada participante elija un ejemplo de su propia experiencia de la vida que encarne a X. tiene que ser un ejemplo simple, que pertenezca al pasado, que no sea excesivamente emocional, para relacionarse con el mismo de un modo objetivo, y (si es necesario) con mucho detalle. Cada individuo ofrece una breve presentación de su ejemplo al resto del grupo.

A continuación, el grupo elige, por consenso uno de los ejemplos para analizarlo a profundidad. Éste será el vehículo principal para llegar a la definición pero también podría hallarse analizando cualquiera de los ejemplos expuestos. Escoja uno con el que todo el mundo pueda identificarse de laguna manera al fin de garantizar al máximo la comprensión de todos los participantes. El caso seleccionado se expone de nuevo con mucho más detalle y los miembros del grupo formulan cualquier pregunta que se le ocurra para solventar alguna duda. No se permiten cuestiones hipotéticas. En éste estadio, y durante casi todo el proceso, cuentan estrictamente solo los hechos.

Después, todos juntos desglosan la historia en sus componentes más pequeños. Un hecho que en realidad sucedió, por ejemplo, en uno o dos minutos puede desarrollarse en varias docenas de etapas. En alguna parte de los detalles ordenados, pues, se encuentra exactamente lo que se busca. Puede encontrarse en una etapa determinada o entre etapas, o en más de una etapa, o en una combinación de etapas. Indicar con precisión la ubicación de X sitúa al grupo a mitad de camino porque, cuando todos están de acuerdo sobre el lugar donde ocurre X, pueden empezar a

decidir que es X. la idea es que, si se puede captar la experiencia real de algo, se puede identificar también ese algo. Todo esto quedará más claro cuando haya considerado el ejemplo que sigue.

A continuación, el grupo formuló una definición (por lo general solo una frase) que corresponde al ejemplo examinado. La experiencia en la que el grupo se concentra proporciona un punto de referencia concreto para verificar la exactitud de la definición. Una vez satisfecho el grupo contempla las otras experiencias personales, comprueba si encajan en la definición que se ha definido y efectúa en la definición propuesta las modificaciones correspondientes.

La etapa final es tratar de refutar la definición con otros ejemplos que no se encuentran entre los que ya se han presentado. Este es el único estadio del diálogo socrático en donde se permite plantear situaciones hipotéticas si puede rebatir la definición debe pulirla en consecuencia. Se sorprenderá cuando vea que su definición, elaborada con suma consideración, resiste incluso en esta fase libre del análisis. (17)

## **2.3. REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.**

### **2.3.1. Conceptos básicos sobre Drogodependencias**

#### **2.3.2. Drogodependencias**

Existen múltiples definiciones del término drogodependencia, siendo una de las primeras formulada por la Organización Mundial de la Salud en 1964 estado psíquico y, a veces físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. (18)

En el lenguaje popular y científico existen varios términos que de alguna manera indican la relación de una persona con una sustancia psicoactiva: drogadicción, alcoholismo, farmacodependencia, tóxico-dependencia, adicción.

Una terminología adecuada para unificar las diferentes palabras es la propuesta de Pérez G.; “Adicción a sustancias psicoactivas” (SPA) que nos indicaría la dependencia de una persona hacia aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central (SNC), y que por lo tanto modifican el campo de conciencia del sujeto. De esta manera, una persona puede ser adicta al alcohol, a la cocaína y así sucesivamente varias sustancias psicoactivas.

Existen varias fases por las que el individuo atraviesa antes de llegar a la drogodependencia:

#### **2.3.3. Abuso de sustancias psicoactivas**

Se entiende por abuso cualquier consumo de droga que dañe o amenace con dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. A sí mismo, se considera el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal. Queda claramente incluido en esta definición el uso peligroso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, empleo incorrecto e indiscriminado de medicamentos y consumo de sustancias ilegales.

Se caracteriza por un modelo desadaptativo de uso de sustancias psicoactivas que vendría definido por el consumo continuado de algunas de ellas, a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que pueden ser consideradas como dañinas, o bien como cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes. (18)

#### **2.3.4. Tolerancia**

Es un hecho fundamentalmente farmacológico que consiste en la disminución de la intensidad de los efectos producidos por una sustancia psicoactiva a medida que se repite su consumo. Se puede definir con la fórmula: a (mayor) frecuencia de consumo (menor) efecto. Por ejemplo, si una persona ingiere una sustancia psicoactiva, al momento de su ingestión percibe unos efectos “X”, pero a medida que pasa el tiempo, van disminuyendo hasta que “no sienten nada”. Los efectos iniciales “X”, “desaparecen”, y para lograrlos nuevamente, tiene que aumentar la dosis de esa sustancia.

Es importante tener presente este fenómeno ya que después de que un adicto se ha desintoxicado, por ejemplo, de heroína y después de varios meses vuelve a consumir una dosis alta, puede morir por sobredosis, puesto que el organismo había recuperado su forma original de sensibilidad a los efectos de heroína (el mecanismo de tolerancia no está presente). El consumidor de basuco empieza con un cigarrillo para “sentirse bien”; pasado algún tiempo que aumentar de 2-3 cigarrillos diarios para lograr el efecto inicial.

En el caso del alcoholismo, con frecuencia la tolerancia cambia; después de varios meses sin tomar, una persona que con seis cervezas perdía el control, por ejemplo, se da cuenta que cuando toma una sola cerveza ya está fuera de sí.

#### **2.3.5. Dependencia Física.**

Consiste en la aceptación biológica a una sustancia. Algunos autores la denominan también neuro-adaptación.



El consumo permanente de psicoactivas produce modificaciones en el sistema nervioso central, neuronas, sinapsis, etc. El organismo se “acostumbra” a recibir su “dosis” de psicoactivo; al no serle suministrada ésta, se origina la “protesta”: es el comienzo de las crisis de abstinencia. El organismo, biológicamente hablando, comienza a “necesitar”, a depender de una sustancia.

### **2.3.6. Dependencia psicológica.**

Se define como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor. Convierte al consumidor en una especie de minusválido que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir al “bastón”, en cuya ausencia le será imposible caminar.

Es importante aclarar que los dos fenómenos descritos están relacionados, lo psíquico y lo físico.

Hay momentos donde pesa más uno de los dos, pero siempre existe una mutua influencia.

### **2.3.7. Crisis de abstinencia.**

Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando una persona adicta deja de consumir las sustancias psicoactivas.

Los signos y síntomas pueden variar dependiendo de la persona, la clase de sustancias y el tiempo de consumo. Algunas son: náuseas, vómitos, taquicardias, escalofríos, insomnio, depresión, convulsiones.

La experiencia enseña que el adicto “exagera” los síntomas de la crisis de abstinencia para manipular y conseguir medicamentos de toda clase.

Se plantean dos tipos de crisis de abstinencia. Una se da a corto plazo y la otra en un tiempo más prolongado. La primera puede durar entre tres y cuatro días, según las características del individuo, sustancia y tiempo de consumo. Ocasiona mayor

malestar de tipo físico que psicológico. La segunda puede durar hasta siete meses y los malestares son de tipo psicológico.

Después de la ingestión de la última dosis, la persona comienza a recuperarse poco a poco en su aspecto físico: come bien, duerme con regularidad, cesan los calambres musculares o escalofríos, si estos últimos han existido; en su lugar comienza el malestar más delicado: la depresión. El adicto ha perdido su “objeto amado”: la sustancia psicoactiva. Se encuentra de nuevo sin el apoyo del “bastón”, tiene que enfrentar la realidad diaria. Es por esto que durante varios meses sufrirá manifestaciones de tipo depresivo, a las cuales deberá prestarse la mayor atención durante la terapia, ya que el adicto se encuentra “desnudo”, con todos los complejos y traumas que la sustancia psicoactiva había “enmascarado”.

#### **2.4. Causas de la Adicción**

La etiología de la adicción a psicoactivos es un tema muy complejo (hay en juego muchísimas variables), más no es el objetivo del presente análisis entrar en un estudio detallado de las causas. D. Lettier, M. Sayers y H. W. Pearson, han publicado una obra titulada *theories on Drug abuse* (en Research Monograph 30, 1980), en el cual resumen la problemática así: existirían unas 43 teorías que tratan de explicar el porqué una persona se vuelve adicta. Vista la adicción desde la óptica de la multicausalidad, se analizan factores de tipo biológico, psicológico, sociológico y espiritual que tienen que ver con la aparición del fenómeno que golpea de modo tan grave a la sociedad contemporánea.

Algunos factores de tipo social que indudablemente tienen que ver con la aparición de la adicción se exponen así: deficiencia en la prestación de servicios básicos a cargo del estado, que obligan a muchas personas a dedicarse a la producción, comercio y consumo de sustancias psicoactivas (teoría de la marginalidad).

Estrategias de control, prevención y represión que algunas veces se ponen en práctica y otras se olvidan, según las conveniencias políticas de los países.

Mecanismos de mercado, oferta y demanda que determinan la producción, comercio y consumo.

Características geográficas de un país que pueden o no favorecer el consumo.

Entre los factores de tipo personal bio-psico-espiritual que influyen en el consumo de psicoactivos, se encuentran:

Predisposición biológica.

Depresión.

Influencia de los amigos.

Actitud favorable al consumo.

Baja tolerancia a la frustración.

Problemas de identidad. Baja autoestima.

Falta de asertividad (“no digas sí cuando quieras decir no”)

Ausencia del padre.

Uso precoz del cigarrillo.

Uso indiscriminado de medicinas por parte de los padres.

Conflictos familiares graves.

Pérdida de valores éticos o religiosos.

Carencia de metas-vacío existencial.

Cuando se habla de causas para intentar explicar la aparición de la adicción, se hace referencia a menores o a mayores probabilidades de que aparezca el fenómeno y no de una relación lineal: 1causa=1 efecto. Así por ejemplo, una persona puede poseer todos los factores enumerados anteriormente y carecer de problemas de adicción,

mientras que otra, puede ser ajena a aquellos factores y sin embargo convertirse en adicta.

Los factores causales nos permiten concluir que, en la medida en que se conjuguen mayor número de elementos, las probabilidades para el desarrollo de una adicción son mayores.

Paro algunos padres de jóvenes adictos las preguntas ¿porqué mi hijo es así? ¿Qué le faltó?, se convierten en un martirio y el complejo de culpa no les permiten mantener la suficiente serenidad para afrontar el problema. Al respecto, es bueno recordar una frase de Viktor Frankl, el fundador de la Logoterapia quien afirmaba: “Frente al destino inevitable y adverso es inútil preguntarnos, “¿Por qué a mí?”. Por el contrario nuestro deber es replicar, dar una respuesta, actuar”. (1)

### **Patrones de consumo de sustancias psicoactivas.**

Una persona no se vuelve adicta de un día para el otro, sino mediante un “proceso” con etapas que señalan un menor o mayor grado de relación con el psicoactivo. Existen varios test o cuestionarios que pueden realizar un diagnóstico del joven. Algunos de los test de diagnóstico más utilizados son el índice de severidad de adicción (ASI) y la prueba para el alcoholismo (CAGE). En Europa es frecuente utilizar los exámenes de orina para detectar el nivel de adicción.

Una descripción muy conocida de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, que nos puede dar una aproximación diagnóstica es la propuesta por la National Commission on Marijuana and Drug Abuse, organismo norteamericano que la publicó en 1973 y plantea lo siguiente:

Consumo experimental y/u ocasional

Se usa la droga por curiosidad, por “probar”.

Consumo social y /o recreativo

El consumo se hace más regular en relación con la categoría anterior. Se usan en fiestas y juegos; el fin es facilitar encuentros y relaciones sociales.

Consumo circunstancial y /o situacional

Determinadas circunstancias o situaciones se convierten en un “problema” para la persona, la cual cree que drogándose puede afrontar mejor dichas condiciones (deportes, trabajo, sexualidad).

Consumo intenso.

Ante las más variadas circunstancias, la persona encuentra la “excusa” para drogarse, para “superar” un problema. El consumo mínimo es una vez por día.

Consumo compulsivo.

El uso se hace para evitar la crisis de abstinencia. Todas las actividades de la persona van encaminadas a buscar droga. (6)

## **2.5. Características del adicto.**

Un elemento que impresiona considerablemente a los expertos que han trabajado con personas adictas de diferentes nacionalidades y clases sociales es la consistencia de algunas características o “formas de ser” de los adictos en general. Investigadores como Yablonsky, quien por más de 35 años ha trabajado en esta área, así lo confirman. Veamos algunas:

### **Negación.**

El adicto niega que esté en dificultades con la droga o el alcohol. Algunas frases típicas son: “Yo solo puedo salir de esto yo no soy como fulano, el hijo de doña... Ese si es un drogadicto, pero yo no, yo sé controlarme”; “mija pero dese cuenta, ya llevo 15 días sin tomar una cerveza, ¿se fija que no soy alcohólico?”, “yo solo lo hago los fines de semana o cuando voy a un paseo o fiesta”.

Esta primera fase se vive también en la familia que trata de esconder la problemática, de negarla, de hacerle ilusiones de que su familiar no es adicto.

### **Autoengaño.**

La persona se dice mentiras así misma. Se promete una y otra vez que será la última vez que se droga o se emborracha; que tiene fuerza de voluntad para dejar el trago o la droga. Un autor dice al respecto: “El drogadicto se droga para prometerse que no se va a volver a drogar”. Puede parecer paradójico pero hay mucho de verdad en este mecanismo de autoengaño del adicto.

### **Victimismo.**

Es una frase posterior a la negación. Acepta en algo sus dificultades frente a la droga, pero comienza a responsabilizar a los demás de ser los culpables de los problemas: “Vea es por esa cantaleta suya que me emborracho”; “es que no encuentro trabajo”; “es que no tuve un hogar, me pegaban cuando niño”. Hechos todos que pueden ser verdaderos pero que el drogadicto los utiliza para no enfrentar su problema, para manipular a los demás, haciéndose pasar por una “víctima” de ellos.

### **Mitomanía.**

Mentir es algo completamente normal para el adicto hace parte de su mundo; tiene una relación con lo que decíamos anteriormente sobre el “autoengaño”: llega al punto de decirse mentiras así mismo.

### **Manipulación.**

El adicto sabe muy bien cuáles son los puntos, débiles y fuertes de cada uno de los familiares: papá, mamá, hermanos, esposa, etc.

Al conocer estos puntos los manipula o “chantajea” para conseguir lo que quiere: consumir droga. El familiar del adicto siempre debe estar atento y preguntarse: ¿Qué está buscando con la propuesta o acción que plantea en este momento?

Él sabe que si le “ayuda” a su hermana con el novio, logrará conmovérsela; si a su padre le habla de su equipo de fútbol favorito, conseguirá algo.

### **Deseo irresistible por la droga.**

El adicto solo tiene una idea en la cabeza y es: ¿Cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman “compulsión” a este deseo irresistible.

Cuántas mujeres se hicieron novias o se casaron con una persona adicta, creyendo sinceramente que su “amor” lo alejaría de la sustancia (alcohol, cocaína, basuco, etc). El adicto está en “unión simbiótica” con la sustancia, es una unión total. Entre el adicto y la sustancia es difícil que alguien pueda penetrar solamente con voluntad. Es necesario saber acercársele para que asuma el tratamiento.

### **Abstinencia periódica.**

Con frecuencia se encuentran personas adictas que logran abstenerse voluntariamente por un tiempo y consumir drogas pero después vuelven y recaen. Este hecho, que todavía sigue siendo en parte misterioso, desafortunadamente va a reforzar el mecanismo de la negación y hará que el adicto y sus familiares se auto-engañen diciendo: “Yo no soy adicto, él es adicto, ya lleva 15 días, 3 meses sin emborracharse, sin drogarse”.

Recordemos lo que decía el escritor Ernest Hemingway: “Dejar de fumar es la cosa más fácil del mundo, yo he dejado el cigarrillo 20 mil veces”. (6)

## **2.6. Periodos de la Adicción**

Bruno y Maselli plantean tres períodos en el desarrollo de la adicción que pueden orientar al acercamiento del joven. Se intenta una síntesis de estos, sin olvidar las diferencias específicas de cada persona.

### **Primer período.**

Se produce desde el primer contacto con la sustancia psicoactiva hasta el momento en el cuál los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos “luna de miel” ya que el joven siente las cosas “positivas”, agradables de la sustancia, el “flash” que como veíamos al principio es la energía o corrientazo que comunica el tóxico cuando entra al organismo. Este “orgasmo generalizado”, del cual habla sobre los heroinómanos y cocainómanos, actúa mucho en el joven.

La “fuga”, ese otro elemento que también explica en gran parte, el apego al tóxico, hace olvidar al adicto los problemas y malestares.

Como el fenómeno de la tolerancia es un proceso que se va desarrollando poco a poco el joven no siente aún, la crisis de la abstinencia. Se queda con lo “bueno”: “el flash” y “la fuga”; lo negativo-la crisis de abstinencia no se manifiesta todavía.

Para algunos expertos el primer período raramente es inferior a los dos años o superior a los cuatro este es un dato muy relativo, depende de la sustancia y la persona. El joven es capaz en esta época, de “esconder”, de disimular el consumo; tiene un grado de control sobre la sustancia, el complejo de culpa no es muy grande y las justificaciones que encuentra lo tranquilizan. Por eso es muy común escuchar que en esta “luna de miel” es difícil que el joven acepte el tratamiento (si sus familiares se enteran).

Algunos terapeutas prefieren tratar adictos “viejos” porque la “luna de miel” (flash. Fuga) es muy pequeña en comparación con los malestares de la crisis de abstinencia, del acoso permanente para comprar el tóxico, etc.

En segundo momento la persona trata de “liberarse” de la sustancia, pero se da cuenta de la dificultad para lograrlo y comienza a mentirse a si mismo: “esta es la última vez que lo hago, mañana no lo haré más”. Curiosamente, en el momento que se encuentra drogado, “borracho” se siente con muchas fuerzas, es omnipotente y tienen la seguridad de que va a ser capaz de abandonar el tóxico. Cada vez la “crisis



de abstinencia” se hace más fuerte, puesto que la tolerancia se va desarrollando plenamente y la “luna de miel” queda atrás.

En este período se observan cambios “positivos” en el joven, por ejemplo: parece más extrovertido, seguro de sí mismo, los familiares ven el cambio y se entusiasman. Los pequeños robos de dinero y objetos de la casa comienzan cuando el joven necesita consumir con más frecuencia para no sentirse mal. Los problemas escolares, laborales, físicos, hacen que por fin un día los familiares se enteren de la adicción y aquí termina el primer período.

### **Segundo Período.**

La revelación de la situación del hijo produce, como se ha visto, un *shock* familiar. Primero la negación del joven y después, de la familia, aparecen con toda fuerza. El joven comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y le da gusto con cosas materiales, ya que se sienten culpables. La persona que ya tiene un grado de adicción alto no puede dejar la sustancia y los problemas de todo tipo se acentúan. La familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes: regalos y agresividad para tratar de controlar las conductas desviadas. Se conforma entonces una patología muy compleja.

En el momento en el cual los familiares y más raramente el joven piden asesoría comienza el tercer período.

### **Tercer período.**

La familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo, y se integran al tratamiento.

## **2.7. Drogadicciones noógenas**

Antes de definir las drogadicciones noógenas es conveniente definir las neurosis noógenas como las concibe Frankl e igualmente recordar que la antropología frankliana plantea tres dimensiones de la persona, que están relacionadas pero que

igualmente tienen una autonomía: dimensión biológica, dimensión psicológica y dimensión noética o espiritual. Frankl dice que: “También en esta dimensión (la espiritual) pueden echar raíces las neurosis y es entonces cuando nosotros hablamos de neurosis noógenas (es decir nacidas del humus espiritual); ya que la tensión causada por un conflicto de la conciencia, o la opresión causada por un problema espiritual, es decir una crisis existencial, puede provocar una neurosis (Frankl, 1978, p.139). (15)

Así, la neurosis noógena tiene su origen en la dimensión noética o espiritual de la persona y puede extender su repercusiones en lo psicofisiológico a nivel de correlación psico-neuro-inmuno-endocrinológica. “La fuerte incidencia del significado de la propia vida sobre el bienestar global de la persona transforma la correlación mente-cuerpo en correlación espíritu-mente-cuerpo (Pacciolla, p, 144). (15)

La neurosis noógena es un sentimiento de falta de significado de la vida, es una frustración existencial en el sentido que permanece frustrada la voluntad de dar un sentido a la propia existencia. Los choques entre valores diversos o contrapuestos pueden conducir a un problema noógeno.

El autor en cuanto a la etiología de la adicciones a psicoactivos, parte de la existencia de una multicausalidad, y en ella lo ideal es descubrir y plantear a nivel de hipótesis si la adicción del consultante es mas de tipo psicológico o más de tipo biológico o mas de tipo social o mas de tipo noético o espiritual. Estas hipótesis son las que después van a guiar gran parte del tratamiento.

Una drogadicción más de tipo noógeno es aquella en la cual, coloquialmente podemos decir; “la persona ya tiene casa, carro y beca y se pregunta ¿y ahora que?”. En ese momento descubre la droga y queda enganchado en ella encontrando un falso motivo para vivir que con el tiempo, terminada la “luna de miel” con la droga, creará mucho sufrimiento innecesario a sí mismo y a su entorno social. Las drogadicciones

noógenas tienden a desarrollarse más en los países más desarrollados, en las clases sociales con más recursos económicos.

Una drogadicción noógena tiende a afectar toda la persona humana: lo biológico, lo psicológico y lo social; una drogadicción más de tipo psicológico, en cambio, es una adicción más individualizada, que nace en una parte más localizada en la estructura psicológica de la persona. Lo noógeno es más difuso en toda la persona es menos particular, es más holista.

En las drogadicciones noógenas un tratamiento que tenga en cuenta también a la logoterapia es fundamental ya que la logoterapia es una terapia que nace y utiliza el espíritu o dimensión noética, en el cual hemos visto tienen raíces las drogadicciones noógenas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se traduce un texto del italiano Giacinto Froggio que es citado por Fizzotti acerca de la relación entre Logoterapia y adicciones:

“La drogadicción y el alcoholismo, desde la logoterapia, tienen en parte una causa que es el llamado vacío existencial. Los estudios que han tratado de identificar una relación entre toxico-dependencia y vacío existencial, aunque si son pocos, han llegado a la conclusión de que tal relación existe. Pero, no es una relación de tipo causa efecto.

Se ha encontrado en cambio que hay una especie de proceso circular donde si bien, no hay una causalidad directa, el vacío existencial interviene en el mantenimiento de la dependencia”. (15)

En el ámbito de las observaciones clínicas y del estudios de casos, se ha subrayado que la drogadicción (Fabry-Lukas 1977, Froggio 1985<sup>a</sup>, 1986b, ) y alcoholismo juvenil (Froggio 1986c) (6) tienen una estrecha relación con el vacío existencial, la anulación de la libertad y responsabilidad personal. De las observaciones de estos autores se pueden deducir líneas que tienen que ver con el paso del vacío existencial a la dependencia de sustancias psicoactivas.

Los casos de alcoholismo y de drogadicción noógena son aquellos en los cuales el vacío existencial es mencionado como causa. En estos casos se instaure un mecanismo circular. El vacío existencial y en consecuencia, el sentido del aburrimiento y apatía ponen las bases para que se instaure una dependencia. Es importante el encuentro con la sustancia, los lugares y las modalidades en las cuales sucede este encuentro. Para el alcohol normalmente se trata de ocasiones de fiestas: reuniones con los amigos, reencuentros, etc. También para la droga los primeros consumos ocurren con un buen amigo o con el grupo. Generalmente, son situaciones de esparcimiento y recreación. El alcohol tiene el poder de disminuir inmediatamente las inhibiciones y las tensiones, pueden calmar y dar, al menos al comienzo, un sentido de bienestar. De esta forma, el bebedor descubre que sus ansiedades pueden ser aplacadas recurriendo a la botella. Se puede decir lo mismo de la droga. Pero hay algo más. Tanto la droga como el alcohol colman momentáneamente el vacío existencial, reducen el aburrimiento y la apatía y crean un ficticio sentido de identidad o, al menos, la ilusión de un significado.

Desgraciadamente, estas sustancias tienen un efecto de retorno obligan a la dependencia anulando la capacidad de autodirección, la libertad y la responsabilidad personal. De esta forma la persona se vuelve un ser determinado por las cantidades de alcohol o de droga que consume. Igualmente, la ilusión de haber encontrado un significado desaparece rápidamente y aparece el sentimiento de vacío, del vacío existencial que se debe tratar de llenar bebiendo o recurriendo a la droga.

También en los casos de dependencia causados por factores psicológicos aparece a un cierto punto el vacío existencial. De hecho, aunque el sujeto no haya comenzado a beber o drogarse por motivos existenciales, se puede encontrar en un vacío de sentido que trata de cubrir con un recuerdo siempre más grande que la droga o el alcohol. El mecanismo circular, por lo tanto, aparece una vez más y la logoterapia se vuelve en estos casos una intervención, si no primaria, ciertamente importante y necesaria. La logoterapia ha demostrado ser una intervención de mucha validez para estas dependencias.

## **2.8. Algunas tipologías relacionadas con la drogodependencia y el vacío Existencial.**

Froggio (6) plantea algunas tipologías que parecen estar más relacionadas con el vacío existencial.

### **Personalidad Insatisfecha.**

Son personas que no logran encontrar satisfacción en lo que hacen y sus actividades aparecen vacías de cualquier sentido y significado. Se sienten golpeadas por un sentimiento de absurdidad y de vacío; por ejemplo, el trabajo no les da un sentido de utilidad y de plenitud, pues han tenido que elegirlo sin verlo como objeto verdadero de sus aspiraciones profesionales. Son personas en el trabajo equivocado. El trabajo para ellos es fuente de frustración.

En esta tipología entran las mujeres a las cuales la familia no les basta y no le encuentran sentido a su función materna y de amas de casa. Para ellas los días son aburridos e iguales. Tales personas insatisfechas y frustradas buscan en el alcohol una forma de escape.

### **Bebedores o adictos de fin de semana.**

Está representada por aquellos que han encontrado un sentido, uno solo y totalizante. Tal vez lo han encontrado en un trabajo y, cuando no trabajan, no saben qué otra cosa hacer y entran en un estado de aburrimiento y sufrimiento. El apego al trabajo probablemente los ayude a distraerse, a no pensar en la propia condición existencial; sin el trabajo, la falta de significado y el vacío existencial los dominan. Hay muchas hipótesis para asegurar que en la sociedad occidental estos sujetos son numerosos: se trata de personas que durante el fin de semana y las festividades de diciembre, para evadir su vacío interior, se emborrachan o se drogan de manera excesiva. Pasados estos momentos, cuando regresan al trabajo son empleados y funcionarios modelo.

### **Personalidades desilusionadas**

Hay algunos que beben o se drogan porque tuvieron serios problemas; porque han tenido que confrontarse con un destino duro, o han perdido un ser querido y que no han encontrado una razón, un motivo válido para seguir adelante; o han perdido algo muy importante que daba sentido a toda su existencia. Pueden ser todos aquellos que han llegado a la edad de jubilación, que no encuentran nada que hacer, no saben cómo utilizar su tiempo y permanecen en un parque o con un vaso de vino entre sus manos en la soledad de su casa. Se podría pensar también en aquellas que durante toda su vida no han hecho otra cosa que cuidar sus hijos y, cuando ellos hacen una familia propia, pierden el sentido de su existencia y entran en un estado depresivo. A estas personas, el alcohol y la droga les hacen olvidar momentáneamente las ilusiones perdidas.

### **Personalidades confusas.**

Son aquellos que no han logrado encontrar algo valioso para sí mismos; están confundidos, pasan de una experiencia a la otra sin encontrar gusto por ninguna. Son parecidos a los “tipos indecisos”, aquellos jóvenes que aún no se deciden por algo que pueda darles dirección e identidad. Las personas confusas viven también ellas esa situación de duda pero no son ni adolescentes ni jóvenes. Viven en la permanente incertidumbre, son incapaces de elegir definitivamente algo sin tener que retroceder a cada momento. Son relativistas y escépticos. Sus únicas convicciones son el hedonismo y el consumismo. Están convencidos de que la vida debe ser vivida de manera feliz: “comamos y bebamos que mañana moriremos”. Generalmente, la vida no les ha pedido a estas personas un desafío o una tarea verdadera; el bienestar y la abundancia les permiten tener lo que quieren y así se vuelven consumidores compulsivos: consumen dinero, trabajo, sexo, amor. Parecen estar hambrientos de muchas experiencias y por eso una sola no basta. El vacío en el cual viven estas personas es muy peligroso, porque está lleno de cosas inútiles, que se conocen poco y no se aman verdaderamente. Es un vacío que se trata de llenar con experiencias banales, superficiales y efímeras. De esta manera se debaten siempre en la

incertidumbre y para acallar la voz de la conciencia que les reclama una vida significativa y con sentido, recurren a las drogas y al alcohol.

## **2.9. Rehabilitación de Drogodependencia**

La mayoría de las drogodependencias son consideradas actualmente como enfermedades crónicas recidivantes. Ello implica que no se emplea habitualmente el criterio de “curación” al no poder, prácticamente nunca asegurar que el paciente ha abandonado total y definitivamente la toxicomanía. Por otra parte, es conocido el hecho de que muchas veces el conseguir la abstinencia de un tóxico supone un aumento en el consumo de otro. Más apropiado parece utilizar el término compensado y abstinente para indicar que el sujeto ha sido dependiente ya no consume tóxicos.

La fase de rehabilitación tiene varios objetivos

- a) Que el paciente se recupere de las secuelas de su dependencia tanto física como psíquica, familiar como sociolaborales;
- b) Que aprenda a llevar una vida satisfactoria en ausencia de bebidas alcohólicas y
- c) Que adquiera conciencia de enfermedad y las habilidades necesarias para prevenir recaídas.

Es por ello que es necesario como para cumplir estos objetivos organizar una estrategia de rehabilitación terapéutica a largo plazo en la que es esencial el establecimiento de una buena alianza terapéutica y la utilización de varios recursos terapéuticos.

### **2.9.1. Definición de Rehabilitación**

Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.

Término ambiguo que algunas veces, se utiliza para designar todo el proceso tendente a conseguir que un individuo abandone el consumo de un tóxico y pueda reintegrarse a una vida personal social plena y satisfactoria.

### **2.9.2. Proceso Terapéutico.**

En el paciente drogodependiente es muy frecuente el intento, la mayoría de las veces repetitivo debido a las numerosas recaídas que experimentan, de dejar el tóxico sin ayuda externa. Cuando ya es evidente abandonar el consumo únicamente con el esfuerzo personal son múltiples factores los que pueden forzar a un drogodependiente a solicitar ayuda terapéutica. Es exagerado utilizar el verbo “forzar” para definir el conjunto de presiones familiares, laborales, económicas, legales, etc., que conducen al paciente a iniciar un tratamiento específico para su toxicomanía dado que, en situaciones “óptimas para el consumo” muy pocos drogodependientes solicitarán espontáneamente atención especializada para dejar de consumir.

Ello implica que uno de los presupuestos que durante por mucho tiempo ha sido considerado como básico para poder conseguir un tratamiento eficaz, la existencia de motivación debe ser considerada. Si bien es prácticamente imposible recuperar a un drogodependiente en contra de su voluntad puede exigirse como premisa indispensable para iniciar un tratamiento, que demuestre una gran motivación para dejar el tóxico, ya que su capacidad volitiva y de decisión esta sensiblemente disminuida por la dependencia.

El tratamiento se inicia con la compleja problemática personal, familiar y social que presenta la mayoría de pacientes toxicómanos y estableciendo un plan terapéutico que comprenderá la siguiente fase:

*La desintoxicación:* proceso a través del cual se consigue que el paciente deje de consumir el tóxico del que es dependiente y pueda permanecer abstinentes sin experimentar un síndrome de abstinencia agudo. La desintoxicación de la mayoría de sustancias consumidas actualmente puede llevarse en un período de 7 a 14 días y no



acostumbra comportar ningún riesgo para el paciente deben destacarse, sin embargo, las frecuentes complicaciones que aparecen durante este proceso cuando el tóxico es alcohol o barbitúricos. El progresivo conocimiento de los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso de dependencia han permitido, en los últimos años, mejorar espectacularmente los procesos encaminados a la interrupción del consumo patológico, siendo posible, en esos momentos, efectuar tratamientos de desintoxicación que se completan en 12-24 horas.

Es absolutamente imprescindible efectuar una correcta desintoxicación para iniciar el proceso de abstinencia del paciente drogodependiente. Sin embargo la simple desintoxicación, si no va seguida de un completo tratamiento de deshabituación no podrá impedir la recaída de la inmensa mayoría de pacientes.

La desintoxicación permite al individuo funcionar sin necesidad de consumir el tóxico sin embargo no soluciona el síndrome de abstinencia tardío, el síndrome de abstinencia condicionado ni el proceso de recaída. Con el fin de abordar estos tres grupos de fenómenos se programa un tratamiento de deshabituación.

*Deshabitación:* Proceso largo y complejo con el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío y el de abstinencia condicionada, mientras el paciente efectúa un aprendizaje de estrategias terapéuticas que le permitirán enfrentarse con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos que normalmente tenderían a abocarle a un nuevo consumo de tóxicos.

La forma práctica de efectuar este proceso depende al igual que en la desintoxicación, de la escuela o grupo biológico a la que pertenezca el equipo terapéutico. Distinguen, sin embargo, dos grandes corrientes: una, que propugna el alejamiento del paciente del medio ambiente en que se ha desarrollado la adicción mediante la estancia, durante un período determinado de tiempo, en un centro donde será acogido, cuidado y reeducado, y otra, que sostiene exactamente lo contrario, es decir, el paciente debe enfrentarse lo más rápidamente posible, y de forma continuada, a los estímulos externos que precipitan su recaída intentando poder

controlar sus efectos nocivos con las armas terapéuticas normalmente de tipo cognitivo conductual, que se le proporcionan el primer enfoque terapéutico presupone que el paciente olvidará con el tiempo la necesidad de consumir droga. El segundo niega la posibilidad y propugna extinguir la conducta patológica con un control sistemático de las respuestas del organismo ante los estímulos externos condicionados al uso del tóxico.

En los últimos años la segunda corriente se ha mostrando más efectiva que la primera por lo que la mayoría de los programas de tratamientos están basados en ello. Sin embargo en la práctica clínica cotidiana se utilizan las dos usando una y otra, o en la mayoría de los casos una combinación de ambas, en función de la idiosincrasia del paciente y de los recursos disponibles.

*Reinserción:* El proceso de deshabitación debe, necesariamente solaparse con la progresiva integración del individuo en el medio familiar y social que le corresponde, reestructurando su conducta hasta hacerla compatible con una forma de vida responsable y autónoma sin dependencia del tóxico. Esta fase suele ser especialmente difícil, larga y plagada de fracasos ello es debido en gran parte, a la falta de formación y cualificación laborales de la mayoría de los pacientes, unida al hecho de que normalmente han generado, durante el período de dependencia un gran número de conflictos que van a dificultar el que se le vuelva a permitir el acceso a una actividad laboral satisfactoria. (18)

### **2.9.3. Características de los diferentes *métodos de tratamiento***

El tratamiento puede definirse, en general, como una más intervención estructurada para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Fármacodependencia, el término "tratamiento" se aplica al "proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar

a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este.

En los últimos años se han hecho esfuerzos concretos por establecer servicios de tratamiento integral. Esos servicios constituyen la integración de distintos métodos de tratamiento, encaminados a ayudar a las personas a lograr una abstinencia duradera.

#### **Tratamientos ambulatorios:**

Se entiende por tratamiento ambulatorio aquellas intervenciones en las cuales los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Existen modalidades donde las intervenciones se extienden por varias horas al día (modalidades matinales etc.), y otras donde las personas permanecen hasta doce horas en el tratamiento y que se conocen como hospitalización de día. Otras intervenciones están diseñadas para que los pacientes asistan solamente unas horas al día o a la semana, por lo tanto les permiten permanecer más tiempo en sus casas y oficios, o iniciar la búsqueda de trabajo o de estudio.

Dadas las características de las intervenciones ambulatorias éstas son de bajo costo y de fácil acceso, ya que las personas no se ven obligadas a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios. Además, el paciente está en permanente interacción con el medio y su familia (si la hubiere), características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no sólo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias

que se originan de las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia. Desde esta perspectiva el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo, en la medida que éste permanece en él.

Se describirá un modelo de tratamiento ambulatorio como una alternativa a optar. Este modelo se diseñó con una duración de doce meses, aproximadamente, en los cuales los primeros seis meses son de actividades fundamentalmente terapéuticas, y los siguientes seis meses son de control y de consolidación del individuo.

La modalidad de tratamiento implementada tiene como características: ser voluntaria, ambulatoria y multidisciplinaria, lo que tiene como ventajas el manejo del problema adictivo en el contexto donde éste se origina y se mantiene. Esto facilita que el paciente conserve sus relaciones familiares y sociales, permite que la labor de inserción social sea hecha durante todo el proceso terapéutico y no solamente al final de éste y además, permite intervenir en las diferentes áreas problemáticas de la persona.

Un programa ambulatorio debe permitir que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas. Para cumplir con esta finalidad las estrategias de tratamiento deben prestar asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual y de familia, estrategias de control del consumo y de trabajo grupal.

### **Centros de día:**

Los centros de días generalmente son centros públicos y gratuitos de planes Municipales, están organizados con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada usuario. Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones surgidas.

La atención a la familia se considera una cuestión importante y se adapta a su estructura, características y necesidades, para darle un apoyo que se considera esencial y mejorar la calidad de la convivencia en todo el ámbito familiar.

El objetivo fundamental de la rehabilitación consiste en fomentar que los sujetos adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía e integración social de cada caso concreto. Esta integración social, no quiere decir recuperación total, implica convivir y asumir esas deficiencias consecuentes a largos internamientos.

En la mayoría de los centros de días los procesos de trabajo pasan por las siguientes fases:

1. Asesoramiento e información. En función de la situación de la persona, sus expectativas y demandas se le ofrece información sobre aspectos relacionados con las drogodependencias en general, el proceso que puede seguir en el Centro de Día u otras entidades a las que puede dirigirse, etc.

2. Valoración y diagnóstico. A través de varias entrevistas, los profesionales realizan un estudio de la situación de la persona en diferentes aspectos: social, psicológico, formativo y laboral. También se valoran otros aspectos como la motivación, la actitud ante los cambios que debe afrontar o los apoyos con los que puede contar (familia, amistades, etc.).

Después de realizar esta valoración, el equipo técnico analiza los aspectos a trabajar con la persona y diseñan un plan de intervención. A continuación, el profesional de referencia y la persona interesada debaten este plan y lo consensúan. Este plan es el denominado itinerario Personalizado de Inserción.

3. Itinerario Personalizado de Inserción. Se trata del conjunto de acciones (formativas, psicológicas, laborales, sociales, etc.) que establecen de mutuo acuerdo

la persona interesada y el profesional para llegar al objetivo marcado. Una vez consensuado este plan, se ponen en marcha las diferentes acciones, y ahora si comienza el proceso de rehabilitación de las adicciones(18).

### **Grupos Autoayuda:**

Un grupo de autoayuda es un conjunto de personas que tienen un problema común y buscan mejores formas de manejar su situación, hablando entre sí y ofreciéndose apoyo. Con reglas claras que lo hace un lugar especialmente apropiado para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta, el grupo de autoayuda se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar.

A lo largo de la vida del grupo se genera una manera de pensar y una forma de hacerle frente a la problemática específica que se aborda, mediante ideas, formas de respuesta y todo lo que se ha ido encontrando en común. Se construye así un *medio social especializado*, para que cada uno pueda aprender, al compartir abierta y libremente todo lo relacionado con una misma situación de vida.

Por el carácter personal de lo que se llega a tratar, se establece un acuerdo de cuidado mutuo. *Lo que se dice en el grupo, se queda en el grupo*. Pero lo que se aprende, sin detalles personales, es necesario compartirlo y difundirlo. Este acuerdo de secreto y resguardo frecuentemente es nombrado anonimato. Implica un pacto o contrato con el que cada nuevo integrante se compromete a reservarse todos los detalles personales de lo que los otros comparten. Es posible así generar una situación de respeto para que todos puedan hablar libremente. Es mediante este acuerdo que se hace posible la ayuda mutua en el grupo de autoayuda.

En el grupo de autoayuda, los participantes narran sus vivencias y describen lo que les ha sido útil. Para lograr soluciones y un cambio personal, se comparten asuntos propios del tema que en el grupo se trabaja, pero también todo lo relacionado y necesario de hablar y trabajar. Se dice que hay que repasar y hablar los problemas del

uno al mil y luego del mil al uno, hasta ver y reconocer su fondo, cambiar su sentido y así encontrar el propio camino.

Cada quien habla todo lo que necesita aclarar para sí, y esto se hace útil para otros. Hay la oportunidad de escuchar con atención, para reconocerse y transformarse. Las experiencias que se narran pueden abrirles caminos a otros. Es entonces que se encuentra apoyo, sin las desventajas de la crítica, la valoración moral y los consejos. Quien habla lo hace para sí mismo. Quien escucha toma lo que le sirve solamente.

A esto se le dice *autoayuda*, porque cada integrante tiene un compromiso personal con su propio proceso. Al acudir asume un papel activo en la superación de su situación de vida. Pero siendo en grupo, se trata de un espacio social para aprender y ejercitar formas de ser y actuar. Los participantes ponen al centro su propia experiencia, como materia prima para el trabajo. Se ejercitan ahí modos de relacionarse socialmente, para manejarse mejor internamente y en la vida social, con respecto de una situación o problema común. Por este motivo el proceso es de *ayuda mutua*.

Cada grupo define reglas y características propias y específicas, mismas que enfocan la actividad hacia una misma tarea y objetivos. Se buscan lugares y horarios de reunión convenientes.

Gradualmente, se establece una filosofía y forma de trabajo propia. Esto suele conocerse como la "*autonomía*" del grupo. Las normas se difunden mediante consignas, frases e ideas que se repiten, especialmente a los integrantes de reciente ingreso.

Una tarea constante en todo grupo de autoayuda es buscar nuevos integrantes. Siendo permanente y sin fecha de terminación, el ingreso de nuevos participantes es esencial para su funcionamiento, además de ser el motivo por el que existe. Son quienes van llegando que renuevan la actividad productiva y constructiva. Hacen revivir el trabajo con respecto a la tarea y tema del grupo. Por eso algunos participantes se

encargan especial y cuidadosamente de recibir e informar a cada nuevo integrante o persona interesada.

Lo óptimo es contar con un espacio de reunión gratuito, sin sacrificar la autonomía e independencia del grupo. Como un servicio para la comunidad, empresas y escuelas llegan a facilitar espacios de reunión, cuando se trata un grupo de autoayuda. Para solicitar un espacio de reunión, es importante indicar con claridad cada cuándo, y durante cuánto tiempo se reúne el grupo; sus características y objetivos; el número esperado de participantes, etc (20).

### **Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas**

En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales y farmacológicas.

*Programas en la comunidad o ambulatorio:* Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar en función de las necesidades de cada participante con arreglo a un método de gestión de casos. El método está basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes. Ese análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento. La gestión de casos abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el participante, así como a otros programas especializados pertinentes.



En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve de una a tres sesiones y un programa estructurado de varios meses de duración.

En muchos países existen programas estructurados ambulatorios sin drogas. En los programas más intensivos se espera que los participantes asistan cuatro o cinco días por semana varias horas por día. Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas con miras a mitigar las consecuencias negativas de este y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos.

Los servicios de asesoramiento planificado ofrecen programas estructurados, con determinación de necesidades, planes de tratamiento y metas claramente definidos y exámenes periódicos, a diferencia de los servicios de orientación e información, apoyo inmediato y asesoramiento no programado. Los programas en la comunidad pueden ofrecerse como alternativa a los programas de rehabilitación residencial o como etapa posterior a estos.

*Programas de rehabilitación residencial:* Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los programas de corto plazo suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días. Los programas de largo plazo por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la "comunidad terapéutica".

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: vida comunitaria con otros adictos en recuperación; asesoramiento individual y en

grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y preinstalación, y apoyo al pos-tratamiento.

Por lo general se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semiindependientes situados generalmente cerca del lugar en que se administra el programa residencial principal. En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita

### **Programas de sustitución y mantenimiento.**

Si bien el objetivo principal de la mayoría de los programas de rehabilitación es la abstinencia, se pueden prescribir sustancias de sustitución como la metadona y la buprenorfina, con fines de mantenimiento, a las personas con dependencia de opioides. Con frecuencia se administra tratamiento de mantenimiento a las personas que han fracasado reiteradamente en los programas encaminados a lograr la abstinencia.

En los programas de mantenimiento se administra una sustancia de sustitución en dosis adecuadas y estables durante varios meses y, en ciertos casos, durante años. Es importante considerar la prescripción de sustancias al paciente en la comunidad como plataforma de las intervenciones de asesoramiento psicosocial que se han de aplicar en combinación con los programas de mantenimiento.

En la mayoría de los programas de mantenimiento se ofrece un plan de sesiones periódicas programadas de asesoramiento con determinado profesional, conjuntamente con el acceso a grupos de autoayuda, atención primaria o médica de otra índole y apoyo de promoción social (18).

## **2.10. Proceso de rehabilitación desde el punto de vista de la Logoterapia.**

Según la Logoterapia existen tres esferas del ser humano la biológica, psicológica y espiritual es por ello que un verdadero proceso psicoterapéutico contra las drogodependencias debe tomar en cuenta estos 3 aspectos dirigiéndose a cada uno de ellos con herramientas técnicas específicas para cada esfera:

Dentro de la dimensión somática es importante manejar lo que es la desintoxicación del paciente y para tratar los casos de síndrome de abstinencia se debe disminuir los efectos negativos por medio de medicamentos o fármacos sustitutivos, en la dimensión psíquica es importante que el paciente reciba un entrenamiento en asertividad, manejo de la ansiedad (craving) y la reducción de los pensamientos negativos que le inducen al consumo de sustancias psicoactivas. Y en el plano noético es importante de que el paciente reciba Logoterapia ya que la misma a través de estudios a demostrado obtener un 40% de eficacia en casos de rehabilitación en donde la psicoterapia tradicional solamente tiene una tasa de éxito promedio del 11% (16).

Los expertos en adicciones que quieren trabajar con logoterapia normalmente hacen un abordaje ecléctico pero teniendo en cuenta como base el modelo mixto integrado con la logoterapia específica y no específica. Las variantes de intensidad del tratamiento varían de acuerdo con la persona el ambiente y la sustancia psicoactiva consumida, las tres variantes más utilizadas son:

**Grupos especiales:** integrados por personas adictas que necesitan un seguimiento más individual ya que son personas donde elementos psicopatológicos, psiquiátricos o limítrofes es muy presente. Las personas pueden ir por dos o tres veces por semana a sesiones individuales y/o grupales.

**Grupos Diurnos:** las personas, teniendo un fuerte control y ayuda familiar, están todo el día en entrenamiento y duermen en su residencia familiar.

Grupos residenciales: El trabajo es muy intenso y esta las 24 del día en tratamiento. Las intensidades de tiempo de tratamiento más frecuentes en este modelo mixto integrado con la logoterapia varían entre 9 meses y 3 años. Después de estos tiempos anteriores las personas nuevamente deben seguir asistiendo a los llamados “grupos de apoyo” que se realizan cada 8 a 15 días máximo (6)

### **2.10.1. Aplicación de la Logoterapia y sus técnicas en el Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley.**

El Dialogo Socrático es una de las técnicas más utilizadas dentro de la rehabilitación de drogodependencias. Elisabeth Lukas plantea que el dialogo socrático debe tener en cuenta las siguientes temáticas:

Combatir la autocompasión y el victimismo.

Abordar el encuentro de significados y sentido positivo de hechos pasados de la vida del adicto.

La búsqueda de sentido y significado hacia el futuro.

Esta presente investigación dentro de la aplicación práctica de la Logoterapia con las personas drogodependientes del CAAL se aplico la técnica del dialogo socrático abordado en 7 siete sesiones cuyas temáticas tratadas fueron el tema de la existencia, vacío existencial, el ser humano, libertad, responsabilidad, sentido, valores (creativos, vivenciales) obteniendo de esta manera resultados favorables para el desarrollo y crecimiento del sentido de vida, proporcionándole de esta manera herramientas importantes para el afrontamiento del consumo de drogas.

También se utilizo la técnica de la modulación de actitudes con el objetivo de mejorar la perspectiva del mundo y de su propia vida, la técnica fue abordada en 5 sesiones en la que se plantearon las siguientes temáticas como valores actitudinales, sentido del sufrimiento y frustración existencial, incorporando actitudes favorables que le permitan afrontar situaciones adversas principalmente ante el consumo.

Y por último la aplicación de la derreflexión que permite al individuo combatir la hiperreflexión en cuanto a una posible recaída, esta técnica fue abordada conjuntamente con la anterior en 3 sesiones cuya aplicación se basó en sustraer de su concentración espiritual problemática la adicción y dedicarse por completo a aquellos contenidos vitales en el transcurso de las conversaciones para que la búsqueda de un sentido haya sido reconocido y afirmado como suyo.

## 2.11. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Abnegación:** actitud tendiente a dejar de lado los propios deseos e intereses en bien de los otros o de un ideal.

**Actitud provisional ante la existencia:** modo de la existencia caracterizado por un vivir que solo tiene en cuenta el hoy. El hombre en esta actitud no considera necesario actuar y afrontar su destino porque cree que no vale la pena

**Actitud razonable:** Actitud de objetivar el síntoma para distanciarse de él.

**Actividad desacertada:** Actitud neurótica respecto del síntoma consistente en el esfuerzo inútil de lucha contra el síntoma, con lo que solo se logra intensificarlo. La logoterapia intentara modificar esta actitud hacia la actividad razonable o hacia la pasividad razonable.

**Análisis existencial:** se entiende por análisis existencial la interpretación y caracterización de la existencia concreta, que se realiza a través de la biografía del sujeto. Con esta expresión, Frankl no quiere decir “análisis de la existencia”, sino “análisis sobre la existencia” ya que la existencia en si es un fenómeno primario e irreductible. La logoterapia y el análisis existencial son dos caras de una misma teoría, siendo la primera un método, y la segunda, una orientación antropológica de investigación. Como tal está abierta a dos aspectos: uno en relación a su aporte en otras orientaciones, y otro en relación a su propia evolución. El análisis existencial no se trata de la caracterización y calificación de la existencia ontica, sino de la caracterización y calificación ontológica de lo que es la existencia. Así, el análisis existencial es un intento antropológico que precede a cualquier psicoterapia, no solo a la logoterapia, colocando en primer plano la orientación en el sentido y la tendencia humana hacia los valores, apelando a la voluntad de sentido.

**Angustia ontológica:** Es la angustia como existenciario, es decir la que aparece en conflicto interno entre el ser y el no ser. Por lo tanto, se produce cuando el hombre se enfrenta con la perspectiva de realizar alguna de sus potencialidades, ya que tal

realización rompe la seguridad presente. Es por este motivo que a este tipo de angustia Kierkegaard le describió como el “vértigo de la realidad”. La angustia noogena es también el correlato del vacío existencial, por cuanto para Frankl se relaciona con lo limitado de la vida cuando el hombre pierde sentido de la misma.

**Angustia psicógena:** los pacientes la refieren como “angustia de la angustia”, y Frankl la describe con el termino alemán “angst”, que significa miedo y angustia. Esta angustia en realidad es el temor, a las consecuencias de ella, las cuales por lo general, se refieren a la calapsofobia, (temor a morir por excitación); la infartofobia (miedo al infarto); o bien la insultofobia (miedo a un ataque cerebral).

**Antropología psicoterapéutica:** idea de hombre que subyace a toda psicoterapia, dándole su fundamentación y orientación. La antropología psicoterapéutica de la logoterapia es la *imago hominis*.

**Antropomorfismo:** tendencia a humanizar lo divino cuya misión metafísica es difícil de aprehender. Los rasgos antropomórficos esclarecen mejor el verdadero ser de Dios que la noción metafísica de un absoluto abstracto. A Dios se lo trata de Tu, como se trata de tu a alguien íntimo. El hombre, cuando habla de Dios, habla con el Tu más íntimo que se puede concebir el exceso de antropomorfismo puede convertirse en un obstáculo para la relación con Dios.

**Aprendizaje significativo:** Es el aprendizaje que no se relaciona con los conocimientos teóricos o formales, sino que surge de la propia experiencia de vivir. Este aprendizaje le permite al hombre ir afinando su capacidad para distinguir lo esencial de lo accesorio, iluminado por la conciencia. Es la base no solo para el descubrimiento del sentido sino también para percibir nuestras limitaciones favoreciendo así la actitud de la humildad.

**Arquetipo:** Concepto teórico de la psicología individual de Jung que consiste en la disposición constitutiva pre-figurativa, correspondiente al concepto biológico de pautas de comportamiento. Jung define a los arquetipos como predisposiciones heredadas para reaccionar de tal o cual modo. Frankl critica la teoría del arquetipo

sosteniendo que la semejanza de contenidos no puede explicarse simplemente por la igualdad de las formas, sino que tal semejanza más bien explicaría la identidad del objeto.

**Asertividad.** Como estrategia y estilo de comunicación, la **asertividad** se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la **agresividad** y la pasividad (o no asertividad). Suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos. Cabe mencionar que la asertividad es una conducta de las personas, un comportamiento.

**Autoanálisis existencial:** Autoreflexión que nos permite darnos cuenta cuando nos acecha el peligro de caer en cualquier reduccionismo.

**Autoconciencia:** Propiedad mediata de la conciencia reflexiva.

**Autodeterminación:** Libertad para la propia modificación que da fundamento a la autoestima personal.

**Autodistanciamiento:** Libertad del hombre para tomar distancia respecto de sí mismo en cuanto a organismo psicofísico escogiendo una actitud frente a sus condicionamientos.

**Autorrealización:** Efecto colateral de la realización de valores y del cumplimiento de sentido. La máxima “llegar a ser el que eres” debe entenderse como llegar a ser uno mismo; es decir, la esencia propia de cada uno, la realización de la posibilidad axiológica que nos tiene reservada la vida.

**Autotrascendencia:** Orientación fundamental del hombre hacia el sentido. Esto hace referencia al hecho intrínseco de que el ser humano siempre se orienta hacia alguien o hacia algo distinto del mismo. En la medida en que nos entregamos al mundo olvidándonos de nuestras propias necesidades, en la medida en que realizamos un sentido y desarrollamos valores solo en esa medida nos autorrealizamos, porque la



existencia que no tiende hacia el logos sino hacia sí misma fracasa y cae en la frustración existencial. La autotranscendencia es la escancia de la existencia humana.

**Bazuco.** El bazuco es el residuo o bagazo que queda de extraer la cocaína base, contiene hidróxido de sodio, un gran cáustico que destruye la piel y las mucosas. El bazuco es la sustancia psicoactiva más sucia y las sustancias con las que se fabrica son de la peor calidad. El bazuco produce destrucción del tejido cerebral en forma irreversible, pérdida de memoria.

**Coexistencia:** Frankl define la coexistencia como relación Yo Tu, otorgándole un carácter dialógico. Es decir la coexistencia es un dialogo, el cual para ser verdadero debe llegar a la dimensión del sentido. El dialogo, entonces, apunta a la autotranscendencia, hecho fundamental del ser humano.

**Conciencia espiritual o conciencia ética:** (*Gewissen*) se refiere al ser que toda vida no es, constituyendo así un deber ser. La conciencia espiritual o ética no es, por lo tanto, nada real, sino algo meramente posible, a la que se accede por medio de la intuición. Esta en mutua interdependencia con la ciencia ontológica (*Bewusstsein*), sin la cual resulta ciega.

**Conciencia ontológica o conciencia reflexiva:** (*Bewusstsein*) Es la conciencia que descubre un ser que es, en forma posterior a la inmediata realidad de ejecución. Dicho descubrimiento constituye una racionalización secundaria, es decir una reflexión. Esta en mutua interdependencia con la conciencia ética (*Gewissen*), sin la cual es vana.

**Conversión:** Transformación o viraje libre y responsable que realiza el hombre haciendo uso de la facultad de oposición del espíritu. Frankl relaciona la conversión con la culpa.

**Deber ser:** Esta expresión Frankliana no se refiere al deber de una imposición externa sino a la manifestación interior y profunda que busca el sentido al encarnar

valores. El deber ser es entendido así como el modo de hacer realidad el valor de situación.

**Determinismo:** Línea de pensamiento por la cual todo es efecto necesario de causas determinadas. Se aplica a todos los reduccionismos.

**Dialogo interpersonal:** Encuentro entre un Yo y un Tú que para ser auténtico debe incluir el logos, es decir, un referente intencional. Representa la cualidad por excelencia de la existencia humana: su dimensión dialógica.

**Dialogo intrapersonal:** Diálogos dentro de nosotros mismos dentro entre un ego y un *alter ego*.

**Dimensión espiritual:** Ámbito en el que se dan las manifestaciones del espíritu, que tienen un doble obrar, cuando es hacia a dentro, hacia la dimensión fáctica, esta intenta instrumentar sus condicionamientos; y cuando es hacia afuera hacia el mundo con los otros y con las cosas, la misma intenta responder a las preguntas que le propone la vida.

**Espiritualidad:** Uno de los tres elementos constitutivos de la existencia humana donde trasciende el *logos*. Los otros dos elementos son la libertad y la responsabilidad, por ser fenómenos primarios e irreductibles.

**Éter.** Cualquiera de los compuestos orgánicos, volátiles y solubles, que tienen un átomo de oxígeno unido a dos radicales de hidrocarburo, como el dietílico, que se emplea como anestésico.

**Fenciclidina.** La fenciclidina (contracción del nombre químico *fenilciclohexilpiperidina*), conocida por su abreviatura del inglés, **PCP**, es una droga disociativa usada como agente anestésico que posee efectos alucinógenos y neurotóxicos. Se le conoce comúnmente como **Polvo de ángel**, **Hierba mala** o **Píldora de la paz**.

**Hiperintencion:** Exceso de intención que ocurre generalmente cuando se busca un fin en si mismo, convirtiéndolo en objeto de una intención forzada, y malogrando, precisamente le objeto de tal intención. Para combatirla Frankl propone la técnica de la “intención paradójica”.

**Hiperreflexion:** Exceso de atención y de concientización en la reflexión, que en lugar de facilitar el camino hacia una meta, lo inhibe, impidiendo al sujeto que obtenga la satisfacción que desea y perdiendo de vista su referente intencional. Frente a esta dificultad, Frankl propone la técnica de la “derreflexion”.

**Homo faber:** Realización del homo sapiens cuando encuentre su sentido y plenitud al realizar valores creativos. El homo faber se degrada cuando cae en la ética del éxito.

**Homo patiens:** Es el hombre cuya cualidad lo hace capaz de sufrir con sentido, asumiendo el sufrimiento mismo como un acto pleno. Superación del homo sapiens que convierte la ética del éxito en ética de la plenitud, porque es capaz de encontrar el sentido en el fracaso y el sufrimiento.

**Humanismo:** Postura filosófica consistente en ver al hombre como una realidad condicionada-incondicionada, es decir, como homo humanus. Este movimiento se caracteriza por el empeño destinado a que el hombre sea libre de asumir su humanidad encontrando en ello su dignidad. En este sentido, el humanismo es un pensamiento opuesto al reduccionismo en la medida en que este limita la libertad y el humanismo la expande.

**Inconciente espiritual:** Describe lo más profundo de la persona, es decir, su propia existencia, la cual no reflexiva y o reflexionable. Es decir que el inconciente niega la autoconciencia reflexiva. Lo espiritual, por ser en el fondo inconciente, escapa a toda racionalización, siendo su conocimiento, un conocimiento existencial. La existencia es irrefleja porque es ciega a toda auto-contemplación, y en tanto que no puede auto-contemplarse, tampoco puede ser reflexiva. Desde este modo para Frankl,

la persona espiritual profunda forzosamente in-consiente porque es intuitiva y prelógica.

**Mescalina** . f. Sustancia alucinógena obtenida de las flores de algunas especies de cactus originarios de México, en especial del mezcal o peyote, tomada seca o en infusión: la mescalina altera la percepción de los colores y el sentido del tiempo.

**Neuroadaptacion.** Conjunto de cambios neurales adaptativos que subyacen tanto a la tolerancia como a la sintomatología que pueden presentarse al cesar el consumo de una droga. Ejemplo de ello sería el uso postoperatorio de los compuestos de morfina para aliviar el dolor, que puede inducir una sintomatología de retirada en pacientes que no desean continuar con la droga, a los que difícilmente se les puede considerar drogodependientes dado que su conducta no se orienta hacia la búsqueda de la droga y no sienten la menor inclinación de volver a experimentar los efectos que genera la sustancia.

**Ontogénesis:** Para Frankl, el origen del espíritu es un misterio porque no se sabe de dónde Proviene. La filogénesis, o sea, la evolución biológica, da lugar a la providencia en el sentido de que así como lo corporal se hereda y lo psíquico se educa, lo espiritual se autorrealiza en un milagro siempre nuevo. La existencia, al fin y al cabo, es un misterio.

**Ontología dimensional:** Modelo que describe el fundamento antropológico de la logoterapia, y que consiste en considerar como signo distintivo de la existencia humana el modo de ser unitario del hombre, pese a la diversidad ontológica corporal, lo psíquico y lo espiritual .Para describir esta unidad antropológica, Frankl usa la expresión unitas multiplex.

**Pandeterminismo:** Pensamiento que niega la libertad del hombre por considerar que este se encuentra determinado por procesos biológicos, psicológicos y sociales, de los cuales no puede librarse.

**Pansexualismo:** Determinismo sexual de los conflictos humanos.

**Paraldehído:** Entendemos por paraldehído: Líquido claro, incoloro muy oloroso, obtenido mediante la polimerización de acetaldehído con una pequeña cantidad de ácido sulfúrico. El paraldehído se utiliza como disolvente y puede ser administrado por vía oral, intravenosa, intramuscular o rectal para inducir estados de hipnosis o sedación.

**Peyote:** (Del nahua *peyotl*, capullo de gusano). Planta cactácea, de pequeño tamaño, que contiene una sustancia cuya ingestión produce efectos alucinógenos y narcóticos, droga que se obtiene de esta planta.

**Psiconeuroinmunoendocrinología.** Hace referencia a una disciplina en donde convergen cinco (5) especialidades, psicología, psiquiatría, neurología, inmunología y endocrinología, dedicadas a estudiar los cuatro sistemas de control y de regulación que tiene el organismo humano: el psicológico, el neurológico, el inmunológico y el endocrinológico. Los cuatro sistemas se comunican por diferentes tipos de señalización molecular, a través de neurotransmisores, neuromediadores, neurorreguladores, pépticos, citoquinas, interleuquinas, hormonas y por variados componentes involucrados en la biología celular.

**Simbiótico.** Simbiosis es un concepto que procede del griego y que puede traducirse como “medios de subsistencia”. Para la biología, se trata de un vínculo asociativo desarrollado por ejemplares de distintas especies. El término se utiliza principalmente cuando los organismos involucrados (conocidos como simbioses) obtienen un beneficio de esa existencia en común.

**Suprasentido:** es el sentido que el hombre intenta alcanzar y presentir por medio de la fe, o sea, trascendiendo la capacidad de comprensión racional. El suprasentido no invade el campo filosófico ni religioso, sino que es un concepto metafísico y por lo tanto indemostrable. Se relaciona con el concepto del misterio del ser De Gabriel Marcel, capando la creencia como fenómeno básico del ser humano y el hecho de la misma fe. (19) (20)

## **2.12. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.5.1. Hipótesis**

La logoterapia causa efectos positivos en las personas drogodependientes del Centro de Adolescentes Infractores de la ciudad de Riobamba.

### **2.5.2. Variables**

- **Variable independiente:** Logoterapia
- **Variable dependiente:** Rehabilitación de las personas Drogodependientes.

### 2.13. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Logoterapia</p>	<p>Terapia que propicia en el paciente el descubrimiento y realización de su sentido de vida. La misma que se fundamenta en tres pilares fundamentales:</p> <p>Libertad de voluntad, Voluntad de sentido y Sentido de vida.</p>	<p>La voluntad de sentido.</p>	<p>Reencuentro con el sentido de vida.</p>	<p>Reactivo Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Logotest (test y retest)</li> </ul> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ficha de Registro y Seguimiento Logoterapéutico.</li> </ul> <p>(Derreflexión, Modificación de Actitudes, Dialogo Socrático).</p>
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Rehabilitación de las personas drogodependientes</p>	<p>Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.</p>	<p>Alcanzar un nivel mental, social y funcional óptimo.</p>	<p>Abstinencia.</p> <p>Motivación.</p>	<p>Observación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Encuesta.</li> </ul>

# CAPÍTULO III



### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. MÉTODO**

##### **3.1.1. MÉTODO CIENTÍFICO**

**3.1.2. Tipo de Investigación Descriptiva.** Es el tipo de investigación que procura determinar cuál es la situación, ver lo que hay describe cual es la condición sobre un asunto o problema en nuestro caso los problemas existenciales en las drogodependencias de los adolescentes del centro de atención a adolescentes en conflicto con la ley.

**3.1.3. Diseño de La Investigación.** Estudios casi experimentales.- con este tipo de investigación podemos aproximarnos a los resultados de la investigación experimental en situaciones en las que no es posible el control y manipulación absoluta de las variables.

**3.1.4. Tipos de Estudio:** Estudio de tipo transversal.- mide la prevalencia de la exposición y del efecto de una muestra poblacional en un solo momento temporal es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado el estudio se realizo desde el mes de Octubre hasta el mes de diciembre.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. Población**

El universo población de estudio está constituido por un total de 14 adolescentes que se encuentran privados de la libertad en el Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley de la ciudad de Riobamba.

##### **3.2.2. Muestra**

Se ha considerado como muestra a 8 adolescentes hombres con una edad comprendida entre 16 a 18 años, los cuales han sido seleccionados por su

dependencia a sustancias psicoactivas constituyéndose estos en la muestra de la investigación.

### **3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **3.2.3.1. Inclusión:**

En el Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley existen 27 adolescentes privados de su libertad, de los cuales 14 fueron remitidos por parte del psicólogo de la institución los mismos que fueron evaluados previamente, y todos consumen sustancias psicoactivas. La población referida fue evaluada mediante, la observación y encuesta, y 8 de los mismos fueron diagnosticados con el síndrome de dependencia, población a la que se le aplicó el Logotest, retest y las técnicas Logoterapéuticas.

#### **3.2.3.2. Exclusión:**

Se excluyeron a las personas que no cumplieron con el criterio diagnóstico de drogodependencia del CIE 10.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.3.1. Técnicas e Instrumentos**

Ficha de registro y seguimiento psicoterapéutico. Técnica a aplicar para hacer la evaluación del logro de sentido en la rehabilitación de las drogodependencias de los adolescentes del Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley. Anexo (1)

Para la investigación se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. ENCUESTA PARA DETERMINAR LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. (Anexo 2) (21)
2. LOGOTEST (Anexo3) (22)

### **3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

Los resultados se han obtenido de los instrumentos aplicados para la recolección de datos, se interpreta estadísticamente mediante cuadros y medidas, con porcentajes calculados, los cuales se representara gráficamente de forma ordenada con representaciones visuales que nos permitan su posterior estudio. Al final de la investigación se formularan las conclusiones y sugerencias para mejorar la problemática de los adolescentes del Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley.

### 3.4.1. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

#### RESULTADOS DE ENCUESTAS

##### 1. ¿Ha consumido algún tipo de droga?

**Cuadro 1.** Indicador de consumo de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	14	100
NO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Gráfico N° 4.** Porcentaje de consumo de droga – CAACL.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

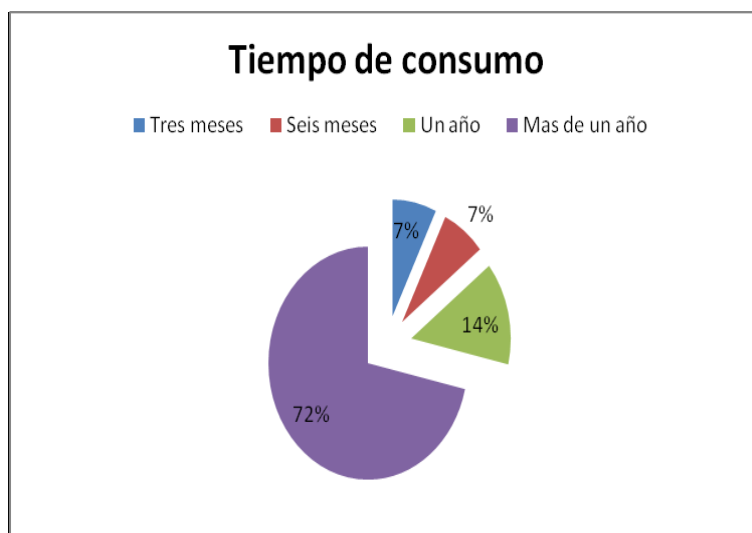
**Análisis:** El 100% de la población manifiesta haber consumido algún tipo de drogas, entre las más comunes los encuestados refieren en primer lugar el alcohol, seguido por el cigarrillo, marihuana, cocaína, entre otras como el bazuco, disolventes. Esta cifra se puede deber a múltiples factores, predisposición biológica, problemas familiares, depresión, problemas de identidad, baja autoestima, carencia de metas, vacío existencial. Los factores causales nos permiten analizar que, en la medida en que se conjuga un mayor número de elementos, las probabilidades para el desarrollo de una adicción son mayores.(6)

## 2. ¿Desde hace cuanto tiempo consume drogas?

**Cuadro 2.** Tiempo del consumo de droga – CAACL.

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tres meses	1	7%
Seis meses	1	7%
Un año	2	14%
Más de un año	10	72%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 5.** Porcentaje del tiempo de consumo de la droga.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

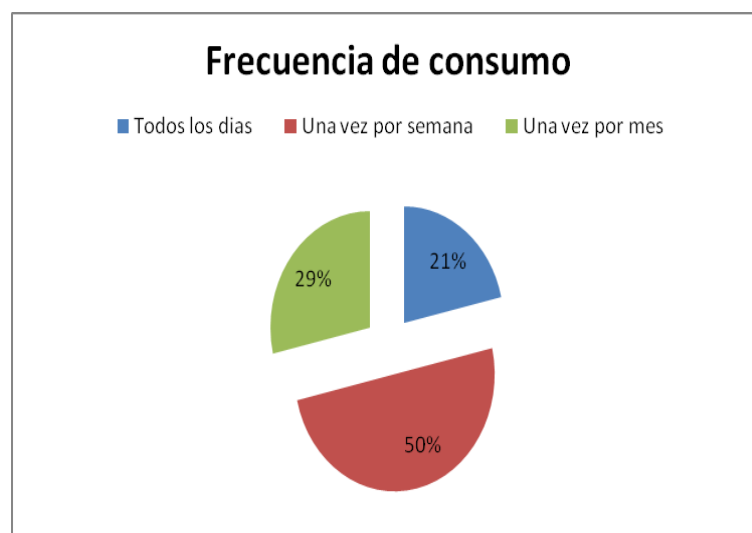
**Análisis:** Un 7% de la población manifiesta haber consumido un tiempo aproximado de tres meses, el otro 7% menciona haber consumido algún tipo de droga en un periodo aproximado de 6 meses, un 14% dice haber utilizado sustancias psicoactivas desde hace un año y el restante 72% ha ingerido sustancias desde hace más de un año, es importante tomar en cuenta el tiempo del consumo del individuo ya que para hacer un diagnóstico de dependencia de sustancias el individuo debió haber ingerido en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo (21)

### 3. ¿Con que frecuencia consume o consumía drogas?

**Cuadro 3.** Frecuencia del consumo de droga – CAACL.

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Todos los días	3	21%
Una vez por semana	7	50%
Una vez por mes	4	29%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 6.** Porcentaje de la frecuencia del consumo de droga.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

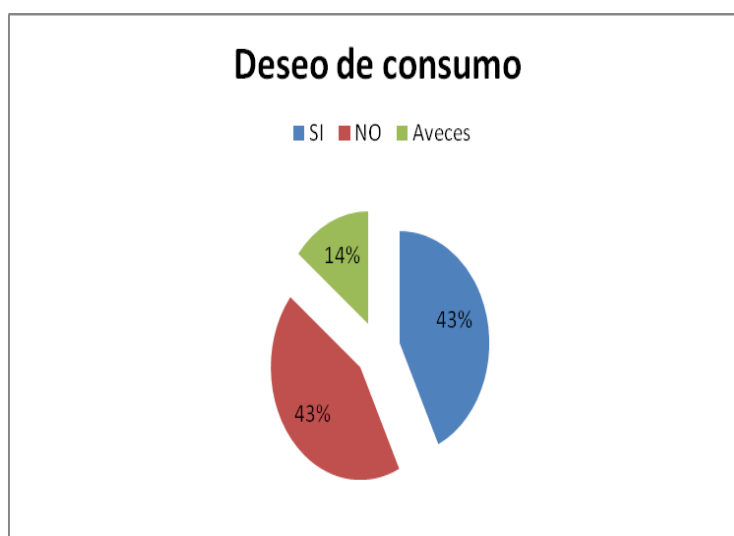
**Análisis:** Un 21% de la población refiere que su frecuencia de consumo ha sido todos los días, mientras que el 50% refiere que consumía una vez por semana, finalmente el 29% manifiesta haber consumido una vez por mes esto evidencia que mientras mayor frecuencia de consumo predispone al individuo a la dependencia de sustancias que a su vez muestra que le individuo cada vez dedica más tiempo a la sustancia psicoactiva significando de que no tiene posee actividades productivas, objetivos, metas revelando una frustración existencial.

#### 4. ¿Ha tenido o tiene un deseo intenso de consumir alguna droga?

**Cuadro 4.** Deseo del consumo de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	6	43%
NO	6	43%
A veces	2	14%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 7.** Porcentaje del deseo de consumo.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

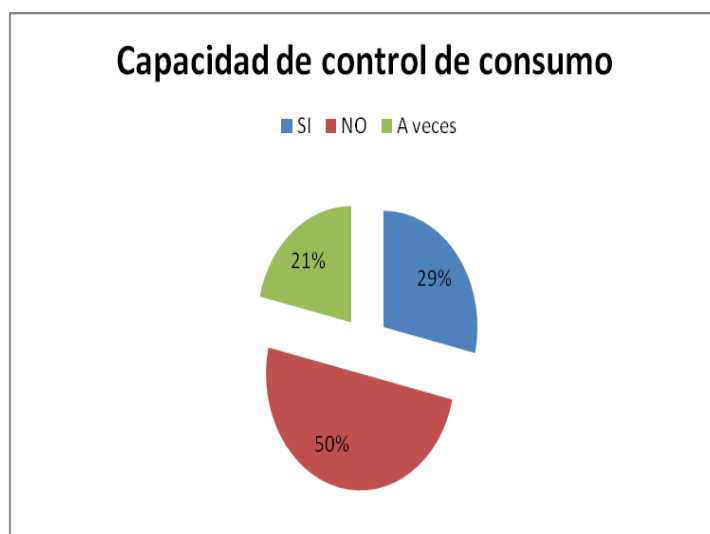
**Análisis:** El 43% afirma sentir deseo intenso de consumir drogas, en cambio que el otro 43% de la población puntualiza no sentir un deseo intenso de consumir alguna substancia, en tanto que el 14% refiere sentir dicho deseo a veces, estos resultados son relevantes y hay que tomarlos en cuenta ya que constituyen un criterio diagnóstico de dependencia. (21).

**5. ¿Cuándo consume, pierde la capacidad de controlar el inicio del consumo y/o para controlar la cantidad de droga que consume?**

**Cuadro 5.** Capacidad del control de consumo de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	29%
NO	7	50%
A veces	3	21%
<b>TOTAL</b>	14	100%

**Gráfico N° 8.** Porcentaje de la capacidad de control de consumo.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

**Análisis:** El 29% de la población refiere tener una capacidad de controlar la cantidad y el inicio del consumo, mientras que el otro 50% representa de los encuestados no tiene la capacidad de controlar la cantidad y el inicio del consumo, el 21% manifiesta que puede controlar el consumo a veces, es relevante tomar en cuenta este punto ya que es un criterio de diagnóstico del síndrome de dependencia mostrando que afecta globalmente su vida, manifestándose en aspectos como el lugar, el tiempo, las personas con las que consume.

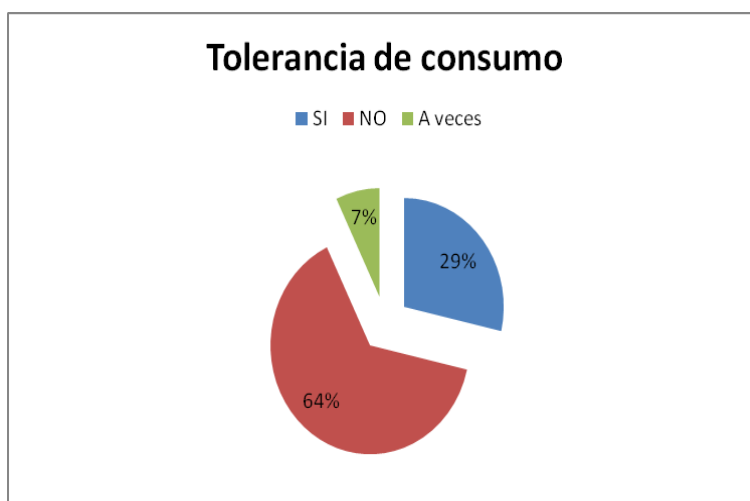


**6. ¿Durante el periodo de consumo, ha sentido que necesita cada vez más cantidad droga para sentir los mismos efectos de los que antes tenía con menos sustancia?**

**Cuadro 6.** Tolerancia de consumo de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	29%
NO	9	64%
A veces	1	7%
<b>TOTAL</b>	14	100%

**Gráfico N° 9.** Porcentajes de la tolerancia de consumo.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

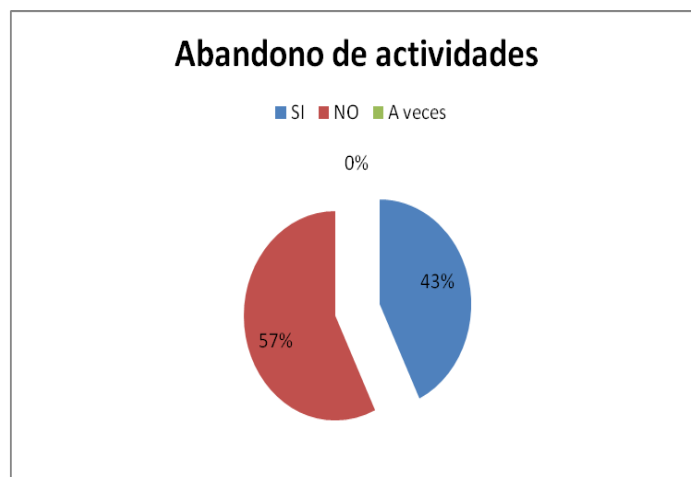
**Análisis:** El 29% de la población afirma necesitar más sustancia para sentir los mismos efectos que tenía antes con menos sustancia psicoactiva, mientras que el 64% refiere que no necesita de mas cantidad de sustancia para sentir el mismo efecto, finalmente el 7% refiere que a veces necesita más cantidad de droga para sentir el mismo efecto esto puede significar tomando desde el punto de partida la causa de la adicción el vacío existencial, mientras más profundo es este vacío mas sustancia debe ingerir ya que de esta manera se crea un ilusorio sentido de vida. (3)

**7. Ha abandonado actividades que le producían satisfacción o placer (jugar, salir con amigos, etc.) a causa del consumo y/o ha dedicado progresivamente más tiempo de lo requerido para conseguir y consumir la sustancia.**

**Cuadro 7.** Abandono de actividades por el consumo de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	6	43%
NO	8	57%
A veces	0	0%
<b>TOTAL</b>	14	100%

**Gráfico N °10:** Porcentaje de abandono de actividades.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

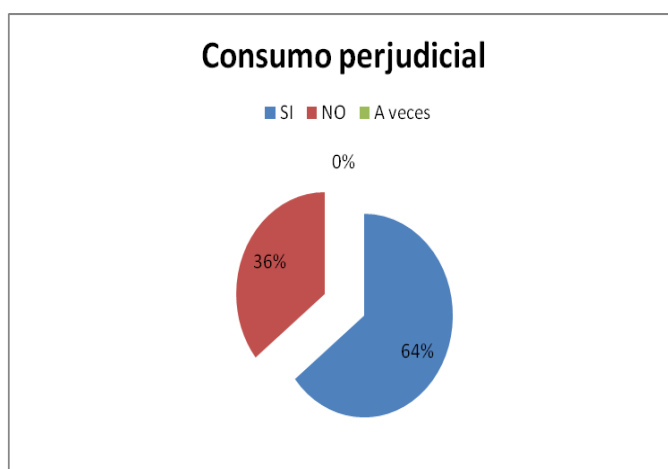
**Análisis:** El 43% de la población explica que si ha abandonado actividades que le producían placer o satisfacción a causa del consumo de drogas, en tanto que el 57% refiere que no ha abandonado sus ocupaciones normales por el consumo de sustancias es importante ya que es un criterio de diagnóstico de la dependencia de sustancias además de que conforma un signo inequívoco de un vacío existencial pues el paciente no posee actividades experiencias o cosas que llenen su existencia.

**8. Ha persistido con el consumo de sustancias a pesar de que ha tenido problemas físicos, psicológicos y sociales (salud, estados depresivos, pérdida de memoria, problemas familiares, laborales o escolares.)**

**Cuadro 8.** Consumo perjudicial de droga – CAACL.

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	9	64%
NO	5	36%
A veces	0	0%
<b>TOTAL</b>	14	100%

**Gráfico N° 11.** Porcentaje de consumo perjudicial.



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

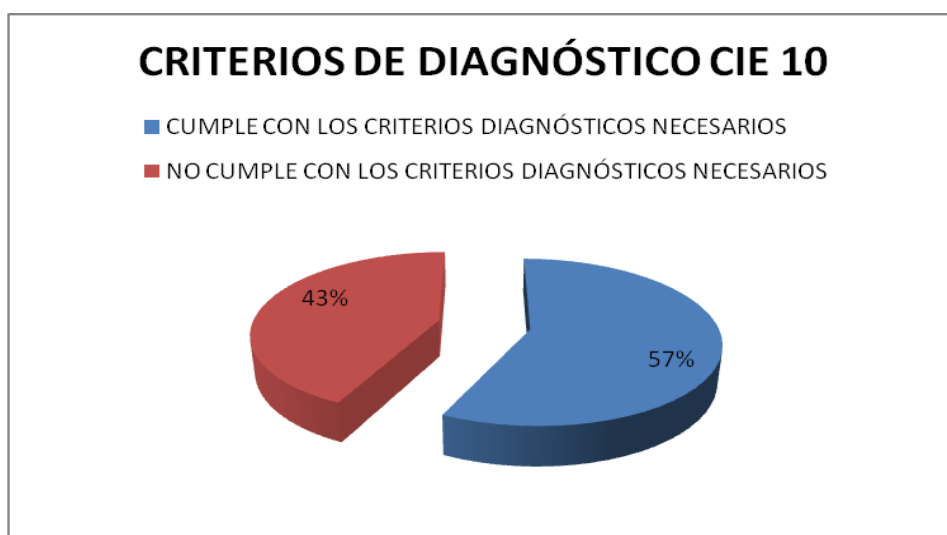
**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

**Análisis:** El 64% de los adolescentes manifiesta haber persistido en el consumo a pesar de haber tenido problemas en el área bio-psico-social, evidenciando que la droga toma prioridad en su vida a pesar de los daños físicos y cognitivos que está ocasionando, esto repercute ya sea en relaciones sociales, ruptura matrimonial, perdida del trabajo, etc. mientras que el 36% refiere no haber continuado con el consumo después de haber tenido problemas en la esfera antes mencionada.

**Cuadro N° 9** Resultado Global de la Encuesta

<b>CRITERIOS DIAGNOSTICO CIE10</b>	<b>POBLACIÓN</b>
CUMPLE CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NECESARIOS	8
NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NECESARIOS	6
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

**Gráfico N° 12** Porcentajes que cumplen los criterios diagnósticos



**Fuente:** Encuestas realizadas en el CAACL

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

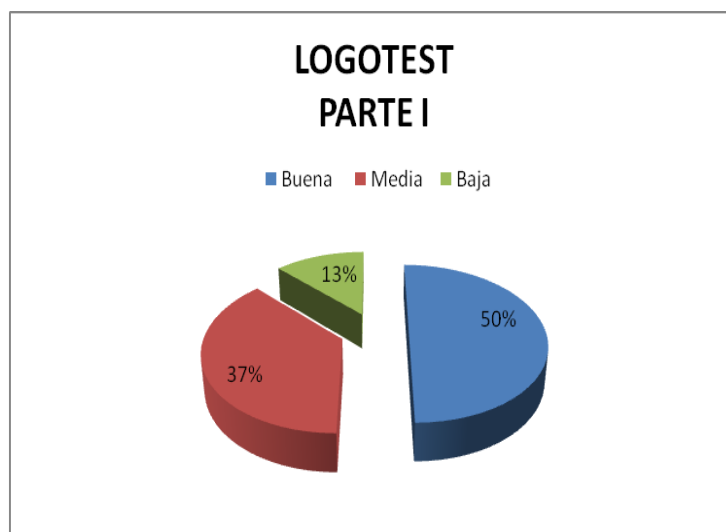
**Análisis:** El 57% de la población cumple con los criterios diagnósticos del CIE 10 del síndrome de dependencia los mismos que constituyen al menos 3, en tanto que el 40% de la población no cumple con estos criterios para ser diagnosticado con el síndrome de dependencia. Esto puede deberse al consumo, frecuencia, al tiempo de consumo, deseo intenso de consumo, pérdida de control sobre el consumo, tolerancia, abandono de actividades por el consumo, consumo perjudicial.

## RESULTADOS DEL LOGOTEST ANTES DE LA LOGOTERAPIA

CUADRO N° 10 Logotest parte I

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	4	50%
MEDIA	3	37%
BAJA	1	13%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Gráfico N° 13. Porcentaje de Logotest primera parte antes de la Logoterapia.



**Fuente:** Logotest realizados en el CAAL

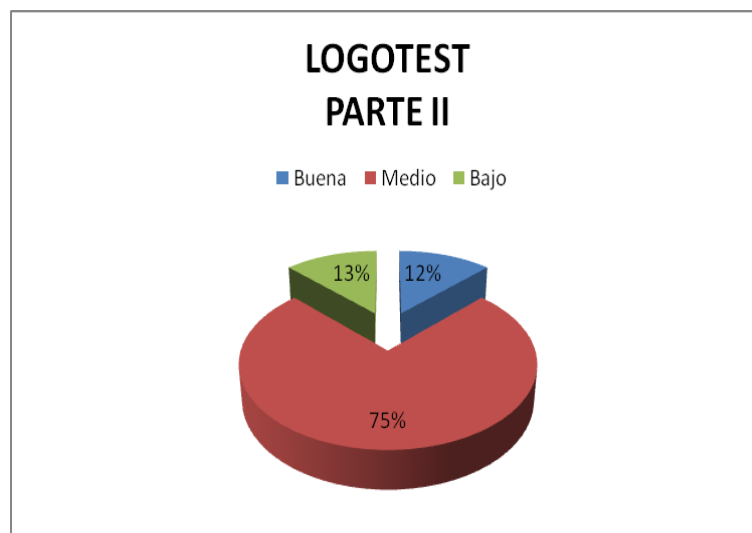
**Elaborado por:** David Arévalo y Jessica Duche

**Análisis:** El 50% de la población tiene una buena realización en lo que tiene que ver a desarrollo de éxito personal, valores creativos y orientación a sentido de vida, el 37% de la población tiene un desarrollo medio, y el 13% de la población tiene un bajo desarrollo de las características antes mencionadas, es posible que esto se dé por múltiples factores o a la vez se puedan ver afectado aspectos como el Bienestar material, autorrealización, familia, actividad ocupacional principal, sociabilidad, intereses, vivencias, servicio a los otros, situación de necesidad, superación, afirmación de la vida a pesar de todo. (21)

**CUADRO N° 11** Logotest parte II

<b>INDICADOR</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	1	12%
MEDIA	6	75%
BAJA	1	13%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°14.** Porcentaje de Logotest segunda parte antes de la Logoterapia.



**Fuente:** Logotest aplicado a los adolescentes del CAAL.

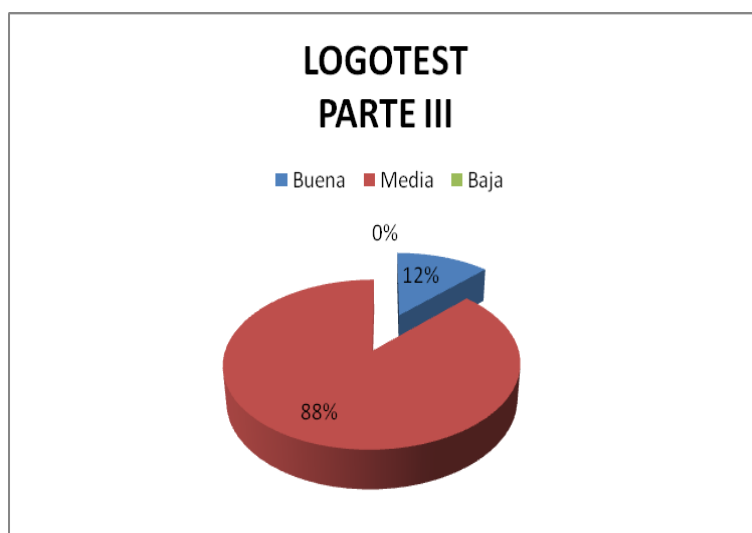
**Elaborado por:** David Arévalo y Jessica Duche

**Análisis:** El 12 % de la población presenta un buen desarrollo de valores vivenciales y un buen afrontamiento hacia la frustración existencial, en tanto que un 75% presenta un desarrollo medio, y el 13% no tiene un buen desarrollo de valores vivenciales y se ve afectado por una posible frustración existencial. Este porcentaje puede deberse a la frustración en su aspectos neógenos que se manifiestan a través de la agresión, regresión, super-compensación, reacción de huida, adaptación razonada, neurosis, depresión. (21)

**CUADRO N° 12** Logotest parte III

<b>INDICADOR</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	1	12%
MEDIA	7	88%
BAJA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 15.** Porcentaje de Logotest tercera parte antes de la Logoterapia.



**Fuente:** Logotest aplicados a los adolescentes del CAAL

**Elaborado por:** David Arévalo y Jessica Duche

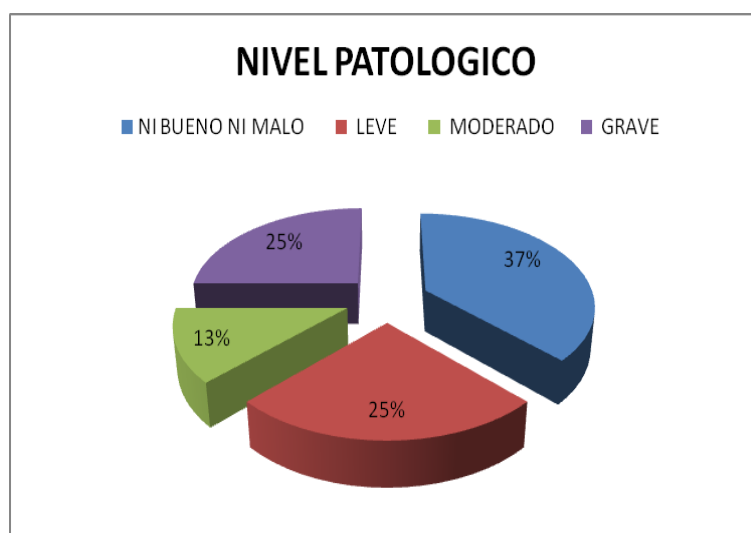
**Análisis:** El 12% de la población presenta un buen sentido de vida y una buena actitud construida sobre la descripción libre del propio sujeto, mientras el 88% presenta una actitud media, y el 0% presenta una bajo sentido de vida y una actitud negativa frente a la perspectiva de éxito-fracaso. Estas cifras pueden deberse a la incapacidad para flexibilizar la persecución de objetivos y el descubrimiento de nuevos valores en función de los acontecimientos que encuentra en la vida. Esta detección se hace a través de la valoración de la felicidad y sufrimiento que se asignan a tres casos que se presentan. Así, las mayores puntuaciones se consiguen

detectando la mejor situación existencial en aquel caso en que se concretan los intereses y valores en las circunstancias concretas de la vida sin perseguir objetivos totalmente fuera de la realidad. Las peores puntuaciones se asignan al caso de rigidez en las metas y valores sin ninguna adaptación a la realidad. (21)

**CUADRO N° 13** Resultado Global del Logotest

NIVEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
NI BUENO NI MALO	3	37%
LEVE	2	25%
MODERADO	1	13%
GRAVE	2	25%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 16.** Porcentaje de nivel patológico global del Logotest.



**Fuente:** Test aplicados en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

**Análisis:** el 37% de la población está en un cuartil Q1 nivel ni bueno ni malo teniendo las siguientes características, ni protegido ni amenazado, actual estabilidad



el pronóstico de estos individuos es un caso abierto, el 25% de individuos se ubica en un cuartil Q4(D9-D10) presenta un nivel patológico leve caracterizado por bordeando frustración existencial, pocos contenidos búsqueda identidad, puede llevar a crisis, consecuencias psicosomáticas y anímicas importantes, difícil manejo de la angustia.

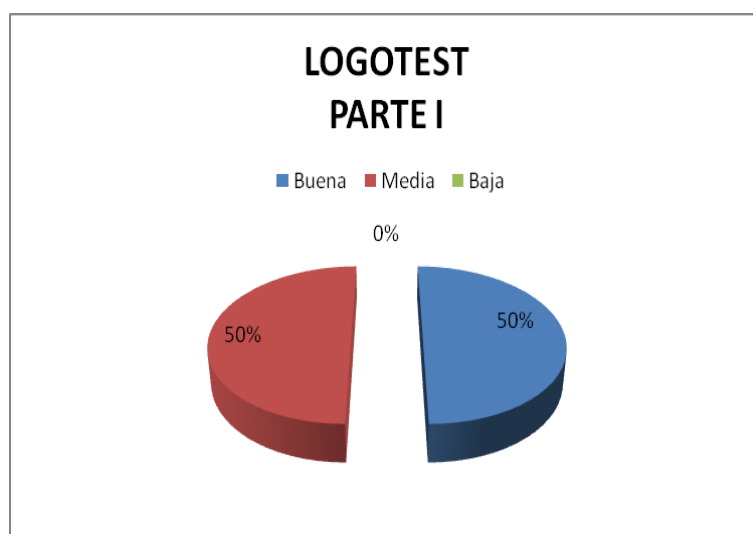
Dentro del pronóstico se puede mencionar que necesita indicación logoterapéutica necesidad de orientar en búsqueda de sentido con un modelo, el otro 13% de población Se ubica en un cuartil D9 mostrando un nivel patológico moderado caracterizado por una base para otras neurosis, depresiones, psicopatías, adicciones o inclinaciones perversas, tiene por pronostico intervención psicoterapéutica y logoterapéutica (solo con esto último buen pronostico), mientras que el 25% de los adolescentes se ubica en un cuartil D10 presentando un nivel patológico grave que se caracteriza por ser amenaza para la vida del sujeto situación de no a la vida y la curación, cuyo pronóstico es ¡urgente! : Tratamiento de todo tipo (incluso medicamentoso e internación). (23)

## RESULTADOS DE TEST DESPUES DE LA LOGOTERAPIA

CUADRO N° 14 Logotest parte I

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	4	37%
MEDIA	4	13%
BAJA	0	50%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Gráfico N° 17. Porcentaje de Logotest primera parte después de la Logoterapia.



**Fuente:** Test aplicados en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

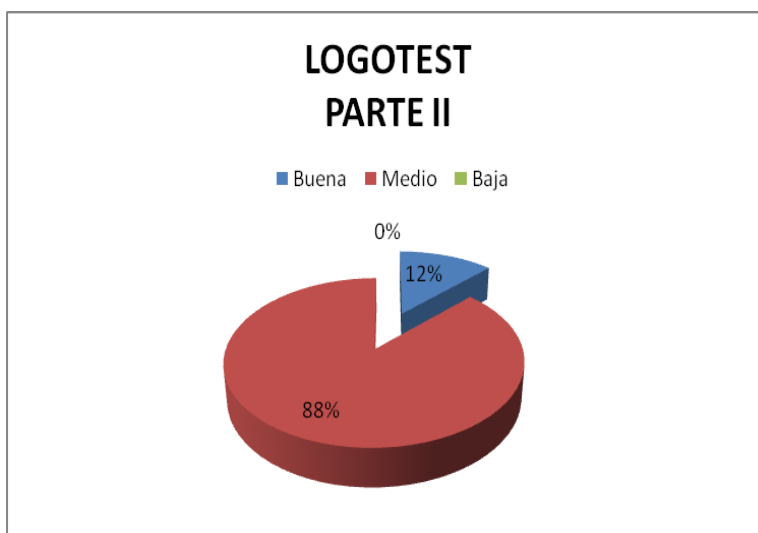
**Análisis:** El 50% de la población tiene una buena realización en lo que tiene que ver a desarrollo de éxito personal, valores creativos y orientación a sentido de vida, el 50% de la población tiene un desarrollo medio, y el 0% de la población tiene un bajo desarrollo de las características antes mencionadas, como se ha analizado es posible

que el desarrollo de éxito personal, valores creativos y orientación a sentido de vida ese vea afectado por múltiples factores o a la vez se puedan ver afectado aspectos como el Bienestar material, autorrealización, familia, actividad ocupacional principal, sociabilidad, intereses, vivencias, servicio a los otros, situación de necesidad, superación, afirmación de la vida a pesar de todo.(2)

**CUADRO N° 15** Logotest parte II

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	1	12%
MEDIA	7	88%
BAJA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 18.** Porcentaje de Logotest segunda parte después de la Logoterapia.



**Fuente:** Test aplicados en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

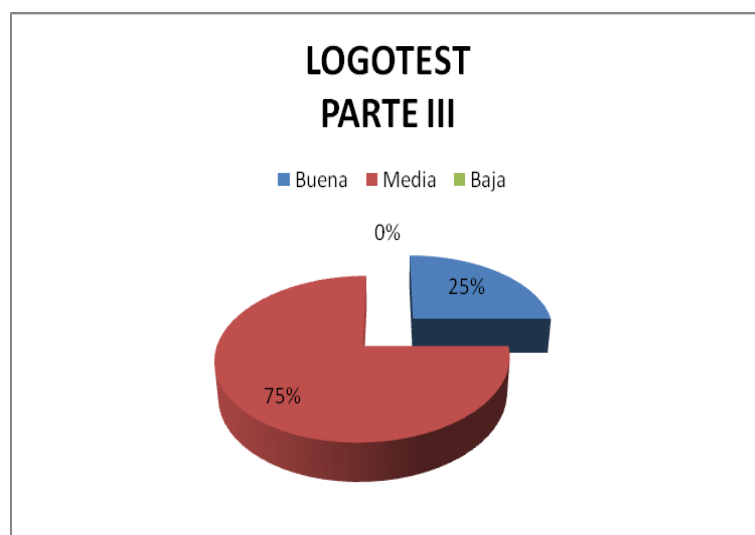
**Análisis:** El 12 % de la población presenta un buen desarrollo de valores vivenciales y un buen afrontamiento hacia la frustración existencial, en tanto que un 88%

presenta un desarrollo medio, y el 0% no tiene un buen desarrollo de valores vivenciales y se ve afectado por una posible frustración existencial. Este porcentaje puede deberse a la frustración en su aspectos noogenos que se manifiestan a través de la agresión, regresión, super-compensación, reacción de huida, adaptación razonada, neurosis, depresión. (25)

**CUADRO N° 16** Logotest parte III

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	2	25%
MEDIA	6	75%
BAJA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°19.** Porcentaje de Logotest segunda parte después de la Logoterapia



**Fuente:** Logotest aplicados en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

**Análisis:** El 25% de la población presenta un buen sentido de vida y una buena actitud construida sobre la descripción libre del propio sujeto, mientras el 75% presenta una actitud ni buena ni mala, y el 0% presenta una bajo sentido de vida y

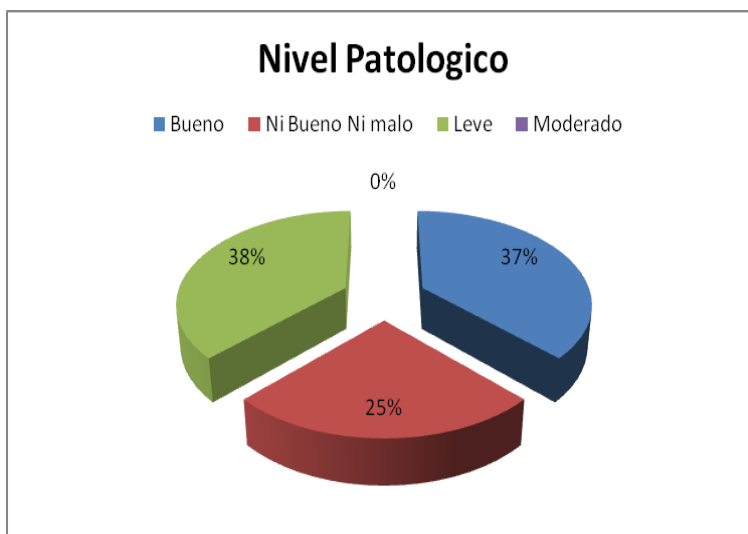
una actitud negativa frente a la perspectiva de éxito-fracaso. Estas cifras pueden deberse a la incapacidad para flexibilizar la persecución de objetivos y el descubrimiento de nuevos valores en función de los acontecimientos que encuentra en la vida. Esta detección se hace a través de la valoración de la felicidad y sufrimiento que se asignan a tres casos que se presentan. Así, las mayores puntuaciones se consiguen detectando la mejor situación existencial en aquel caso en que se concretan los intereses y valores en las circunstancias concretas de la vida sin perseguir objetivos totalmente fuera de la realidad. Las peores puntuaciones se asignan al caso de rigidez en las metas y valores sin ninguna adaptación a la realidad.

(26)

**CUADRO N° 17.** Resultado Global del Logotest después de la logoterapia.

NIVEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENO	3	37%
NI BUENO NI MALO	2	25%
LEVE	3	38%
MODERADO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 20** Porcentaje de nivel patológico global del Logotest.



**Fuente:** Logo-test aplicados en el CAACL.

**Elaborado por:** Sridam Arévalo y Jessica Duche.

**Análisis:** el 37% de la población está en un cuartil Q1 nivel bueno con las siguientes características protegido ante circunstancias adversas, su pronóstico es bueno, el 25% de la población se ubica en el cuartil Q2-Q3 rango de ni bueno ni malo teniendo las siguientes características, ni protegido ni amenazado, actual estabilidad el pronóstico de estos individuos es un caso abierto, el 38% de individuos se encuentra en un

cuartil Q4(D9-D10) presenta un nivel patológico leve caracterizado por bordeando frustración existencial, pocos contenidos búsqueda identidad, puede llevar a crisis, consecuencias psicosomáticas y anímicas importantes, difícil manejo de la angustia. Dentro del pronóstico se puede mencionar que necesita indicación logoterapéutica necesidad de orientar en búsqueda de sentido con un modelo, el otro 0% de población muestra un nivel patológico moderado base para otras neurosis, depresiones, psicopatías, adicciones o inclinaciones perversas, tiene por pronóstico intervención psicoterapéutica y logoterapéutica (solo con esto último buen pronóstico), mientras que el 0% de los adolescentes presentan un nivel patológico grave que se caracteriza por ser amenaza para la vida del sujeto situación de no a la vida y la curación, cuyo pronóstico es ¡urgente!: Tratamiento de todo tipo (incluso medicamentoso e internación). (21)

### **3.5. COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS**

Mediante la evaluación con el Logotest (test y retest), la observación la que comprende la ficha de registro y seguimiento Logoterapéutico (Dialogo Socrático, Derreflexión y Modulación de Actitudes), y la encuesta, se pudo comprobar la hipótesis planteada en nuestro trabajo investigativo que puntualiza: “La Logoterapia causa efectos positivos en las personas drogodependientes del Centro de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley de la ciudad de Riobamba”. Esto se ve reflejado en el descenso porcentual de las patologías en el nivel moderado y grave de un 25% y 13% respectivamente a un 0%. Y posicionándolos en un nivel patológico leve 38%, ni bueno ni malo 25% y bueno 37%. De esta manera se ha logrado mejorar su desarrollo existencial, su actitud frente a la vida, una buena actitud construida sobre la descripción libre del propio sujeto, afirmación a la vida a pesar de todo, desarrollo de éxito personal, reduciendo así la frustración existencial la cual es la base para la drogodependencia y otras patologías.



# **CAPÍTULO IV**

## CONCLUSIONES

Una vez finalizado nuestro trabajo podemos concluir:

Con la aplicación del Logotest se pudo evidenciar los problemas existenciales de la población de estudio, principalmente; carencia de objetivos, falta de contenidos, falta de sentido de vida, falta de identidad entre otras.

El Diálogo Socrático ayudó al incremento del desarrollo personal, valores creativos y orientación a un sentido de vida, pasando del estadio bajo al medio un 13%. La técnica de la Derreflexión incrementó el afrontamiento ante la frustración existencial y los valores vivenciales, del estadio bajo al medio un 13%. La técnica de modulación de actitudes contribuyó en el incremento los valores actitudinales y cambio la perspectiva ante el éxito y fracaso del estadio “Medio” al “Bueno” en un 13%.

Todas estas técnicas en conjunto contribuyeron en el mejoramiento de los casos que se ubicaban en estados graves de patología descendiendo de un 25% de la población a un 0%. Así mismo ayudaron en los casos de patología moderada disminuyendo de 13% de la población a un 0%. Además los casos de patología leve, si bien es cierto que ascendió en un 13% con respecto a antes de la Logoterapia, se debe tomar en cuenta también de que la población que se encontraba en los estadios graves mencionados anteriormente se posicionaron en situación de patología leve después de la Logoterapia, es por ello de su aumento. Esto significa que la población paso del estadio grave que le caracteriza por presentar una neurosis noógena, poniendo al individuo en situación de amenaza además de una situación de no a la vida y curación, a un estadio leve en el que se encuentra bordeando la frustración existencial además con pocos contenidos existenciales, y búsqueda identidad.

Antes de la Logoterapia los estadios Ni bueno Ni malo se ubicaron en un 37% en tanto que después de la Logoterapia se dio como resultado en este rango el 25%, dándonos un descenso porcentual de 12 puntos. Esto se relaciona directamente con el

aumento de un 0% a un 37% de los casos en el estadio bueno después de la Logoterapia, mostrando que esta población está protegida ante circunstancias adversas.

Después de obtenidos los resultados se debe mencionar que no existen casos de patología moderada (frustración existencial) ni patología grave (neurosis noógena) sabiendo que desde la patología moderada hasta la grave es la base para el desarrollo de adicciones entre otras patologías. Es por ello que podemos concluir de que la población tratada con Logoterapia desarrollo buenas herramientas que le protegerán en una posible recaída en el consumo de drogas.

## **RECOMENDACIONES.**

Los resultados que arrojó la investigación demostraron que aún existe un grado leve de patología en un porcentaje de población, es por ello que se recomienda en estos casos se dé una continuación en lo que respecta a Logoterapia para lograr una completa rehabilitación y que el adolescente pueda encarar los retos de la vida de una forma realista y saludable.

Se recomienda implementar en el proceso de rehabilitación de las drogodependencias los modelos mixtos, donde se aplique si bien, una comunidad terapéutica o modelos como alcohólicos o narcóticos anónimos, complementado con la Logoterapia, ya que la misma ha dado resultados favorables en países Europeos.

Debe haber un psicólogo clínico en el Centro de Atención a Adolescentes que posea conocimientos en Logoterapia para que pueda dar tratamiento de una forma más amplia a los individuos que padezcan de la problemática de tipo existencial.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Chimborazo adquieran documentación bibliográfica con respecto a la Logoterapia ya que nos resulto difícil tener acceso a esta información.

Por nuestra experiencia la Logoterapia es una forma de psicoterapia muy útil en muchos casos donde la psicoterapia tradicional no puede afrontar es por ello que se recomienda incluirla en el pensum de estudio de la escuela de Psicología Clínica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. **Frankl, Viktor E.** *EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO* . Barcelona : Herder, 1962. 1.
2. **Frankl, Viktor E.** *ANTE EL VACIO EXISTENCIAL* . Barcelona : Herder, 1980. 2.
3. **Frankl, Viktor E.** *VOLUNTAD DE SENTIDO* . Barcelona : Herder, 2002. 3.
4. Diccionario de terminos tecnicos . (en linea) (Citado el : 08 de Agosto de 2012) (<http://boards5.melodysoft.com/forofree/definicion-de-drogas-segun-la-oms-52.html>).
5. Vacio Existencial . [En línea] [Citado el: 07 de Agosto de 2012.] [http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista\\_dts/46\\_06.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/46_06.pdf). 5.
6. **Luna, Jose A.** *LOGOTERAPIA Y DROGADICCION* . Bogota : San Pablo , 2005. 6.
7. **Noblejas, Maria A.** *UNA EXPERIENCIA DE EVALUACION DEL LOGRO INTERIOR DE SENTIDO DENTRO DEL PROGRAMA TERAPEUTICO EDUCATIVO PROYECTO HOMBRE* . Madrid : s.n., 1984. 7.
8. **Luna, Jose A.** *LOGOTERAPIA, UN ENFOQUE HUMANISTA EXISTENCIAL* . Bogota : San Pablo, 1996. 8.
9. Objetivos de la Logoterapia . [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2012.] [http://www.tanatologos.com.mx/mambo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=47&Itemid=61](http://www.tanatologos.com.mx/mambo/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=61). 9.
10. La logoterapia, la terapia de la busqueda de sentido. . [En línea] [Citado el: 12 de Agosto de 2012.] [http://vinculando.org/psicoterapia\\_corporal/logoterapia\\_la\\_terapia\\_en\\_busca\\_de\\_sentido.html](http://vinculando.org/psicoterapia_corporal/logoterapia_la_terapia_en_busca_de_sentido.html). 10.

11. Fundamentos de la Logoterapia . [En línea] [Citado el: 15 de Agosto de 2012.]  
<http://psicopsi.com/LOGOTERAPIA.asp> investigado 15/08/2012. 11.
12. Historia de la Logoterapia . [En línea] [Citado el: 16 de Agosto de 2012.]  
<http://artigoo.com/breve-repaso-historia-logoterapia>. 12.
13. **Frankl, Viktor E.** *LOGOTERAPIA Y ANALISIS EXISTENCIAL* . Barcelona : Herder, 2003. 13.
14. **Frankl, Viktor E.** *PSICOTERAPIA Y EXISTENCIALISMO* . Barcelona : Herder, 2001. 14.
15. **Fizzotti, Tulio Bazzi y Eugenio.** *GUIA DE LA LOGOTERAPIA*. Barcelona : Herder, 1989. 15.
16. **Lukas, Elisabeth.** *LOGOTERAPIA LA BUSQUEDA DE SENTIDO* . Barcelona : P, 2003. 16
17. **Marinoff, Lou.** *MAS PLATON MENOS PROZAC*. Madrid : Ediciones B, 2001. 17.
18. **Goldman, Howard.** *PSIQUIATRIA GENERAL* . Mexico : Manual Moderno , 2001. 18.
19. **Perez, Martha Guberman y Egenio.** *DICCIONARIO DE LOGOTERAPIA* . Mexico : Lumen Hv Manitas , 2005. 19.
20. Diccionario Medico . [En línea] [Citado el: 6 de Septiembre de 2012.]  
<http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/barbiturico.html>. 20.
21. Logotest. [En línea] [Citado el: 10 de Diciembre de 2012.]  
<http://vivelibre.org/mybb/showthread.php?tid=1071>. 21.
22. **Lukas, Elisabeth.** *LOGOTEST COMPLETO* . [En línea] [Citado el: 13 de Septiembre de 2012.]  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/dps/meyer\\_t\\_rk/apendiceG.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/dps/meyer_t_rk/apendiceG.pdf). 27.

23. Características del Logotets. [En línea] [Citado el: 10 de Diciembre de 2012.] [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/dps/meyer\\_t\\_rk/apendiceG.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/dps/meyer_t_rk/apendiceG.pdf). 23
24. Característica e indicadores del Logotest. [En línea] [Citado el: 10 de Diciembre de 2012.] [http://www.logotherapy-research.com/lukas\\_logotest.htm](http://www.logotherapy-research.com/lukas_logotest.htm). 24.
25. Logotest Características . [En línea] [Citado el: 10 de Diciembre de 2012.] <http://carpetabierta.blogspot.com/2008/06/entre-de-los-aportes-que-ha-hecho-el.html>. 25.
26. Logotest, técnica de evaluación para la frustración existencial . [En línea] [Citado el: 10 de Diciembre de 2012.] <http://vivelibre.org/mybb/showthread.php?tid=1071>. 26.
27. **OMS**. *CIE-10*. Ginebra : s.n., 1992. 27.

# **ANEXOS**



Anexo (1):

**Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico**

Nombre:

Edad:

Fecha	Previo	Durante	Posterior	Técnica utilizada	Tareas para casa	Observaciones

Anexo (1):

### Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico

Nombre: N.N

Edad: 17 años.

Fecha	Previo	Durante	Posterior	Técnica utilizada	Tareas para casa	Observaciones
07/11/2012	El adolescente presenta crisis existencial, represión del sentido existencial, falta de sentido de vida amenaza para la vida del sujeto. Situación de no a la vida y la curación.	Empieza el proceso psicoterapéutico con una explicación acerca del trabajo a realizarse. Durante el desarrollo de la sesión grupal el adolescente se presenta ansioso manifestándose con inquietud motora, se muestra participativo pero eludiendo el tema central que es el tema existencial.	El paciente después de la logoterapia muestra que empieza a tener pensamientos positivos frente al éxito personal aunque el tema de la drogadicción se resiste a superarlo, además de que va incorporando a su vida valores creativos manifestándose a través de la intención de trabajar honestamente, después del proceso logoterapéutico	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Diálogo Socrático.</li><li>✓ Terapia de Grupo.</li></ul>		Ansioso, pero colaborador

			<p>incremento su sentido hacia los valores de experiencia ya que ahora manifiesta tener familia, amar a alguien y ser amado, a mas de ello presenta una ligera perspectiva de éxito aunque sin que esta tenga como base la realidad.</p> <p>El deseo del consumo de droga se encuentra aplacado aunque no totalmente y esto se puede deber a su reclusión y a los efectos de la logoterapia, en su dialogo ahora manifiesta que quiere rehacer su vida retomar aquellas actividades que antes por el consumo de la droga no las hacía.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

12/11/2012		Persiste el comportamiento en el que elude el tema existencial, manifestando que nunca se ha puesto a pensar en ello, los síntomas de ansiedad han desaparecido.		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Individual</li> <li>✓ Diálogo Socrático.</li> </ul>	Autobiografía	Muestra interés pero elude el tema existencial.
14/11/2012		En la presente sesión se muestra colaborador y activo, se dispone interesado en el tema del ser humano, que es la persona, que es el vacío existencial.		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Individual.</li> <li>✓ Diálogo Socrático.</li> </ul>		
19/11/2012		Se muestra renuente a participar se observa enojado alega de que no tiene cabeza para pensar en esos temas y que tiene otros asuntos por resolver.		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diálogo Socrático.</li> <li>✓ Terapia de Grupo.</li> </ul>		No colabora en la psicoterapia.

21/11/2012		<p>En esta sesión se muestra más relajado su participación vuelve a ser la misma de antes aunque aún no se muestra interesado por los temas existenciales.</p> <p>Se toma la temática de valores.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Individual.</li> <li>✓ Diálogo socrático.</li> </ul>	<p>Hacer una lista de valores que desearía fomentar en su vida.</p>	<p>Participativo. Interesado en la temática.</p>
26/11/2012		<p>En esta sesión se profundiza el tema de valores (actitudinales, creativos y de experiencia), se sintió interesado y se pudo notar que posee una cierta fortaleza en cuanto a valores actitudinales además de esto se puede notar que resaltan los valores de experiencia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia grupal.</li> <li>✓ Modificación de actitudes.</li> </ul>	<p>Pensar en tres situaciones negativas en las que él se haya visto involucrado y que las pueda transformar en positivas poniendo en práctica los valores actitudinales y de experiencia.</p>	

28/11/2012		<p>En esta sesión se muestra atento, colaborador, dinámico aunque manifiesta no haber cumplido la tarea, pero el interés se pone de manifiesto al relatar el ejemplo de su propia vida que a pesar de la situación negativa del encierro puede aprender de ello transformándola en algo positivo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia individual.</li> <li>✓ Modificación de actitudes.</li> </ul>	<p>Pensar en la frase “vive como si vivieras por segunda vez y como si la primera lo hubieras hecho todo tan mal como estas a punto de hacerlo”, que constituye el imperativo categórico de la logoterapia.</p>	<p>A pesar de que el individuo se muestra interesado en los valores actitudinales manifiesta que el consumo de droga continuara a pesar del cambio que dará en su vida.</p>
03/12/2012		<p>En esta sesión se aborda el tema de la libertad y responsabilidad tema que es de mucho interés para el adolescente, en donde se muestra participativo aportando contenidos valiosos para la terapia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia grupal.</li> <li>✓ Diálogo Socrático.</li> </ul>		

05/12/2012		Adolescente se muestra interesado, pero a la vez molesto por no tener la libertad que el requiere para poder transformar su vida		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia individual.</li> <li>✓ Modificación de actitudes.</li> </ul>	Pensar en cómo estar privado de la libertad y la dependencia a las sustancias juega un papel importante en la pérdida de la libertad y el manejo de la responsabilidad.	Aunque en la terapia se muestra participativo también se muestra preocupado por el tema de la dependencia a las sustancias.
06/12/2012		Se aborda el tema del sentido de vida ante el mismo el individuo responde de manera medianamente favorable, manifestando de que él piensa que la vida tiene un sentido y un propósito y que hay que cumplirlo.		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Grupal</li> <li>✓ Diálogo Socrático.</li> </ul>		No se nota el interés esperado en el paciente.

07/12/2012		<p>Construcción del proyecto de vida desde su experiencia actual transformando la visión de su futuro la misma que tiene la característica de tener sentido, propósito y estar llena de valores.</p> <p>En esta actividad se observa participación favorable por parte del adolescente.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia individual.</li> <li>✓ Modificación de actitudes.</li> </ul>		Trabaja pero lo hace desconcentrado se muestra inquieto.
10/12/2012		<p>Se hace el cierre del proceso psicoterapéutico donde se permite que el individuo se sustraiga definitivamente de la concentración espiritual en la problemática de la adicción y se dedique por completo a aquellos contenidos vitales, que en el transcurso del</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Grupal</li> <li>✓ Derreflexión</li> </ul>		Adolescente se muestra dinámico y colaborador.



		proceso psicoterapéutico para la búsqueda de un sentido, y proyecto de vida hayan sido reconocidos y afirmados como los suyos.				
--	--	--	--	--	--	--

## Anexo (2)

### Encuesta (21)

Nombre:

Edad:

Sexo:

LEA DETENIDAMENTE Y ENCIERRE CON UN CIRCULO EL LITERAL QUE CORRESPONDA CON LA MAYOR SINCERDAD POSIBLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga?

- a) Si      b) No

2. ¿Desde hace cuanto tiempo consume drogas?

- a) 3 meses      b) 6 meses      c) 1 año      d) Más de 1 año

3. ¿Con que frecuencia consume o consumía drogas?

- a) Todos los días      b) Una vez por semana      c) Una vez por mes

4. ¿Ha tenido o tiene un deseo intenso de consumir alguna droga?

- a) Si      b) No      c)  
A veces

5. ¿Cuándo consume, pierde la capacidad de controlar el inicio del consumo y/o para controlar la cantidad de droga que consume?

- a) Si      b) No      c)  
A veces

6. ¿Durante el periodo de consumo, ha sentido que necesita cada vez más cantidad droga para sentir los mismos efectos de los que antes tenía con menos sustancia?

- a) Si      b) No      c)  
A veces



### **Anexo (3)**

#### **CONSIGNA DEL LOGOTEST**

El test que Ud. va a realizar no es una prueba de inteligencia ó capacidad, pues no implica respuestas verdaderas ó falsas. Tampoco es un procedimiento para determinar un tipo de personalidad. Aquí se trata de la actitud interna que Ud. TIENE HACIA LA PROPIA VIDA Y HACIA LA VIDA EN GENERAL. Se trata de ver cómo se las ha arreglado Ud. con las circunstancias que le ha tocado vivir, cómo se combina en Ud. la satisfacción y el desengaño, y cuántos de sus objetivos de vida siguen todavía presentes. Es posible que la respuesta gradual y progresiva a las preguntas del cuestionario se convierta para Ud. en un proceso de descubrimiento de su realidad interior. Importa, por lo tanto, que piense con cuidado en cada pregunta, en cuál es la respuesta que mejor refleja su realidad (aunque sin extenderse demasiado en cada pregunta). Trabaje tranquilo y concentrado, tómese tiempo. Esfuércese, por su propio interés, en ser sincero. Y trate de completar también la última parte del cuestionario, así podremos llegar juntos a conclusiones significativas para su vida futura.

LOGO - TEST (22)

CUESTIONARIO "H"

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

FECHA:

I) Lea las siguientes afirmaciones. Marque el cuadro "SI" de aquellas que estén de acuerdo con Ud. y que pudieron haber sido dichas por Ud. Marque "NO" en aquellas que son contrarias a su opinión. Puede dejar en blanco algún cuadro si la decisión le resulta difícil.

1) Para ser franco, prefiero una vida placentera, tranquila, sin dificultades mayores y en lo posible con suficientes recursos económicos

SÍ ( )

NO ( )

2) Tengo algunas ideas sobre el tipo de persona que quisiera ser y en qué aspectos quisiera tener éxito ó mejorar, y trato de llevarlas a cabo como mejor puedo.

SÍ ( )

NO ( )

3) Me siento feliz en la seguridad de mi hogar, con mi familia, y quisiera ayudar a mis hijos a lograr algo similar (si no tiene hijos, responder teniendo en cuenta la primera parte de la pregunta)

SÍ ( )

NO ( )

4) Siento verdadera satisfacción en el trabajo que realizo ó para el cual me estoy preparando (en caso de ser estudiante, responder tomando a esa actividad como la que se realiza habitualmente)

SÍ ( )

NO ( )

5) Tengo vínculos con una ó varias personas y me siento bien cuando me encuentro con ellas

SÍ ( )

NO ( )

6) Tengo una actividad especial que particularmente me interesa, acerca de la cual quiero aprender más, y a la cual me dedico cada vez que tengo tiempo

SÍ ( )

NO ( )

7) Me gustan ciertos tipos de experiencias (el arte, la naturaleza, etc.) y no quiero perder oportunidad alguna para disfrutarlas

SÍ ( )

NO ( )

- 2 - LT

8) Creo en un ideal religioso, político ó relacionado con el servicio para el progreso de la sociedad y actúo favoreciéndolo

SÍ ( )

NO ( )

9) Mi vida está ensombrecida por sufrimientos, preocupaciones ó enfermedades pero hago grandes esfuerzos para mejorar la situación

SÍ ( )

NO ( )

II) Marque con una X el casillero que corresponda a la frecuencia con que ha tenido las siguientes experiencias, tratando de ser sincero:

1) Un sentimiento de rabia e impotencia porque creyó que todo lo que había hecho hasta el momento había sido inútil

FRECUENTEMENTE ( )  
( )

ALGUNAS VECES ( )

NUNCA

2) El deseo de volver a ser niño y poder comenzar otra vez

FRECUENTEMENTE ( )  
( )

ALGUNAS VECES ( )

NUNCA

3) Darse cuenta de que trata de presentar su vida ante sí mismo y los demás como más rica en contenidos de lo que realmente es

FRECUENTEMENTE ( )  
( )

ALGUNAS VECES ( )

NUNCA

4) El deseo de no agobiarse con pensamientos profundos y quizás desagradables acerca de lo que Ud. hace

FRECUENTEMENTE ( )                      ALGUNAS VECES ( )                      NUNCA  
( )

5) La esperanza de que, con su esfuerzo, podrá transformar un proyecto fracasado ó una desgracia en algo positivo, a pesar de todo

FRECUENTEMENTE ( )                      ALGUNAS VECES ( )                      NUNCA  
( )

6) El pensamiento de que, ante la proximidad de la muerte, tendrá que decirse a sí mismo que su vida no valió la pena vivirla

FRECUENTEMENTE ( )                      ALGUNAS VECES ( )                      NUNCA  
( )

- 3 - LT

7) Un estado de angustia que se le impone y que produce en Ud. falta de interés hacia todo lo que le ofrece la vida

FRECUENTEMENTE ( )                      ALGUNAS VECES ( )                      NUNCA  
( )

III) Preste atención a la breve descripción de estos tres casos:

a) Un hombre ha tenido mucho éxito en su vida. No ha podido lograr lo que realmente quería, pero con el transcurso del tiempo ha obtenido una buena posición y puede encarar el futuro sin mayores preocupaciones.

b) Un hombre insiste en alcanzar un objetivo ó meta que se ha planteado. Se aferra al mismo a pesar del continuo fracaso. Para alcanzar este objetivo ó esta meta ha hecho muchos sacrificios y, en última instancia, ha conseguido poco.

c) Un hombre ha llegado a un acuerdo de compromiso entre sus deseos y las realidades de su vida. Cumple debidamente con sus obligaciones, aunque no siente especial placer en esto. Pero al mismo tiempo, cada vez que se le presenta la oportunidad vuelve a sus ambiciones personales

1) Considerando estos tres casos:

¿Cuál de estos hombres es más feliz, el a), b) ó c)? ( )

¿Cuál de estos hombres sufre más, el a), b) ó c)? ( )

2) En conclusión, describa su propio “caso” en algunas oraciones, comparando lo que Ud. se ha esforzado en conseguir, lo que en definitiva ha logrado y cómo se siente al respecto.



**Anexo (4)**

**INTERPRETACION DEL LOGOTEST**

<b>EDAD</b>		<b>16 – 29</b>	<b>30 – 39</b>	<b>40 - 49</b>	<b>50 - 59</b>	<b>60 -</b>
<b>Q<sub>1</sub></b>		0 -10	0 -10	0 -7	0 -7	0 -9
<b>Área media( Q<sub>2</sub> + Q<sub>3</sub> )</b>		11 – 17	11 – 16	8 – 13	8 - 13	10 – 14
<b>Q<sub>4</sub></b>	<b>Q<sub>4</sub> – ( D<sub>9</sub> + D<sub>10</sub> )</b>	18	17	14	14	15
	<b>D<sub>9</sub></b>	19 – 21	18 -21	15 – 18	15 - 18	16 – 18
	<b>D<sub>10</sub></b>	22 – 32	22 – 32	19 - 32	19 - 32	19 – 32

	<b>LOGRO INTERIOR SENTIDO</b>	<b>EXISTENCIALMENTE</b>	<b>PRONOSTICO TERAPEUTICO</b>
		▪ PROTEGIDO ANTE CIR-	

<b>Q1</b>	MUY BUENO	CUNSTANCIAS ADVERSAS	BUENO
<b>Q2 y Q3</b>	NI BUENO NI MALO Q2 mejor que Q3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NI PROTEGIDO NI AMENAZADO.</li> <li>▪ ACTUAL ESTABILIDAD</li> <li>▪ CERCA DE Q3: MAYOR RIESGO</li> </ul>	CASO ABIERTO
<b>Q4- (D9+ D10)</b>	<p>¡ATENCIÓN!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BORDEANDO FRUSTRACIÓN EXISTENCIAL</li> <li>▪ POCOS CONTENIDOS</li> <li>▪ BÚSQUEDA IDENTIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PUEDE LLEVAR A CRISIS.</li> <li>▪ CONSECUENCIAS PSICO SOMATICAS Y ANIMICAS IMPORTANTES.</li> <li>▪ DIFÍCIL MANEJO DE LA ANGUSTIA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ INDICACIÓN LOGOTERAPEUTICA</li> <li>▪ NECESIDAD DE ORIENTAR EN BÚSQUEDA DE SENTIDO CON UN MODELO</li> </ul>
<b>D9</b>	FRUSTRACIÓN EXISTENCIAL	BASE PARA OTRAS NEUROSIS, DEPRESIONES, PSICOPATIAS, ADICCIONES O INCLINACIONES PERVERSAS	INTERVENCIO PSICO- TERAPEUTICA Y LOGOTERAPEUTICA  (solo con esto último buen pronostico)
<b>D10</b>	NEUROSIS NOÓGENA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AMENAZA PARA LA VIDA DEL SUJETO</li> <li>▪ SITUACIÓN DE NO A LA VIDA Y LA CURACION</li> </ul>	¡URGENTE! :  TRATAMIENTO DE TODO TIPO (incluso medicamentoso e internación)