



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y  
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso.**

**AUTORES:**

**Barreiro Torres, Carlos Eli  
Santillán Sánchez, Joselyn Katherine**

**Trabajo de titulación previo a  
la obtención del título de  
LICENCIADOS EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Barreiro Torres, Carlos Eli y Santillán Sánchez, Joselyn Katherine**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

**TUTOR**

f.  \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.**

**Guayaquil, a los 13 del mes de febrero del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **por Barreiro Torres, Carlos Eli y Santillán Sánchez, Joselyn Katherine**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso** previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 13 del mes de febrero del año 2022**

**LOS AUTORES**

f.

**Joselyn Katherine Santillán Sánchez**

f.

**Carlos Eli Barreiro Torres**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **por Barreiro Torres, Carlos Eli y Santillán Sánchez, Joselyn Katherine**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 13 del mes de febrero del año 2022**

## **LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_

**Joselyn Katherine Santillán Sánchez**

f. \_\_\_\_\_

**Carlos Eli Barreiro Torres**

## INFORME DE URKUND

URKUND

Documento	<a href="#">Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso.docx</a> (D127801627)
Presentado	2022-02-13 20:10 (-05:00)
Presentado por	carloselbarreiro@hotmail.com
Recibido	rodolfo.rojas.ucxg@analysis.arkund.com

 de estas 33 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA:** Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso.

### ESTUDIANTES:

Barreiro Torres, Carlos Eli

Santillán Sánchez, Joselyn Katherine

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### INFORME ELABORADO POR:

RODOLFO  
FRANCISCO ROJAS  
BETANCOURT

Firmado digitalmente por  
RODOLFO FRANCISCO ROJAS  
BETANCOURT  
Fecha: 2022.02.13 22:58:02  
-05'00'

Psic. Cl. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Centro de Rehabilitación Un Nuevo Amanecer por permitir el desarrollo de este trabajo, al psicólogo tutor y a todos los pacientes quienes nos confiaron sus historias  
Nuestro tutor quien nos encamino y guio en el desarrollo del trabajo.*

**Joselyn Santillán Sánchez**

*A mi familia que siempre estuvo ahí, al gran centro de rehabilitación Un Nuevo Amanecer y al tutor de destino Galo Cedeño que nos dio los primeros senderos a seguir, y por último a mí mismo por nunca permitirme quitarle los ojos a la meta.*

**Carlos Barreiro Torres**

## DEDICATORIA

*A todos los que de alguna manera han aportado en cada enseñanza a lo largo de la carrera, maestros, compañeros, amigos.*

*A mis padres y novio por el apoyo incondicional en cada etapa de mi vida universitaria.*

**Joselyn Santillán Sánchez**

*Dedicado a todos los que estuvieron y lo hicieron posible, pero más a lo que no estuvieron, ellos fueron los más importantes.*

**Carlos Barreiro Torre**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Ileana Velázquez Arbaiza, Mgs.**  
DECANA

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.**  
COORDINADORA DEL ÁREA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Sonia Rodríguez Jaramillo, Mgs.**  
OPONENTE

# INDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>OBJETO</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>6</b>
OBJETIVO GENERAL .....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
<b>EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA</b> .....	<b>8</b>
<b>GENERALIDADES DE LA ADICCIÓN</b> .....	<b>8</b>
¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN? .....	8
SÍNDROME DE ABSTINENCIA .....	9
EL PROGRAMA DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS (N/A) .....	9
CONCEPCIONES SOCIALES Y FAMILIARES DE LOS ADICTOS .....	10
<b>MODELO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN “UN NUEVO AMANECER”</b> .....	<b>11</b>
PROCESO DE INGRESO .....	11
ADMINISTRACIÓN .....	11
PROCESO DE ADAPTACIÓN .....	12
PROCESO DE REINSERCIÓN .....	13
EL ALTA .....	14
<b>MODELO TERAPÉUTICO EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN UN NUEVO AMANECER</b> .....	<b>15</b>
TERAPIAS GRUPALES .....	15
SESIONES INDIVIDUALES .....	15
<b>CONCEPTOS CLAVES</b> .....	<b>16</b>
FUNCIÓN MATERNA .....	16
NOMBRE DEL PADRE .....	18
TRAUMA .....	19
FALLA EN EL SÍNTOMA .....	20
GOCE .....	20
ROL DE LA FAMILIA EN LAS ADICCIONES .....	22
<b>CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>24</b>
ENFOQUE .....	24
POBLACIÓN .....	24
MUESTRA .....	25
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	25
FORMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	26
<b>CAPITULO III: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>28</b>
ETAPA DE EXPLORACIÓN .....	28
RECOLECCIÓN DE ANTECEDENTES .....	28
IDENTIFICACIÓN DE CONCEPTOS CLAVES O MARCO TEÓRICO .....	29

SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN.....	30
DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	30
DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA .....	31
CONSTRUCCIÓN DE CUESTIONARIO Y ENTREVISTA.....	31
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
CUESTIONARIOS.....	33
ENTREVISTAS.....	42
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>51</b>
ANEXO 1 .....	51
ENTREVISTA 1: PACIENTE G .....	51
ENTREVISTA 2: PACIENTE A.....	55
ENTREVISTA 3: PACIENTE S .....	60
ENTREVISTA 4: PACIENTE P.....	63
ENTREVISTA 5: PACIENTE M .....	65
ENTREVISTA 6: PACIENTE R.....	67

## RESUMEN

Hoy en día y desde hace mucho tiempo el problema del consumo ha sido un tema para tratar de manera mundial y los últimos años ha tomado más fuerza. Se ha logrado identificar que es la última instancia del proceso de rehabilitación la que más les cuesta a los sujetos. Esta es la parte donde deben volver a insertarse en la sociedad que alguna vez lo rechazaron. En este proceso nacen muchas fantasías donde prima el lado positivo de todo mas no el realista.

El objetivo del presente trabajo es identificar las expectativas que surgen en los pacientes mediante investigación, cuestionarios y entrevistas aplicadas a los sujetos internos y así llevar a cabo una clasificación de las causas más comunes que impiden un correcto proceso de rehabilitación y explicar la incidencia de la familia.

Según lo obtenido en los cuestionarios y las entrevistas se pudieron obtener los temas más comunes de las expectativas que se surgen a partir de un alta, entre las más mencionadas están todo lo relacionado con la familia, pensar que su vida social seguirá igual y la más común pensar que todo va a seguir siendo igual que antes. Un tema importante es el hecho de que la familia puede llegar a propiciar un consumo como también detenerlo y lo más importante de lo obtenido en este trabajo es que el consumo de drogas no es el problema real, el consumo da cuenta de un problema real y la sociedad no entiende esto por lo que para un adicto mantenerse limpio puede ser un gran desafío.

**Palabras Claves:** *Adicción, toxicomanía, rol familiar, terapia, reinserción social, proceso de rehabilitación, rehabilitación, drogas.*

## **ABSTRACT**

Today and for a long time the problem of consumption has been an issue to be dealt with worldwide and in recent years it has gained more force. It has been possible to identify that it is the last instance of the rehabilitation process that is the most difficult for the subjects. This is the part where they must re-insert themselves into the society that once rejected them. In this process many fantasies are born where the positive side of everything prevails but not the realistic one.

The objective of this work is to identify the expectations that arise in patients through research, questionnaires and interviews applied to internal subjects and thus carry out a classification of the most common causes that prevent a correct rehabilitation process and explain the incidence of the family.

According to what was obtained in the questionnaires and the interviews, it was possible to obtain the most common themes of the expectations that arise from a discharge, among the most mentioned are everything related to the family, thinking that their social life will remain the same and the most It is common to think that everything will continue to be the same as before. An important issue is the fact that the family can promote drug use as well as stop it and the most important thing obtained in this work is that drug use is not the real problem, drug use accounts for a real problem and society doesn't understand this, so staying clean can be a big challenge for an addict.

### **Key words:**

*Addiction, drug addiction, family roll, therapy, social reintegration, rehabilitation process, drugs rehabilitation.*

## INTRODUCCIÓN

En la práctica se logró identificar que en la última etapa de un proceso de rehabilitación los sujetos toxicómanos tienden a desestabilizarse más. Esto sucede por el nacimiento de distintas expectativas, muy altas, a partir de este sentimiento nuevo de terminar el proceso y volver a su vida “normal”. Se ubican aquí las comillas porque esa es una de las expectativas más comunes, pensar que al salir su vida va a ser igual que antes o “normal”.

La finalidad del presente trabajo de sistematización es identificar las expectativas más comunes que surgen entre los pacientes del centro de rehabilitación Un Nuevo Amanecer (UNA) al momento de acercarse a su alta, y además la incidencia que tiene la familia en este proceso.

Es muy común escuchar historias sobre pacientes que no lograron mantener su sobriedad fuera de la clínica, este trabajo pretende brindar información sobre cómo funciona el sistema de salud en cuanto a lo que refiere adicciones, y además brindar recomendaciones para llegar a una recuperación más fructífera, sobre todo en la parte final del proceso y como ya se mencionó distintos parámetros sobre como la familia puede tanto promover como detener un consumo excesivo de drogas.

## JUSTIFICACIÓN

Después de varias reuniones para poder establecer el formato en que se va a realizar el trabajo de titulación se determinó realizar una sistematización de la experiencia que se obtiene de la práctica por lo que es una problemática estudiada sin embargo; se pudo notar que todos manejan similares temas con respecto a los estudios o investigaciones realizados con el tema principal “las adicciones” y es que en su mayoría se enfoca en “Consumo”, “Consecuencias”, “Tipos de drogas”, por lo que no se encontró mucho énfasis en lo que pasa después de que un adicto pasa por su proceso de recuperación, que nomás cambia, porque recaen, la familia tiene algo que ver, entre otras. Por lo que esta sistematización no se va a desarrollar sólo en base al consumo más bien desde lo que “Esperan cuando dejan de consumir” tomando en cuenta a sujetos que están dentro de un programa como el NA tomando en cuenta que no todas las personas con adicciones ingresan a algún centro. Por lo que dará un gran aporte a la carrera ya que brindará información tanto teórica y vivencial de los internos, desde su mirada y tratar de sistematizar sus expectativas después de haber pasado por el programa NA, también podrá aportar una perspectiva interna sobre cómo llevar el proceso de reinserción social y que implicaciones conlleva. También resaltar el importante rol familiar que tiene en cada caso y la influencia que tiene en cada uno de los sujetos.

## **CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN**

La sistematización de nuestras prácticas fue llevada a cabo en el Centro de Rehabilitación Un nuevo Amanecer que fue fundado en Guayaquil el 25 de julio del 2015 que actualmente alberga 69 pacientes masculinos. Esta iniciativa nació del director y un grupo de personas que pasaron por un proceso de rehabilitación pasado y tenían años llevando a cabo su recuperación. Este centro fue fundado debido a las diversas experiencias del director que durante su proceso pudo pasar por varias instituciones y así pudo evidenciar las falencias y necesidades que deben cumplir y que no tienen todos los centros de rehabilitación.

Se obtuvo total apoyo en todo el proceso de la sistematización, desde el inicio de las prácticas hasta el momento de decisión al escoger este centro como lugar en el cual se va a trabajar. Ya que este lugar tiene como labor resaltar y dar a conocer la adicción como una condición y no como una enfermedad por lo que le da oportunidades a estudiantes y trabajos cuyo único objetivo es académico con la única condición de que se mantenga la confidencialidad de todos los involucrados respetando así el objetivo principal de Narcóticos Anónimos. Todos los pacientes cuentan con atención psicológica, médica, así como apoyo terapéutico de los trabajadores vivenciales, también cuentan con vigilancia las veinticuatro horas del día todos los días de la semana.

## **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio está constituido por las expectativas de los internos del centro de rehabilitación UNA, son sujetos de un estrato social medio bajo y bajo. Siguiendo el tema de la investigación que se basa en la última instancia de la rehabilitación, la reinserción social, sus expectativas y el papel de la familia en este proceso. Entre los sujetos seleccionados hay quienes han estado algunas veces en un centro de rehabilitación, hay también los que están por primera vez internos y para enriquecer hay también personas que alcanzaron una recuperación. Estos internos nos van a ayudar a cumplir los objetivos propuestos, es de ellos de donde va a salir la información de lo que deseamos investigar.

# **OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN**

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las expectativas que surgen en los internos con problemas de adicción del Centro de Rehabilitación un “Nuevo Amanecer” en tanto su recuperación, reinserción social y familiar, mediante la investigación bibliográfica, la aplicación de un cuestionario y entrevistas que permitan un levantamiento de las causas de recaídas en el consumo como efecto de no lograr estas expectativas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las distintas experiencias de personas que han sufrido recaídas y están internos en el centro de rehabilitación “Un nuevo amanecer” mediante encuestas y entrevistas con el fin de recabar datos sobre los procesos de los internos tanto dentro de la institución como al reinsertarse en la sociedad.
- Procesar la información recolectada en las entrevistas mediante una clasificación y gráficos que permita listar y agrupar las causas de las recaídas de los internos.
- Analizar las distintas expectativas de los internos sobre su rehabilitación como parte de su proceso de recuperación mediante entrevistas más específicas y de esta manera distinguir las diferentes consecuencias si estas expectativas no son cumplidas.
- Enlistar las posibles recomendaciones para el modelo terapéutico mediante el análisis de los datos recolectados con el objeto de aportar a las futuras investigaciones sobre los procesos de rehabilitación.

## EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

Como método de base se utiliza el psicoanálisis, pero no tanto para llevar las sesiones si no también como método para entender una adicción o mejor dicho la génesis de esta. El psicoanálisis, al igual que otras corrientes, pretenden explicar el porqué de una adicción. Para llevar las sesiones también es importante porque el método que se usa es el de la asociación libre, es básicamente permitir que el paciente pueda expresar todo lo que siente en ese momento y mediante asociaciones llegue a una respuesta.

Pero también se deben respetar las disposiciones del centro de rehabilitación, es decir, ellos cuentan con su propia ruta de atención que cuenta con ciertos parámetros que se deben respetar, por ejemplo, prohibición de todo contacto externo o el uso de un determinado tipo de ropa. Si se sigue al psicoanálisis se puede entender que esa no es la ruta que defiende, pero hay que adaptarse al entorno y aplicar estos parámetros a nuestra clínica.

Esto da cuenta del gran aporte de las practicas pre-profesionales que es entender que no en todo ambiente laboral se va a seguir el mismo método o discurso por lo que hay que adaptarse y tener mas que nada apertura mental a nuevos métodos, pero siempre es importante entender que no se debe tampoco despojarse del método inicial, usarlo de base y entender que la psicología no es una regla universal es un descubrimiento y aprendizaje en el caso a caso.

# **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

## **Generalidades de la adicción**

### **¿Qué es una adicción?**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adicción se define como “Una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.” De la definición anterior es importante destacar que las adicciones no son solo hacia narcóticos, si no también hacia actividades o relaciones, se recalca esto porque es muy común pensar que una adicción es únicamente hacia alguna sustancia sujeta a fiscalización.

La definición también menciona la presencia de signos y síntoma que tratan de dar cuenta de una adicción, es decir, que hay una serie de comportamientos o signos que son muy frecuentes entre las personas que sufren de alguna adicción. En la clínica de rehabilitación Un Nuevo Amanecer (UNA) se han podido identificar ciertos síntomas presentes en las adicciones, uno de los más importantes es el distanciamiento social, es decir el sujeto empieza poco a poco a desligarse de sus círculos sociales y familiares para entrar a su propio mundo de consumo. Existen también otros síntomas como la falta de apetito, irritabilidad, etc., que se van a profundizar en los siguientes capítulos.

Desde un punto de vista psicoanalítico, está considerado como un síntoma contemporáneo, en tanto una forma de gozar que relaciona al sujeto con el tóxico como forma de represión o para lograr una completud con la sustancia. Es importante entender que esta actividad o sustancia lo que provee es una salida de angustia al sujeto. En su libro “El malestar en la cultura” Freud va a decir “..más tosco pero también el más eficaz, el químico: la intoxicación que no solo brinda una cuota de placer sino también la ardientemente anhelada independencia respecto del mundo exterior” (Freud, 1929, pp. 3025-3026). Es importante desde esta definición entender

que lo que busca la toxicomanía es calmar un malestar mayor, da una independencia del mundo exterior, insoportable. Independencia en el sentido de desligarse de ese mundo exterior, de ese real invasivo.

### **Síndrome de abstinencia**

Hay que tener muy en cuenta que para poder diagnosticar que existe abstinencia el sujeto debe tener un consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva, por lo general la dosis antes del momento de suspender, es tan elevada que el cuerpo al quitar la sustancia de manera abrupta sufre de reacciones negativas. Los síntomas que producen la abstinencia no pueden ser explicado bajo la categoría de enfermedad, pues antes de esta etapa o momento ya el paciente es revisado por un médico, que corrobora su estado de salud, descartando alguna patología a que atribuirle estos síntomas.

En la mayoría de los casos existe un comportamiento un poco alterado que pueden llevarse de la mano con manifestaciones físicas como: fiebre, náuseas, temblores de manos, entre otros. Estos síntomas van a variar dependiendo de la cantidad consumida, el tipo de sustancia y tiempo que lleva consumiendo.

### **El programa de Narcóticos Anónimos (N/A)**

El libro de Narcóticos Anónimos define su programa como “Una confraternidad o asociación sin ánimo de lucro compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se habían convertido en un problema muy grave” (Narcóticos Anónimos, 2007, p. 2). Es evidente que se trata de una especie de manual, escrito por adictos para adictos, que pretende dar una guía conformada por 12 pasos que si se los logra cumplir de manera correcta y ordenada de puede llegar a una recuperación.

Si bien en el libro recalcan mucho que es una enfermedad que no tiene cura, pero si recuperación, lo que sucede en muchos casos es que hacen de ese libro su nuevo estilo de vida, una identificación. En nuestra opinión esto es un déficit porque el paciente aprende a seguir órdenes, más no a discernir por sí mismo lo que está haciendo. Lee el libro se lo aprende y el sujeto queda viviendo lo que un libro le dice.

El libro del programa del N/A debe ser visto como una especie de base teórica sobre el adicto y en base a ese libro trabajar la adicción, pero una vez más, no como estilo de vida si no como posible directriz para llevar una mejor vida. Más aún, hay casos en los cuales el texto aprendido por parte de los sujetos no pasa a ser parte de su vida, queda en letra muerta, repetida de memoria y sin implicación subjetiva.

### **Concepciones sociales y familiares de los adictos**

Desde la sociedad, un adicto se percibe como una persona que ha perdido el norte, que no puede llevar una vida normal, no sabe administrar el dinero y básicamente alguien que no lleva nada bueno a nadie, ergo nadie lo quiere en su vida. A pesar de que esta concepción puede no estar del todo equivocada, los otros se estancan en esa definición y no conciben que esa persona puede recuperarse y empezar a ser un aporte social, es aquí donde yace el problema: la mirada del Otro define al sujeto y este responde de acuerdo con ella.

Mientras el sujeto está en adicción, el hecho de ser apartado de la sociedad no es un tema de importancia, empero, cuando se recuperan, también recuperan el sentido de pertenencia y quieren volver a ser parte de la sociedad, pero la ésta no los quiere de vuelta, porque como ya se mencionó se estancan en una definición y no creen en una recuperación. Contextualizando en Latinoamérica en este caso en Ecuador, los adictos son en muchos casos sujetos asociados a la delincuencia, por ende, pensar en contratar una persona rehabilitada para trabajar es pensar en contratar a un transgresor social. Entendiendo lo anterior, se pueda tal vez explicar mejor el rol de la familia, al igual que un recién nacido donde la familia es su vínculo con el mundo exterior, en la adicción sucede igual: es la familia la que va a propiciar un puesto en la sociedad, o por lo menos lo va a intentar.

La familia juega un rol fundamental porque pueden ser las únicas personas que van a confiar en el sujeto rehabilitado, son las personas que lo van a proveer de herramientas para volver a pertenecer al engranaje social, esto en teoría porque la familia también puede desconfiar y movilizar más al sujeto. Es aquí donde empieza el trabajo terapéutico y básicamente poder recuperar la confianza de la familia. Una vez más contextualizando a Ecuador lo que muchas veces sucede es que la familia piensa

erróneamente que está eximida de cualquier responsabilidad sobre la recuperación de la persona y es ésta en primera instancia las más importantes para el sujeto rehabilitado. Los familiares en muchas ocasiones prefieren desentenderse y lo más recomendable es que ellos también se preparen para poder vivir con una persona adicta, conocer sus falencias, fortalezas y más que nada su manera de ver el mundo, esto se logra con terapia, pero aún no se llega a ese punto. La familia va a ser la catapulta para que el sujeto pueda volver a insertarse en la sociedad.

## **Modelo administrativo del Centro de Rehabilitación “Un Nuevo Amanecer”**

### **Proceso de ingreso**

#### **Administración**

##### **Inducción a los familiares o representantes**

Previo a que el paciente sea internado, los familiares o representantes acuden al centro o se comunican de manera virtual donde narran los antecedentes del paciente bajo su perspectiva, así mismos datos sobre el mismo. En algunos casos son atendidos por el director o en la gran mayoría por el subdirector que este más tiempo en la oficina, aquí se recoge cierta información y se despeja dudas de los familiares en relación con: costo de la mensualidad, tiempo del tratamiento, comidas, atención a familiares, visitas médicas, entre otras. Y el punto primordial es si el paciente ingresa de manera voluntaria o si tenía que ser capturado:

- **Ingreso de forma voluntaria:** se coordina una fecha con anterioridad y el paciente en compañía de un representante acude al centro y es ingresado. El representante llena un sin número de formularios que más adelante se detallaran.
- **Ingreso por captura o involuntaria:** con el levantamiento de información del posible paciente brindado por los familiares se coordinaba una fecha y coordinadores del centro van al lugar donde se encuentra el paciente para su captura.

## **Ingreso del paciente**

Independientemente de la manera que haya llegado a la clínica el paciente sigue el mismo protocolo, en el momento de entrar a la “casa” es despojado de todas sus pertenencias únicamente pasa con la ropa que tiene puesta y un pequeño cambio de ello. Se les brinda un uniforme que consiste en una camisa blanca y es llevado a su cama. Al inicio el primer contacto que tiene con el paciente es con la enfermera lo cual realiza pruebas de COVID, toma de presión y un examen general de salud.

Luego, es designado un compañero sombra para que esté al pendiente las primeras semanas por varias razones: síndrome de abstinencias, intento de fugas, agresividad, intento de suicidio, entre otros. Las primeras 2 o 3 semanas solo escucha las terapias grupales sin participar y no es atendido por el psicólogo.

## **Recepción de documentos**

Una vez ingresado el paciente, el representante llena un formulario donde detalla la dirección domiciliaria, información de familiares cercanos, ocupación del paciente, escolaridad, estado civil, entre otros datos importantes. Se adjuntan copias a color de documentos personales del paciente y representante quien es el que firma un acuerdo terapéutico.

## **Proceso de adaptación**

Existen dos procesos de adaptación que se pueden evidenciar en el centro de rehabilitación, el primero que se puede dar es la adaptación a un tratamiento psicológico. La gran mayoría de los internos nunca ha tenido contacto con un psicólogo, por lo que entablar una terapia puede costar un poco hasta que el paciente entienda que tiene un problema que solucionar y que el objetivo de la terapia es tratar de buscarle solución al problema.

Es muy común que los pacientes recién llegados pasen los primeros días con conductas evasivas, en negación y se muestren reacios a cualquier contacto con otra persona, por lo que siempre es recomendable dejar transcurrir de dos a tres semanas para que el paciente logre estar lo más sobrio que pueda y también para que su

conducta reacia disminuya y así poder lograr una entrevista inicial más fructífera y llevar las sesiones mejor. El tiempo estipulado para que pueda ser atendido va a ir de acuerdo con el paciente, por lo general es atendido luego de dos semanas.

Por otro lado, también existe otro tipo de adaptación que es al nuevo entorno en el que se habita y ésta es la adaptación que más les cuesta a los internos. Para entender el por qué este proceso de adaptación puede tornarse tan caótico se debe entender un poco como concibe el mundo un adicto, en especial si se trata de un adicto de clase media-baja y clase baja. Son personas que han sufrido muchos maltratos a lo largo de su vida tanto físico como mental, esto desemboca en conductas defensivas que se tornan agresivas en muchos casos y lo importante es entender que para ellos ser así no tiene nada de malo porque desde el núcleo familiar el sujeto ha vivido actos de violencia familiar, consumo de drogas, violaciones, sexo prematuro y un bagaje de cosas que marcan a la persona. Es lógico pensar entonces que un sujeto que ha crecido toda su vida en un ambiente donde prima el caos, viva su vida pensando que toda persona quiere hacerle daño y ahí yace el problema, la confianza en el otro.

Confiar en otra persona se torna una tarea sumamente complicada, sin embargo, las dinámicas para el grupo dentro de la clínica incitan a que de alguna u otra manera los pacientes coexistan entre ellos y fomentar el depositar algo de confianza en la otra persona. Todo esto genera en algún punto una angustia muy fuerte y es cuando logran entender la importancia de una atención psicológica

### **Proceso de reinserción**

Se llega un punto donde el paciente debe salir a la sociedad nuevamente y es por eso mismo que se denomina “reinserción social” es volver a la persona a la sociedad. Usualmente el tiempo que transcurre para empezar a ejecutar este proceso es de 6 a 8 meses, donde el paciente estuvo en constante terapia grupal, relacionado tareas y estudiando, pero también estuvo en periódicas terapias psicológicas individuales y se espera que transcurrido este tiempo el paciente pueda valerse de sí mismo para entrar en el engranaje de la sociedad.

El proceso inicia dándole más responsabilidades al paciente que de cierta manera le da también más libertad, por ejemplo: manejar las llaves de la puerta de los carros y encargarse de abrir y cerrarla. En un punto se podría pensar que es una tarea insignificante, pero se debe entender que se trata de pacientes en rehabilitación que pueden escapar e incluso morir afuera, es por esto que se otorgan estas responsabilidades siempre y cuando el cuerpo clínico haya llegado a un acuerdo en este tipo de decisiones sobre los pacientes.

Si el paciente ha llevado una recuperación en lo posible exitosa, se proceda realizar una “confrontación” esto es poner de frente al paciente con sus familiares después de más de 6 meses sin verlos, con el fin de poder comunicar todo eso que llevo al declive emocional y mental del paciente. Luego de eso se procede a dar un día al paciente para que salga con su familia, pero debe regresar, es importante mencionar que el paciente hasta este punto sigue interno, así mismo se le permite salir dos días y regresar, al final son tres días y también debe volver, una vez que todo esto haya sucedido, lo más natural posible se procede a dar el alta completa.

### **El alta**

Desde la RAE en un punto de vista médico el alta es autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria, este concepto no es muy diferente al del alta en la clínica de rehabilitación.

Llegado cierto momento el paciente ya no tiene que regresar a la clínica a menos que lo desee, la gran diferencia es que la recuperación no termina. Es importante pensar que las ideas de consumo siempre estarán latentes en los pacientes, incluso después de terminar su proceso de rehabilitación y no se alcanza una recuperación, es decir, no va a poder seguir consumiendo porque lo puede llevar a la muerte.

## **Modelo Terapéutico en el Centro de Rehabilitación un Nuevo Amanecer**

El modelo terapéutico en la clínica gira entorno a los privilegios de los pacientes, es decir, que el paciente pierde cualquier privilegio que podía tener afuera como: celular, comunicación, ropa buena, etc. Esto es para hacer una especie de choque con la realidad de su situación, esto es más o menos la filosofía de la clínica sobre cómo tratar a un adicto.

Dentro del modelo terapéutico existen diversas personas con diferentes funciones: los vivenciales, los psicólogos y los encargados de la parte médica, un doctor y una enfermera. Estos tres cuerpos trabajan ambivalentemente, esto es, trabajan por separado, pero al final todos se unen en cierto punto buscando la recuperación.

Los vivenciales son personas que lograron recuperarse y dedicaron su vida a impartir conocimiento sobre la recuperación, pero es importante recalcar que esta parte de la clínica usa únicamente sus experiencias para ayudar a las demás personas. Los psicólogos manejan su propia orientación y método siempre y cuando se respeten los lineamientos de la clínica ya antes establecidos. Cada psicólogo también tiene su propio espacio para llevar a cabo las sesiones individuales, así como también hay un espacio para las terapias grupales.

### **Terapias grupales**

Parte del tratamiento para la recuperación son las ya mencionadas terapias grupales, estas están a cargo de la parte vivencial de la clínica, son terapias de 12 o 14 horas donde los pacientes escuchan vivencias ajenas y comparten las suyas con el fin de que los demás se identifiquen y entre todos puedan darse consejos. Sin embargo, las terapias grupales pueden tornarse conflictivas en el momento en que un paciente empieza a tener conductas autodestructivas, pero en general con el cuerpo de psicólogos se logra que el paciente entienda la finalidad de una terapia grupal.

### **Sesiones individuales**

Siguiendo el protocolo se exige a cada psicólogo atender a todos sus pacientes al menos una vez por semana entre un tiempo de 40 a 60 minutos de acuerdo con el caso. Con los resultados de las pruebas se maneja la terapia y cada profesional lleva

su método terapéutico de una manera libre. Todo lo recogido de las sesiones individuales permite llenar una carpeta de atención psicológica para cada paciente que debe tener lo siguiente:

- Antecedentes familiares
- Genograma
- Historia de consumo
- Diagnóstico presuntivo
- Registro de cada sesión con nombre, fecha, hora y firma del psicólogo
- Anexos: todas las pruebas aplicadas con su respectiva interpretación

Esta información puede ser recogida tanto del paciente como de la familia misma, porque es importante también mencionar que parte de las funciones del psicólogo es hablar con la familia de los pacientes para tener un abanico más grande de información del paciente.

## **Conceptos claves**

### **Función materna**

La función materna, representado como DM y es uno de los matemas más importantes para el psicoanálisis, sin dejar de lado el Nombre del Padre, la función materna también cumple un rol muy importante en la construcción psíquica del sujeto. Siguiendo a Winnicott, el rol de la madre se basa en dar significantes y herramientas para que el sujeto construya su propia imagen del mundo exterior. El niño pasa de un estado de dependencia absoluta hasta llegar a su independencia, parte del éxito de esa trayectoria es la correcta operación de la función materna.

Pero la madre puede ser peligrosa si no hay un regulador de goce, un Nombre del Padre. Esto es el complejo de Edipo acuñado por Freud, el mismo que se basa en la tragedia griega de Edipo rey, donde Edipo mata al padre y se enamora de su madre.

Freud usa esto como metáfora para graficar la dramática ruptura entre la madre y su hijo, separación que va a ser propiciada por el padre. Es entonces el padre quien va a dibujar la línea entre el hijo y la madre, es el padre el que va a advertir al hijo que hay muchas mujeres afuera y que no puede estar con su madre, aquí surge la caída del objeto a, al separarse de este otro primordial y el sujeto va a quedar así en falta por lo que siga su vida. Es la misma falta lo que lo va a impulsar el resto de su historia a tratar de llenar ese vacío con objetos a, encontrados en el camino. Lo interesante es que para ningún sujeto va a ser suficientemente completo ninguno de estos objetos, porque el objeto a en realidad nunca estuvo allí. La separación del hijo con la madre trae también la instauración de la ley paterna y se inmiscuye también en el lenguaje, es en este punto cuando se empieza a construir la subjetividad del sujeto, siempre y cuando se desligue del deseo devorador de su madre.

En un contexto socio-económico bajo, es muy común que la figura de Nombre del Padre esté ausente por lo que la operación del Edipo se va a ver truncada por el goce devorador desmedido de la madre. Esto no se traduce inmediatamente en la subjetividad del sujeto, es una marca que queda en el psiquismo de la persona y cuando esta tenga los recursos necesarios para significar la ausencia del Nombre del Padre, van a surgir ciertos síntomas, sobre todo en la adolescencia, que es cuando ocurre la resignificación de los ideales de la persona.

La adicción a las drogas es uno de los recursos evitativos más usados por los sujetos neuróticos cuando hay un nivel de angustia que no se puede simbolizar, el sujeto usa el toxico como una salida de esta angustia invasiva. Si algo hay en común entre los toxicómanos es un incorrecto desarrollo del núcleo familiar, donde muchas veces hay la ausencia del padre y más bien lo que hay en demasía personas cumpliendo con la función materna sin el corte ni límites propias de la función paterna, lo cual hace pensar en el concepto de “co-adictos” que se maneja en las clínicas de rehabilitación como esto: personas que cumplen la función materna sin el límite de su contraparte paterna para hacer corte y limitar, con lo cual se sumerge al sujeto en este deseo materno y da como resultado que quede envuelto en un estrago materno enorme.

## **Nombre del padre**

Para empezar, es importante mencionar algo que aún no se ha mencionado y que se debe mencionar, el hecho que tanto el matema DM (Función Materna) y NP (Nombre del Padre) no necesariamente deben ser ejercidos esencialmente por los padres biológicos, si no que personas terceras pueden ejercer estos matemas para el desarrollo del sujeto. Si existe una mujer con un deseo de ser madre y también existe un padre que ejerza la ley paterna pueden criar un sujeto que no sea consanguíneo.

Es muy común escuchar a adictos decir “odio que me digan que hacer” o “a mí nadie me manda”, esto es un buen ejemplo de la no operación del Nombre del Padre. Algo parecido sucede en la psicosis cuando cae el significante del Nombre del Padre, con la diferencia que los adictos no han caído por completo el Nombre del Padre si no que hay una especie de negación hacia la ley paterna y por ende hacia cualquier ley que se le imponga.

En un punto todo esto explota y la angustia es tanta que el sujeto busca una salida lo más rápida posible, el toxico, componente que saca al sujeto de su realidad angustiada y lo sumerge en una realidad irreal, pero “más soportable”.

Lo que Lacan llamó “forclusión” es la traducción de un término en francés para hacer alusión a la caída de un matema primordial, El Nombre del Padre, cuando este forcluye el sujeto cae en un goce desmedido. La psicosis surge a partir de esto y es interesante pensar que, al igual que en la adicción, el sujeto lo que crea es una realidad totalmente diferente para no tener que vivir en su realidad insostenible con la diferencia que para el psicótico esa es su nueva realidad, certeza, y el adicto usa su toxico para salir de su realidad y entrar en otra.

Hablar de un Nombre del Padre en la adicción puede llevar a pensar que los sujetos adictos son también perversos, y no es así. Laurent en sus Tres observaciones sobre la toxicomanía sostiene:

Es por eso que podemos sostener con mucha seguridad que el toxicómano no es un perverso. No es un perverso porque la perversión supone el uso del fantasma. La perversión supone un uso muy específico del fantasma. Mientras que la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma, ella no toma sus caminos complicados del fantasma (Laurent, 1988, p.3).

El toxicómano busca gozar sin hacerle caso a lo que el fantasma le diga, encontró en el toxico aquello que lo hace gozar y que no tiene que pasar por las complicidades que nos otorga el fantasma.

### **Trauma**

La palabra trauma no tiene únicamente un significado negativo, si bien es cierto dicho término puede traer a la mente un evento que produce algún tipo de herida que lastima, entre otros; pero hay definiciones muy interesantes sobre este mismo concepto como travesía, trayecto. Se lo plantea como preámbulo ya que el trauma dentro del psicoanálisis no es únicamente una herida, pasa por un proceso y también tiene un trayecto. El trauma como definición tiene dos momentos: el primero que se origina en los primeros años de vida, como un primer momento en que no tiene los significantes necesarios para ponerle un nombre a la escena traumática, y luego del paso del tiempo va cobrando un nuevo estatuto, donde se cuenta con los significantes necesarios para nombrarlos. Así mismo el proceso traumático va a permitir de alguna u otra manera el problema que tiene la estructura psíquica para simbolizarlos, tiene los significantes siguiendo la línea de tiempo que planteamos anteriormente, sin embargo, no se simbolizan lo que da a lugar que de manera inconsciente se produzcan ciertas defensas.

¿Por qué viene todo esto aquí?, pues bien, estas escenas traumáticas para el sujeto son en la mayoría de los casos la génesis de la primera vez de consumo. Cuando estos sujetos no saben cómo afrontar eventos pasados, cuando tienen una carga negativa en ellos, los pacientes no usan el diálogo como un método de desplazamiento, son totalmente evitativos a temas que lo consideran como “fondo”, que son situaciones que han pasado, hecho, les han hecho; antes o durante su consumo. Es muy importante resaltar el caso a caso de cada persona, los internos tienen su antecedente personal en donde el trauma no se ve a simple vista.

El evento traumático es de lo que menos quieren hablar y es lo que más se trabaja en un conjunto interdisciplinario. Hay que recordar que el trauma siempre va a tener una interacción de lo externo y lo interno que va a ir variando, dependiendo de cada uno, esta no se concibe sin esta interacción interno- externo. Por lo que entra contexto, social y familiar resaltando que lo traumático es un resultado de un Inter juego entre lo fálico y la vivencia de cada sujeto.

### **Falla en el síntoma**

En las adicciones no vemos al síntoma metaforizado corporalmente como un deseo reprimido. Es una conducta realizada por el sujeto, conducta que está fuera del cuerpo. (Valderrama, 2015, pág. 8). Debido a esto se habla de una falla en el síntoma ya que nos abre un camino en el cual el sujeto; al no saber que hacer busque una respuesta inmediata lo cual le da las sustancias toxicas, como resultado de la incapacidad de hacer real la palabra, el abuso de sustancia es una “palabra muda” para ellos donde no puede mencionar ni si quiera el motivo de su consumo, la palabra no tiene ningún tipo de validez en estos sujetos. El síntoma no está totalmente estructurado o no logra ser tramitado lo que da como resultado pasar a la actuación del uso de sustancia toxicas. Los pacientes dentro del centro tienden a buscar ese algo ante su carencia de ser que se siente totalmente atemorizado ante las demandas del Otro. Pero no encuentra las palabras para mencionarlo, por lo que las drogas están presentes en ellos para alejarlos de la realidad en la que se encuentran ya que les ofrece otra totalmente distinta. Por ende, las respuestas más evidentes y común en los pacientes son “las drogas me gustan”, “me gusta como soy cuando consumo”, entre otros. Es esa la otra realidad que ellos evidencian lo que confunden o asocian con gusto a únicamente la sustancia.

### **Goce**

El goce es un término muy utilizado dentro de nuestra rama y es vista o definida como un consecuente del significante que de alguna u otra manera va a operar en el cuerpo, esta operación se da al nivel simbólico y será siempre parcial; con lo cual el significante elabora un efecto muy particular en el cuerpo, que llega a producir una satisfacción.

En los años sesenta se realiza una separación, es decir ya no se ve al goce referente al plano sexual, aquí ya se hará una contradicción entre goce y placer Evans sostiene que:

La oposición clásica entre goce y placer funciona como un límite de goce, esta es una ley que le ordena al sujeto a gozar lo menos posible, al mismo tiempo el sujeto intenta transgredir las prohibiciones impuestas por su goce e ir más allá del principio de placer lo que da como resultado dolor, puesto que el sujeto solo puede soportar una cierta cantidad de placer, se convierte en un placer doloroso. (Evans, 1997, pág. 103)

Dentro de la adicción no se puede situar al goce dentro por el lado del falo, es muy particular ya que es la única manera en la que el sujeto tener una satisfacción sin la necesidad de pasar por el Otro ni por el goce fálico. En los sujetos toxicómanos renuncian o se rehúsan que este goce de su propio cuerpo sea metaforizado por el goce del Otro.

### **Toxicomanía**

Toxicomanía es una palabra compuesta, “toxico” y “manía”, si hablamos de la primera hace referencia a una sustancia o elemento que repercute negativamente en la vida. Por otro lado, tenemos la palabra “manía” que en términos generales se lo ha asociado a “locura” y la RAE nos menciona que es una preocupación caprichosa por un tema u objeto en específico. Entonces por lógica se puede concluir que la toxicomanía es un estado de preocupación caprichosa delirante por el toxico.

Pero desde un punto de vista psicoanalítico la manía surge a partir del proceso del duelo, pasando por la melancolía y al final la manía. El duelo es el proceso donde el sujeto pierde en lo real el objeto amado y en este proceso el sujeto se exime del mundo exterior y de cualquier estímulo que le recuerde al objeto amado ya perdido, el sujeto usa toda su carga libidinal buscando otros objetos que no le recuerden al objeto primordial. El duelo no es patológico si no que va a ayudar al sujeto a conservar ese

objeto perdido en su realidad, pero investido con una carga libidinal renovada. Para que esto pase el sujeto debe pasar por la melancolía que es donde aceptar que tiene la culpa, a diferencia del duelo, la melancolía no va a usar la energía libidinal para evitar el objeto, si no, que va a usarse para desligar la carga libidinal del objeto perdido y hacer una regresión hacia las identificaciones primarias del Yo y mediante esas identificaciones investir a un nuevo objeto de la carga libidinal antes sustraída del objeto perdido. La manía puede sonar paralela a la melancolía con la diferencia que el sujeto en su etapa melancólica se sentía derrotado por el desprendimiento libidinal con su objeto primordial, en la manía el sujeto celebra su investidura libidinal al nuevo objeto amado.

Entendiendo la manía se puede entender un poco mejor como las personas se hacen toxicómanas. En la gran mayoría de casos los sujetos toxicómanos han pasado por duelos a lo largo de su vida y el toxico es la salida que le encuentran a esa angustia. El toxico pasa a ser el nuevo objeto amado y le facilita mucho las cosas al sujeto ya que evita muchos procesos angustiosos propios del fantasma. En la toxicomanía no hay la operación del Nombre del Padre, pero no está dentro del campo de la psicosis, tampoco dentro del de la perversión porque el toxicómano evita lo complejo del fantasma, encuentra una salida rápida. El toxicómano es entonces un sujeto que en su regresión hacia lo primario del Yo encontró en el toxico donde depositar su carga libidinal.

### **Rol de la familia en las adicciones**

Es de conocimiento general el hecho de que la familia representa algo importantísimo en la vida de cada sujeto, puesto que es el primer acercamiento social. Es la primera vez que un infante ve a otras personas y estas personas son las que van a propiciar muchos deseos y metas en el sujeto. Es muy común que dentro de la familia de un adicto se empiecen a suscitar conducta y hechos conflictivos y aquí nace un término muy importante que es la codependencia, es cuando la familia del adicto se adaptó al comportamiento del adicto y empieza a justificar su conducta.

Hasta aquí el rol de la familia ha operado de la mejor manera, empero, sucede que a veces la familia puede llegar a ser mortífera para un sujeto y llevar al sujeto a un consumo de drogas. Un ejemplo muy común es la familia facilitadora, donde el sujeto

nunca tuvo una responsabilidad de ningún tipo, si no, todo lo tuvo de manera rápida y sin cuestionamiento por medio de sus padres. En un principio esto no parece un problema, pero a medida que el sujeto crece y se enfrenta más al real de la vida se va a dar cuenta que, además de sus padres, nadie más le va a dar todo fácil y no pueden hacer con la carga de esta angustia y lo llevan a una adicción. Al final al sujeto ya adicto le nace una necesidad de buscar un culpable de su situación y en la gran mayoría de casos esa culpabilidad, según el sujeto, recae sobre la familia.

El toxicómano una vez ingresado para llevar a cabo un proceso de rehabilitación después de un tiempo de terapia psicológica logra hacer conciencia sobre su conducta hacia su familia y está dispuesto a cambiar. Haciendo honor al título de la investigación se va a hablar ahora de la familia en el proceso de reinserción social. Es aquí donde yace uno de los obstáculos más grandes de la recuperación, sucede que el adicto logro entender su problemática y su condición de adicto, pero la familia nunca tuvo una educación sobre la realidad de una adicción. Esto de deviene primero que nada de la premisa cultural de que el adicto es el del problema y los demás integrantes de su círculo de eximen de cualquier responsabilidad. Aquí empiezan a surgir los problemas porque no saben lo que sucede en realidad con su hijo, sobrino, nieto etc. Este desconocimiento lleva muchas veces a situaciones conflictivas con el sujeto y nuevamente surge en el sujeto una angustia que no puede aguantar y recae. Entonces la premisa parece ser muy clara, se busca cambiar al adicto y se deja de lado un pilar fundamental, la familia.

Una conclusión a la que hemos llegado es que tanto el adicto como la familia responsable de él deben tener acceso a información sobre las adicciones y naturalmente terapia también psicológica por todo lo que ha pasado. Es importante pensar que el sujeto que ingreso a rehabilitación logro despojarse de la gran mayoría de complejos o pensamientos destructivos, sin embargo, los familiares aun llevan esa carga y al final el trabajo del paciente no va a ser fructífero si la misma familia no entiende su condición.

## **CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA**

### **Enfoque**

El enfoque en el que se va a desarrollar esta sistematización de la práctica será el cualitativo. El desarrollo del tema va a recoger un sin número de hipótesis por lo que va a dar diferentes interrogantes, lo cual dio como resultado las preguntas de investigación en las que se irá desarrollando la sustentación y tendrá una dinámica entre los hechos o marco teórico y la interpretación de cada uno.

Este tema no va a tener un solo sentido ya que lo que se busca es contrarrestar la experiencia dentro de los meses de práctica y la teoría que hemos adquirido y las investigaciones que se realizarán por lo que en algunos momentos se tendrá que regresar a etapas previas.

Este enfoque es el que más se ajusta a nuestro propósito ya que no se basará en datos determinados o estadísticamente estandarizados, lo que se desea obtener es diferentes puntos de vista, perspectivas, experiencias y opiniones con la consulta de varios sujetos con las herramientas necesarias para poder trabajar de manera dinámica con la teoría.

### **Población**

Dentro del Centro de Rehabilitación un Nuevo Amanecer, están internos alrededor de 75 internos; de los cuales están los 3 psicólogos encargados en el cual 1 está en proceso de recuperación por más de diez años. Nuestro tutor de destino tiene 24 pacientes, que son los internos a los cuales tenemos mayor accesibilidad de poder aplicarle las diferentes herramientas para recopilar información.

Estos pacientes cumplen con los requisitos necesarios que da enriquecimiento a la sustentación:

Están dentro de los 21 hasta los 30 años, por lo que no nos vamos a centrar solo en “adolescentes” o “adultos”, sino que se tendrá una perspectiva panorámica y abarcará el tema central del trabajo de sistematización.

Son consumidores que es el común denominador que tienen todas estas personas, por lo que tendremos puntos de vistas de un adulto joven hasta de un adulto, lo cual hace que tenga una noción un poco más abierta de la situación.

Dentro de la población están algunos sujetos que han recaído, es su primera vez internos o que vienen de otros centros; lo que hace mas enriquecedora la muestra, porque son diferentes puntos de vista de distintas experiencias vividas.

## **Muestra**

La muestra en esta investigación va a ser de corte cualitativo, también llamado no probabilística. Es un tipo de muestra donde la selección de procedimientos va a depender del juicio del investigador y lo que le convenga a la investigación.

Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Hernández, 2014, p.176)

Se entiende entonces que la muestra no va a ser mediante una fórmula ni tampoco va a ser exacta, va a depender plenamente de lo que necesite la investigación y el/los investigadores. En este caso se va a tener una muestra total de 22 personas, conformadas por 16 pacientes y 6 trabajadores del centro de rehabilitación. Los mismos realizarán los cuestionarios y posteriormente, con una selección previa de personas, se procederá a las entrevistas.

## **Instrumentos de recolección de datos**

Los datos que se van a usar para desarrollar la investigación se van a tomar de los instrumentos aplicados al centro de rehabilitación “UNA”, en este caso serán cuestionarios y entrevistas, que serán aplicados al personal del centro. Los instrumentos son de suma importancia según Hernández: “En este proceso, el instrumento de medición o de recolección de datos tiene un papel central. Sin él, no hay observaciones” (Hernández, 2014, p. 199). Es lógico pensar que mediante una pregunta o en el transcurso de una entrevista puedan surgir datos importantes que sirvan para sustentar la investigación.

Es complicado pensar datos abstractos como medibles, pero si se puede hacer una especie de común denominador sobre los temas de importancia para la investigación.

### **Cuestionarios**

Los cuestionarios son un grupo de preguntas en formato de prueba que el sujeto debe responder. Las preguntas van a nacer a partir de lo que se quiera investigar, es decir, las preguntas deben tener relación directa con el tema puesto que serán el sustento de la investigación. Los sujetos deben ser personas relacionadas con el tema, en este caso, el personal del centro de rehabilitación.

Se van a crear cuestionarios con reactivos que inciten el tema a tratar, en este caso la parte final de un proceso de rehabilitación. Estas preguntas serán en su mayoría de reactivos y una de opinión, con en el fin de no dejar de lado la parte subjetiva de la persona.

### **Entrevistas**

“Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad” (Hernández, 2014, p.403). En este caso el objeto de estudio es bastante abstracto, por lo que una/s entrevistas semiestructuradas serian de crucial ayuda para el desarrollo del trabajo.

Es importante también tener claro el significado de una entrevista semiestructurada, es un ambiente que no es plenamente controlado por el entrevistador, existe una pauta, pero en pro de la entrevista se pueden agregar preguntas para profundizar ciertos temas, todo esto a cargo del entrevistador.

### **Forma de procesamiento de la información.**

En lo que respecta al procesamiento de información se va a hacer en dos niveles, en análisis de los cuestionarios y por otro lado el análisis de las entrevistas. En primer lugar, los cuestionarios objetivos y de reactivos, van a ser aplicados a los sujetos de manera anónima, la información pasara a ser tabulada y graficada en un gráfico de

pastel con porcentajes. Estos gráficos ayudaran a ver de otra manera la información que se quiso recolectar y esta información va a ayudar a seleccionar los temas a tratar en las entrevistas, además los gráficos van a proporcionar el número de pacientes recaídos y los que es su primera vez.

La entrevistar al momento de ser aplicadas, bajo previa aprobación del sujeto, van a ser grabadas en voz para su posterior transcripción. Luego de esto se van a seleccionar temas comunes que surgieron en las entrevistas, como ya se mencionó había una serie de preguntas base sin embargo a lo largo de la entrevista surgieron más para enriquecer la entrevista. Con los temas seleccionados se van a analizar cada uno con los distintos dichos de los pacientes y hacer una correlación de esta información, esto va a brindar a la entrevista la parte subjetiva de la persona que no se la puede dejar de lado.

## **CAPITULO III: MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN**

### **Etapa de exploración**

En primer lugar, después de unos meses de estar realizando las practicas dentro del centro de rehabilitación y con la debida construcción del ante proyecto que se fue estructurando el semestre anterior se hizo una serie de modificaciones por lo cual la elección del tema fue uno de los cambios radicales ya que se tenía en planes otro tema.

Se inicio esta etapa de exploración donde se tuvo diferentes conversaciones con los directivos con respecto a las problemáticas más comunes que se identifican con respecto a las adicciones, se conversó tanto con el psicólogo tutor, el director y diferentes coordinadores quienes cuentan con años trabajando dentro de esta área. Esta etapa de exploración por lo menos se llevó a cabo desde junio del 2021 hasta finales de julio del 2021 donde se podría identificar si se cuenta con los recursos necesarios para llevar la sistematización de la práctica. La participación de terapias grupales, y las sesiones individuales fueron de vital importancia para que así poder delimitar el tema con la población adecuada.

Se contó con el apoyo y previos permisos de todos los directivos, así como la apertura a extender ciertos horarios de la práctica para así poder recoger la mayor cantidad de información y así poder identificar el tema central en el que se iba a enfocar el trabajo.

### **Recolección de antecedentes**

Una vez que se delimitó el tema central en el que se iba a desarrollar, se modificó totalmente el anteproyecto que previamente se estaba realizando con otra problemática. Se prosiguió a la búsqueda de antecedentes con respecto al tema escogido para poder hacer un contraste de información y tener otra mirada, pero desde otras fuentes. Así también para poder conocer si se cuenta con la suficiente sustentación teórica que será necesario. Para esto se tuvo varias reuniones con el psicólogo a cargo que; como experto en este tema pudo facilitar tesis, trabajos de investigación, libros, revistas, entre otros autores que hablan sobre la problemática en

general. El problema que se manifestó en este punto es que no se encontraba exactamente algún tipo de trabajo realizado con las variables que se tomará en cuenta para el desarrollo del trabajo nuestra variable central son “las expectativas de los adictos al proceso de reinserción social”.

Tomando en cuenta que es una variable muy subjetiva no había trabajos científicos que permita tener otra mirada. Por lo que se notificó al tutor de prácticas y al psicólogo a cargo de nuestras prácticas por lo que dieron sugerencias y dieron otro tipo de camino para poder llegar al objetivo planteado anteriormente. No hay muchos trabajos de investigación sobre la reinserción social, es decir cómo se lleva a cabo, los factores de riesgos, los agentes que están involucrados, entre otros factores. Los trabajos de investigación más enfocados en este tipo de tema son en España por lo que se tomó en cuenta este tipo de trabajos para poder encaminar el desarrollo del trabajo.

### **Identificación de conceptos claves o marco teórico**

En este punto el problema que se presentó es que se tenía todo muy disperso, se tenía los objetivos sin embargo al momento de identificar los conceptos claves que se desarrollaran en el marco teórico teníamos el inconveniente de que eran muchos conceptos y muy extenso algunos responden las preguntas y cumplían con los objetivos planteados; sin embargo, no existía algún tipo de límite y con tanta información de la experiencia que se está llevando a cabo era difícil concitar. Para esto se obtuvo ayuda de los tutores tanto académicos como de prácticas por lo que mediante reuniones ya sean digitales o personales ayudaron a orientar y no abarcar temas que no tenían mucha relación a los objetivos. Esta parte tuvo un sin número de modificaciones ya que a medida que se iba desarrollando cada concepto traía consigo otro aspecto relevante que se debería considerar, así mismo con las lecturas de diferentes autores existían ideas que estaban consideradas en primer plano, pero al momento de desarrollarlo no existía una relación tan impactante como se tenía pensado por lo que así mismo muchos tópicos fueron añadidos y otros descartados.

Estuvo en constante modificación con las debidas reuniones con el tutor académico y que el tutor de prácticas también facilitaba material que es de valor importancia. El psicólogo a cargo de nuestra labor orientó con las ideas claves que se deben considerar sobre el centro de rehabilitación sobre la metodología, su enfoque, objetivo,

misión, visión lo que facilitó el trabajo.

### **Selección de herramientas de investigación**

En esta etapa se tenía una idea de las herramientas que se debería tener en cuenta y que aporten con la investigación tomando en cuenta que este trabajo se va a centrar en la experiencia de practica y que la apreciación de cada uno de los involucrados es importante para contrastar la teoría que anteriormente se fue desarrollando se tomó en cuenta que la entrevista y el cuestionario son las herramientas más viables para poder detectar aspectos relevantes para este tipo de trabajo, se trató de buscar otro tipo de herramienta como un focus group pero se tenía ciertos inconvenientes con respecto al tiempo porque los pacientes internos deben cumplir con un horario de terapias vivenciales, grupales entonces era complejo llevar a cabo ese tipo de herramienta y se descartó una vez identificado los contra. Por lo que se prosiguió a la construcción del cuestionario y entrevista.

### **Delimitación de la población**

Desde que se iniciaron las prácticas pre-profesionales se tuvo a disposición de cada uno aproximadamente entre 8 y 10 pacientes a cargo de cada uno, por lo que los casos se los atendía de manera personal e individual. Pero se determinó que los pacientes de cada uno no era lo bastante amplio para poder abarcar el tema central. Se tuvo varias conversaciones con el psicólogo a cargo y se solicitó los respectivos permisos que no hubo la necesidad de hacer algún tipo de trámite o solicitud firmada con los directivos para poder tener la aprobación de extender la población que se tenía pautado desde un inicio.

Por lo que después de lo mencionado anteriormente se tuvo a disposición los 75 pacientes que están internos y se encuentran dentro de proceso, una vez extendido el número de la población se tuvo otras conversaciones con el director técnico que se tuvo que delimitar a quienes son los usuarios que se tomará en cuenta para la proceder con los cuestionarios y entrevistas. Según nuestro objetivo era necesario obtener de las entrevistas perspectivas de adictos en diferentes etapas de su proceso o rehabilitación por lo que la lista de internos no cumplía totalmente con esas características por lo que se tuvo que extender no solo a los pacientes sino a los trabajadores, coordinadores y psicólogos que también han tenido su proceso de

rehabilitación años anteriores lo cual se consultó con cada uno de ellos para poder usar su experiencia vivencial para uso académico por lo que aceptaron inmediatamente. La única condición que determinaron todos los involucrados es que se mantenga su anonimato al escuchar su experiencia y punto de vista.

Como ahora se tiene una población considerable comenzamos a discernir de acuerdo con las necesidades de cumplir con los objetivos y poder obtener la información adecuada, por lo que se determinó una población de 22 que es con quien se trabajará y se realizará las herramientas investigativas necesarias que son los que están derivados a nuestro tutor de destino.

### **Delimitación de la muestra**

Tomando en cuenta las lecturas anteriores la muestra que se va a extraer de la población establecida no se delimitará mediante una fórmula debido a que el número de la población es pequeña. Esta muestra se establecerá a medida que vayan respondiendo y cumpliendo los objetivos que ya están corregidos, se estableció trabajar con los pacientes del tutor de destino. La muestra se va a mantener en el mismo número de involucrados lo que es necesario ya que es el número adecuado que considerablemente aportaran información relevante al trabajo de sistematización.

No se tomará en cuenta todos los pacientes del tutor de destino, sino que se ira descartando de acuerdo con el objetivo establecido y también como se mencionó anteriormente se va a involucrar a trabajadores y coordinadores cuya experiencia de la recuperación tienen años llevándolo a cabo.

### **Construcción de cuestionario y entrevista**

La construcción del cuestionario fue lo primero que se desarrolló para lo cual se usaron la cantidad total de pacientes, en primera instancia para separar dos grupos, los no recaídos y los recaídos. Pero también va a aportar información objetiva para la realización de las entrevistas, ya que las preguntas de reactivo van a arrojar porcentajes sobre ciertos temas de interés para investigación. Es un cuestionario de 9 preguntas, 8 de reactivos y 1 donde tenían que escribir.

Para las entrevistas se va a hacer una selección previa de pacientes, entre los que cuentan recaídos, no recaídos y recuperados. Se hicieron 4 preguntas base que pretenden hacer surgir los temas que se abordaron en el cuestionario, sin embargo, al ser una entrevista semi estructurada nos abrimos a la posibilidad de hacer más preguntas en el transcurso de la entrevista con el fin de obtener más información sobre el tema a tratar.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

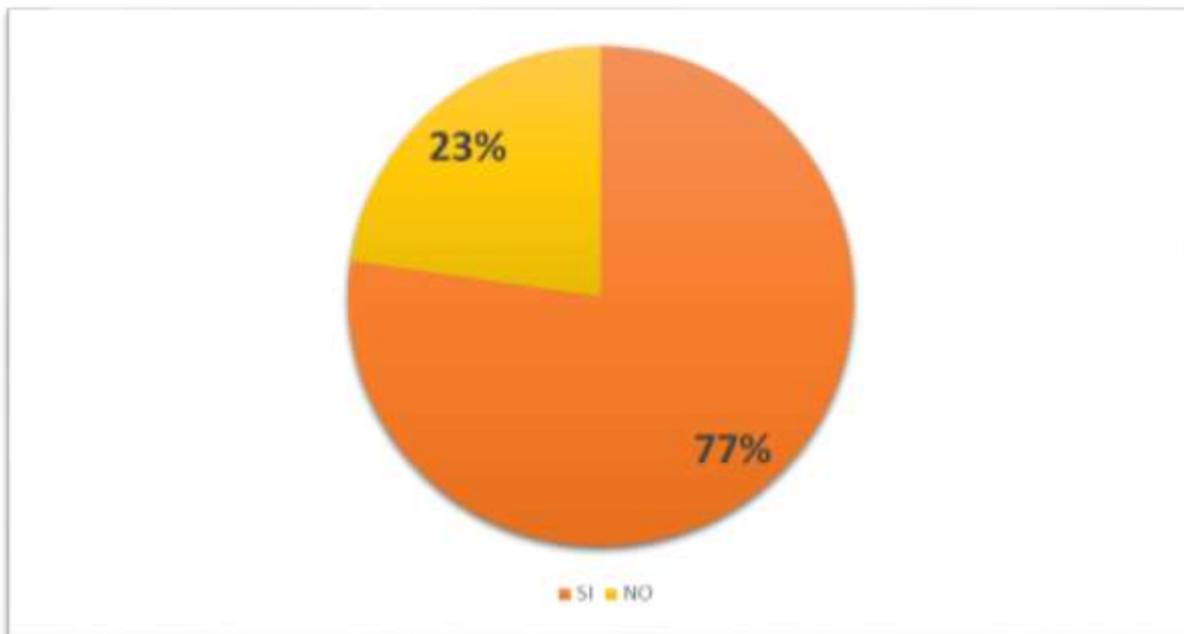
### Cuestionarios

Los cuestionarios fueron tomados de manera presencial y personal, se citó a cada uno de los seleccionados para poder realizar pregunta por pregunta y que contesten con sinceridad, se les resalto que su respuesta es totalmente anónima respetando su privacidad y que esta información será utilizada únicamente con interés académico. En total fueron encuestados 22 personas entre 22 años y 35 aproximadamente, 13 de ellos han sufrido algún tipo de recaída, 9 están pasando por su primer proceso de recuperación y dentro de este grupo también están tomados en cuenta 3 rehabilitados que tienen más de 10 años en recuperación. A continuación, se detallará los resultados con su respectivo análisis.

### Análisis de cuestionarios:

#### 1. ¿Piensa usted que la recuperación total es imposible?

Si	17
No	5

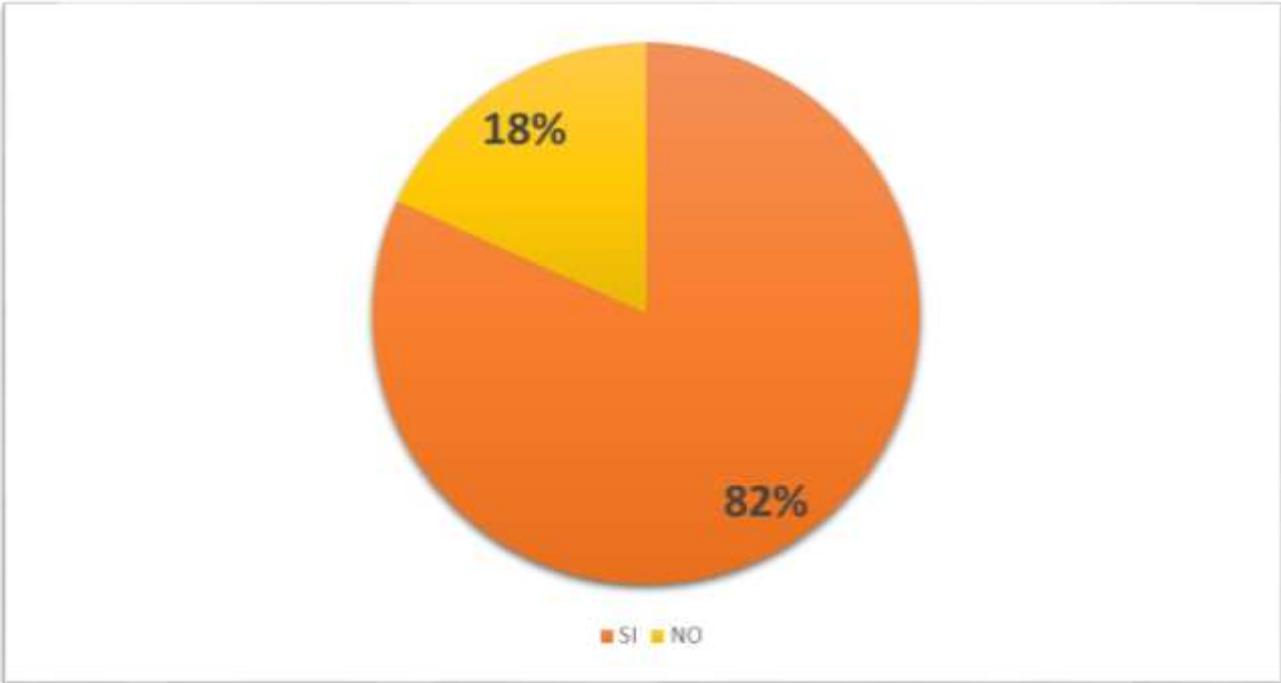


De los 22 encuestados 17 de ellos creen que existe una recuperación total lo que representa el 77% de nuestra muestra. Muchos de ellos se basan en que para llegar a una total recuperación se necesita constancia, determinación y compromiso hacia el programa de Narcóticos Anónimos.

Por otra parte 5 encuestados dijeron que no existe la recuperación total que representa el 22% de la muestra, ellos resaltan que no existe algo total y absoluto, que la recuperación se la vive día a día, que siempre habrá factores de riesgos y que al hablar de “recuperación total” se estarían olvidando de su condición de adicto y es algo que puede traer consecuencias negativas.

**2. ¿Piensa que las clínicas de rehabilitación cumplen su función?**

Si	18
No	4

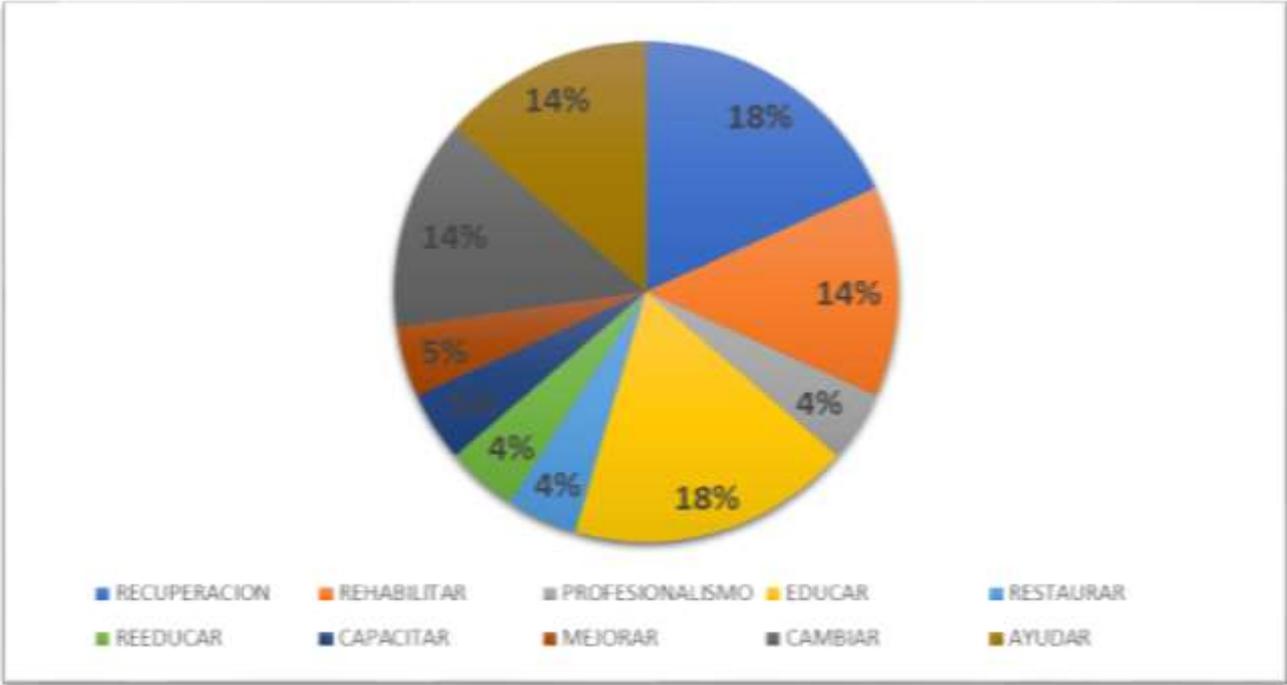


Un total de 18 que respondieron las clínicas o centros de rehabilitaciones si cumplen su función esto representa el 82% de la muestra. La función que destacan es de brindar ayuda terapéutica y servicio de apoyo a cualquier adicto sin juzgar ningún acto,

no mencionan la recuperación como función ya que los centros te brindan las herramientas necesarias pero la rehabilitación va a depender de cada sujeto. El 18% de los encuestados que fueron 4 personas destacaron que no cumplen la función resaltando que existen muchos centros que no cuentan con las herramientas necesarias para llevar un buen programa, otro factor que se destacó aquí es que la mayoría de los centros son privados y que no todos tienen las posibilidades de rehabilitarse.

**3. ¿Cuál considera usted que es la función de las clínicas de rehabilitación?**

Recuperación	4	Reeducar	1
Rehabilitar	3	Capacitar	1
Profesionalismo	1	Mejorar	1
Educar	4	Cambiar	3
Restaurar	1	Ayudar	3

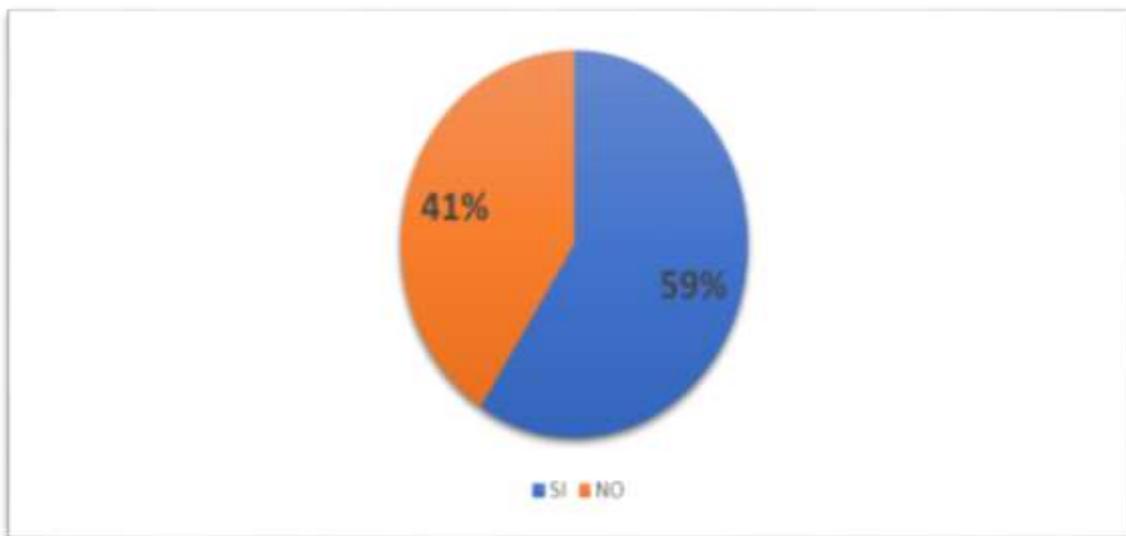


La recuperación y educar fueron dos principales funciones destacadas que el 18% de los involucrados consideran que debería cumplir dentro de los centros de rehabilitación ya que consideran al adicto como persona indisciplinada y la educación

es la mejor herramienta para poder llegar a una recuperación porque deben aprender a vivir con su condición. Por otro lado, el 14% del total afirman que la función principal debería ser ayudar, cambiar, rehabilitar, destacando que la persona que está en adicción lo primero que rechaza es la ayuda de otra persona, ya sea familiar o una tercera y que esto debe ser uno de los ejes que se debería enseñar desde el ingreso que se lo puede ayudar. El cambio si bien es cierto cada persona lo afirma que es depende de cada sujeto es algo que los centros deberían hacerlo con las herramientas necesarias. Hay otras funciones que fueron realizadas como reeducar, capacitar, restaurar, profesionalismo; pero cada una de estas funciones que a su criterio las mencionaron tienen un fin común y es dejar de volver a consumir y volver a patrones conductuales antiguos.

#### 4. ¿Ha sufrido recaídas?

Si	13
No	9

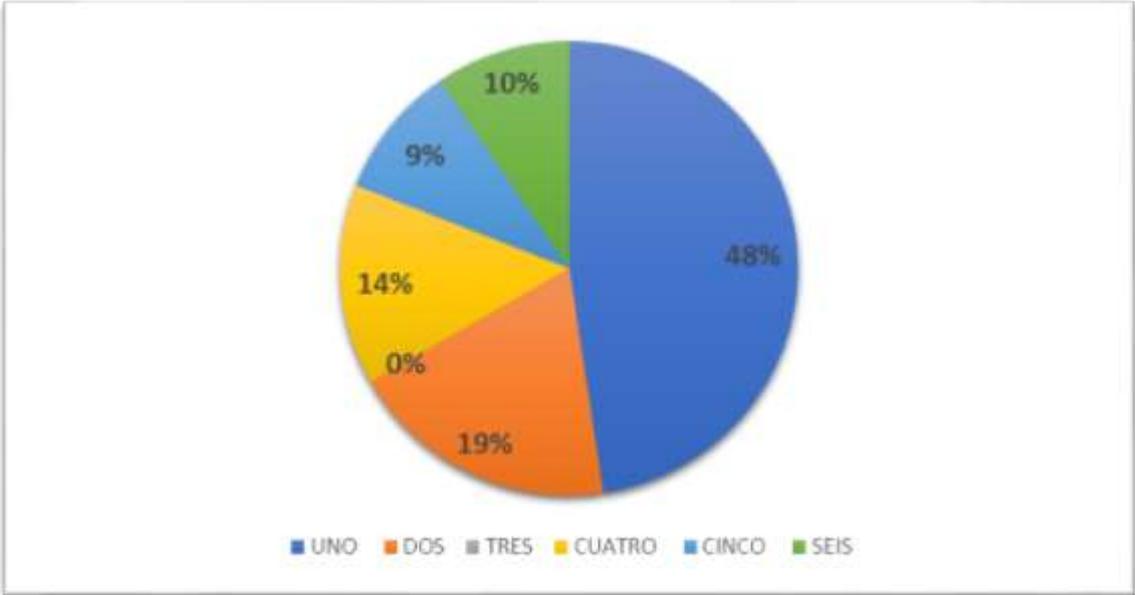


Más de la mitad de los encuestados han sufrido una recaída, un total de 13 participantes que representa el 59% del total afirman que no pueden identificar un solo motivo de su recaída, más bien es la acumulación de muchos factores de riesgos que dentro del programa lo conocen, pero aun así es difícil separarse de ellos. El 41% están dentro de su primer proceso por lo que no han tenido ningún tipo de recaída, pero no descartan que pudieran estar “peligrando” a sufrir una por lo que le dan importancia al acompañamiento familiar y personas que impulsen su recuperación.

Este porcentaje no quieren experimentar ningún tipo de recaída, pero tiene miedo de que al momento del alta no saber que hacer para “proteger su recuperación”.

**5. ¿En cuantos procesos de rehabilitación ha estado?**

Uno	10
Dos	4
Tres	0
Cuatro	3
Cinco	2
Seis	2

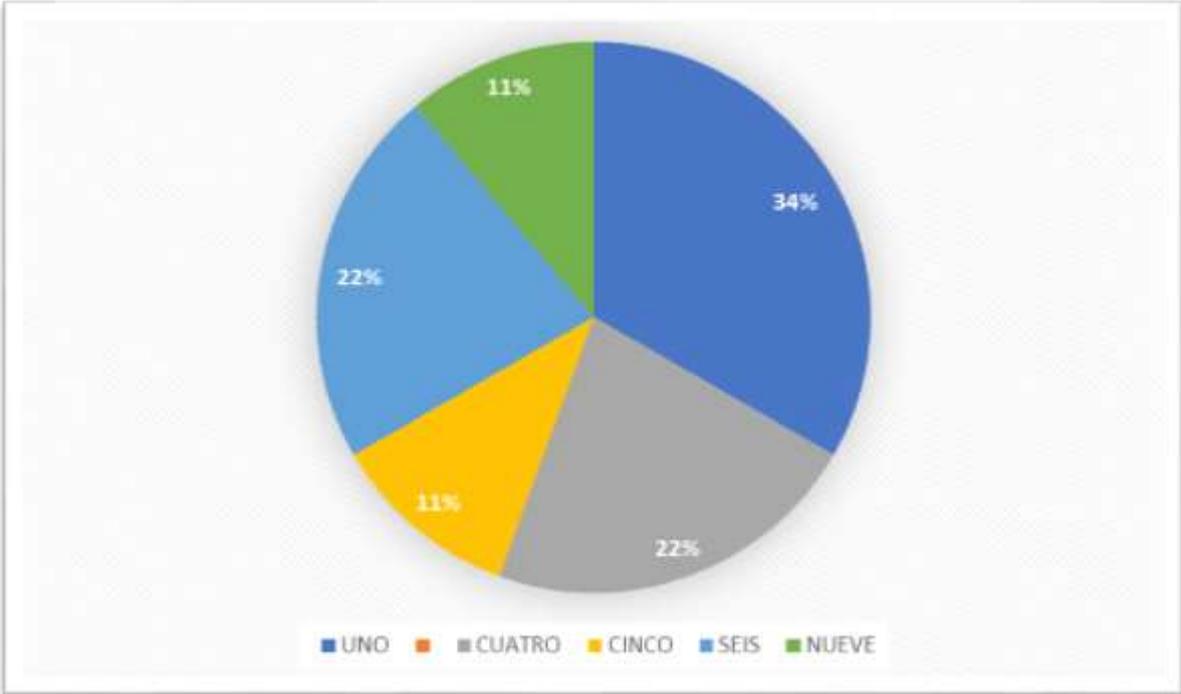


El proceso de rehabilitación por lo general dura entre tres o seis meses depende del caso, el 48% del total de participantes han estado en un proceso, por lo que no ha sufrido ningún tipo de recaída y se encuentran dentro de su reinserción social o próxima a ella por lo cual existen muchos sentimientos sobre este proceso donde podrán ver a su familia. El 19% han estado en dos procesos por lo que ya conocen el programa e identifican que volver recaído a estar interno es una doble carga porque la primera vez sales con altas expectativas del proceso de recuperación, sin embargo, es algo que no se cumplió. Dentro del 14% han estado en cuatro procesos el 9% en cinco y el 10% en seis procesos por lo que aseguran que lo más difícil de llevar a cabo

la rehabilitación es aceptar lo que las demás personas te quieran decir o permitir. El no ser personas que solo evadan y dejar de depender de algo o alguien para que la estabilidad que ellos deseen se mantenga.

**6. ¿Cuántas veces ha recaído?**

Uno	10
Tres	0
Cuatro	3
Cinco	2
Seis	2
Nueve	1



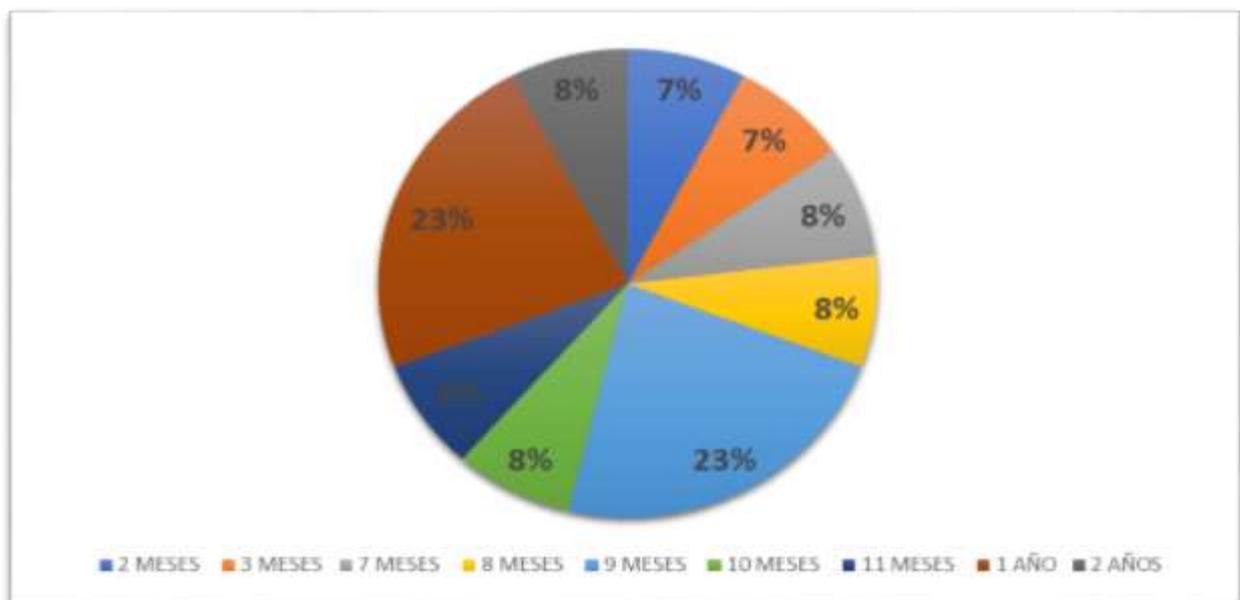
La estadística invita a pensar por un lado la cantidad de personas que están por primera vez en una clínica de rehabilitación. Puede mostrar un indicio de la problemática tan grande que se vive en Ecuador por la adicción a sustancias. Por otro lado, los números bajos respecto a la cantidad de recaídas pueden llevar a pensar que las personas no recaen, empero, la experiencia nos ha hecho entender que, si recaen, pero no vuelven a estar en rehabilitación, a menos que se los interne de manera involuntaria, son muy pocos los que regresan voluntariamente.

Lo anterior mencionado queremos hacer hincapié en lo último, nos hicimos la pregunta de por qué después de una recaída les cuesta tanto venir. En la práctica nos dimos cuenta de que una recaída no solo significa volver a consumir, si no es un bagaje de cosas como por ejemplo vergüenza. Les cuesta mucho saber que en algún momento prometieron algo y no pudieron cumplirlo.

Otro factor muy importante es la cultura en la que nos desarrollamos, aquí la recaída es muy condenada, satanizada, se lo ve como el fondo más profundo que un adicto puede tener, y eso les causa un miedo gigante y muchas veces el mismo miedo a recaer es lo que los lleva allá. Es interesante pensar en países como Estados Unidos, donde se inventó el N/A, una recaída es apoyada y no condenada. Se debe empezar a implementar esa manera de pensar las recaídas, es un momento donde la persona no necesita que le recuerden abruptamente que falló, si no apoyarla y entender que fue lo que lo llevó allá y tratar de solucionarlo.

### 7. ¿Cuánto tiempo ha sido su mayor tiempo sobrio?

2 meses	1	8 meses	1	11 meses	1
3 meses	1	9 meses	3	1 año	3
7 meses	1	10 meses	1	2 años	1

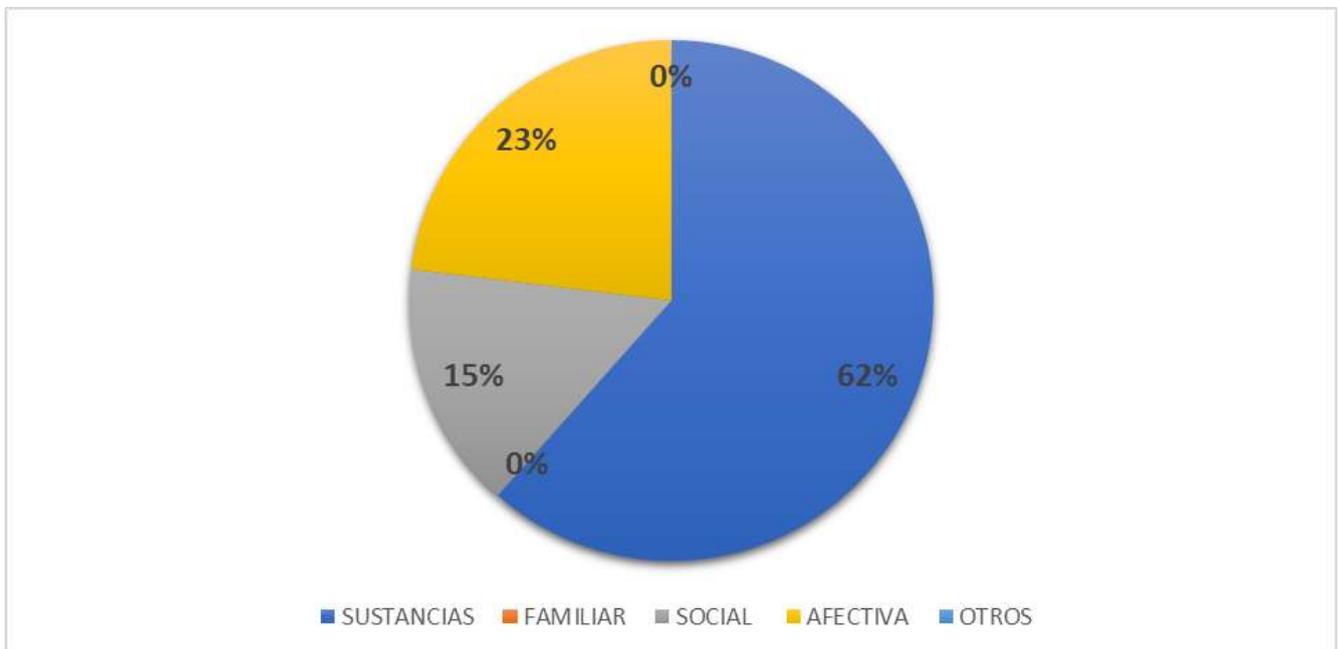


De esta pregunta es interesante el hecho de que los mayores tiempos de sobriedad son los más elegidos, esto indica que si hay un umbral de tiempo donde el sujeto puede estar sobrio, más bien hay un deseo de estar sobrio. Lo importante es determinar qué es lo que trunca este deseo de sobriedad.

Intentando responder la incógnita pensamos que es mismo tiempo el factor determinante, al pasar un prolongado periodo de tiempo la persona tiende a idealizar que está completamente recuperada, y olvida que tiene una enfermedad latente y deja de darle la atención necesaria. Una manera de verlo es como comprar algo nuevo, los primeros días se lo cuida mucho y a medida que pasa el tiempo se lo descuida más y más.

### 8. Bajo su criterio ¿qué tipo de recaída piensa que sufrió?

Sustancias	8
Familiar	0
Social	2
Afectiva	3
Otros	0

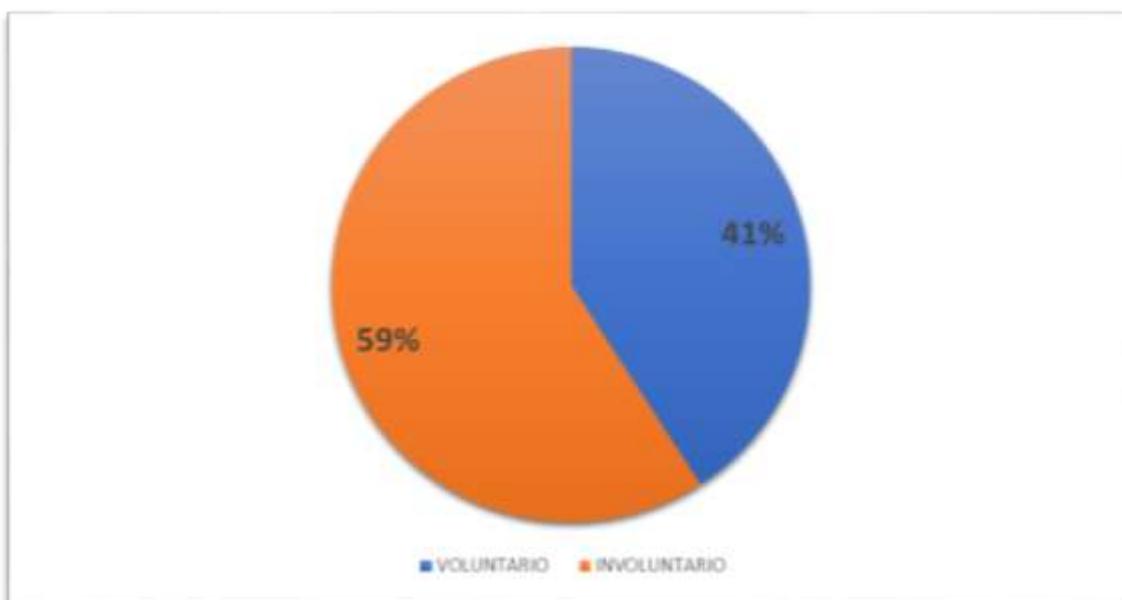


Es importante en esta pregunta entender que hay tipos de recaídas, para algunos pacientes recaer no es volver a consumir necesariamente, puede ser frecuentar

prostitutas o empezar a faltar al trabajo razones para pensar que ha recaído. En esta pregunta se puede observar que la razón más común para una recaída es el volver a consumir o estar cerca de sustancias. Sin embargo, se puede ver que afectiva y social son también elegidas, conversando con los pacientes se descubrió que es muy común que la sociedad empuje a la persona a volver a consumir y por último ciertos afectos no tramitados o evitados pueden desestabilizar a la persona ubicándola en una posición donde debe consumir para seguir evitando algo que lo conmueva.

### 9. ¿Cómo fue ingresado al centro de rehabilitación un nuevo amanecer?

Voluntario	10
involuntario	4



Como es de esperarse la mayoría de los pacientes han sido ingresados de manera involuntaria, pero el índice de personas que van de manera voluntaria es alto. Esto muestra que la problemática del consumo cada día está más en la cabeza de las personas, en épocas anteriores era muy poco común que un adicto tenga acceso a rehabilitación, usualmente quedaban en condición de calle hasta su muerte.

En épocas actuales la información sobre las adicciones es más global y las personas atienden cada vez más sobre la problemática, también indica un avance en lo que respecta a los centros de rehabilitación, era muy común que antes no haya muchos y

si los había la mayoría eran ilegales y sin regulaciones gubernamentales, ahora encontrar un centro de rehabilitación es más fácil, culturalmente cada vez más se está concibiendo a la adicción como una problemática social y se busca solucionar.

## **Entrevistas**

Las entrevistas se generaron a raíz del análisis obtenido de los cuestionarios, Se entrevistó a 6 personas, que estaban dentro de los 22 sujetos que se realizaron las encuestas de los cuales hay recaídos, que están pasando por un primer proceso, personas que aún no tienen el alta y personas que tienen años en recuperación. Los sujetos llamados para la entrevista son los que en la experiencia de cada uno puede aportar con información relevante desde su punto dentro del proceso de recuperación como se mencionó anteriormente hay personas que están en diferentes etapas del proceso de recuperación y de esta manera va a responder a nuestro objetivo el cual es identificar las expectativas que surgen en los internos con problemas de adicción del Centro de Rehabilitación un “Nuevo Amanecer” en tanto su recuperación, reinserción social y familiar, mediante la investigación bibliográfica, la aplicación de un cuestionario y entrevistas que permitan un levantamiento de las causas de recaídas en el consumo como efecto de no lograr estas expectativas.

### **Análisis de entrevistas**

La entrevista fue semi dirigida lo cual se estructuró alrededor de 5 preguntas de acuerdo al objetivo planteado pero a medida que se desarrolló cada una de ellas se fueron formulando nuevas y únicas preguntas que de igual manera aportan información valiosa, de acuerdo con todas las entrevistas se pudo determinar diferentes categorías que estaban predominando y que son viables para este trabajo y que a continuación se van a desarrollar tomando en cuenta cada discurso se realizará un respectivo análisis general de cada aspecto identificado de las entrevistas.

- **Recaídas:** No todos son recaídos, sin embargo, brindaron información importante sobre este tema clave y es que dentro del proceso de rehabilitación está estipulado una posibilidad de recaída, es decir no se debe del todo a un “mal proceso” dentro

del centro, sino que “depende del compromiso que tenga en su rehabilitación”. Un punto muy importante en este tema es que todas las recaídas llevan a la “autodestrucción” y que en muchas veces son más fuertes independientemente del tiempo que este recaído, no se necesita de poco o mucho tiempo para volver a los patrones conductuales que interno han ido trabajando. Los adictos “se recaen porque quieren” es uno de los dichos que más se repite a lo largo de las entrevistas, el programa brinda un sin número de herramientas para poder sobrellevar su rehabilitación.

- **Expectativas después del alta:** “Toda expectativa muy buena es peligrosa en cualquier aspecto de la vida, pero en un adicto estas expectativas siempre superan a sus propios límites por eso son un factor de riesgo”. Es un dicho muy común que en conclusión tienen todos los pacientes. Dentro del proceso de recuperación existe una parte en donde ellos intentan hacer un plan de vida por lo cual ahí se ven reflejadas las expectativas de “que harán después del alta” por lo que en el momento que esté terminado se intenta “aterrizarlo en la realidad” y que no se va a cumplir todo o va a poder realizar todo lo que tiene estipulado. Muchas veces estas expectativas sobrepasan las limitaciones de ellos y dejan a un lado su condición de adicto por lo que no toman en cuenta los riesgos que conllevan ciertas decisiones o ideas que tienen dentro de ellos mismos, el alta es un punto más y no el término de su trabajo de rehabilitación donde se originan un sin número de emociones que si bien es cierto puede ser un arma de doble filo por lo que se pueden encontrar con ideas o expectativas que son totalmente diferentes a la realidad en la que de ahora en adelante van a vivir.
- **Co-adicción:** La co-adicción es un concepto clave que se destacó muchas veces en diferentes entrevistas y en la experiencia de la práctica, esto concierne al apego excesivo emocionalmente de un familiar muy cercano, en varias ocasiones madres, abuelas, tías,

como ya se lo menciono antes demasiadas personas que cumplen la función materna. Este es un apego mortífero para la persona ya que es lo mismo que lo lleva a consumir, se normaliza su consumo y su conducta y la familia co-adicta se adapta a ese estilo de vida y lo justifica. “Mucha influencia más mis hermanos mayores, porque ellos también consumen yo los veías de chiquito desde los 12 años ellos siempre han consumido entonces es algo normalizado con ellos. Yo empecé a consumir a los 14 y he consumido cocaína con ellos”. Esto es lo que verbaliza un paciente sin recaídas con 8 meses de consumo, a temprana edad empezó a observar patrones de consumo en su casa y lo normalizó por eso es por lo que lo llevo a consumir, la co-adicción puede entonces llevar a miembros de la familia que no son adictos a una adicción. El co-adicto hace que la adicción a las drogas no se vea como algo malo.

- **Reinserción social:** La reinserción social más que un concepto es una etapa, que en nuestra experiencia es la más complicada del proceso. Primero se debe entender que el adicto en un principio no le importaba pertenecer al engranaje de la sociedad y a la sociedad no le importaba tener un adicto en su engranaje, empero, en el proceso de rehabilitación se educa para entender que la persona debe pertenecer a la sociedad y aportar a la misma. Pero nadie le dice a la sociedad que el adicto rehabilitado debería estar listo para entrar en lo social y aquí sucede el encuentro entre un sujeto arrepentido y deseoso de trabajo y una sociedad desentendida del problema de las adicciones y al final muchas veces las personas terminan rechazando al adicto rehabilitado creando un miedo muy grande en otros adictos al momento de terminar su proceso. Un paciente con algunos procesos de rehabilitación menciona. Pero un factor muy importante que se debe mencionar es que los toxicómanos no están en la capacidad de llevar un peso angustioso o un problema y resolverlo por su cuenta, trabajos o entender la vida como un

proceso son cosas que les cuesta mucho. Un paciente menciona, “Tenía trabajo estable y mis expectativas fueron muy altas y la realidad fue otra. Esto fue un peso que no pude soportar”. Un coordinador con 11 años de recuperación cuenta “No concebía que tenía que trabajar para tenerlo o esperar 1 mes o 15 días para que me paguen, eso fue un proceso difícil en mi vida. Los adictos quieren todo inmediato y sin esfuerzo”. Cambiar un estilo de vida es muy complicado, al igual que en la co-adicción el adicto se acostumbra a su estilo de vida, ya sea estar en su casa todo el día acostado en su cama o delinquir se acostumbran a eso y lo hacen parte su realidad y despojarse de eso se les complica mucho, más que nada entender que ese estilo de vida está mal.

- **Autoengaño:** Al momento del alta es cuando este fenómeno más se presenta, es muy común que al estar fuera el sujeto piense que no paso nada y que no tiene ninguna condición, se autoengaña. “En mi mente ya se acabó la recuperación ya no escuchaba ni aceptaba sugerencias creía que ya no debían decirme nada” o “pensar y ¿Si tomo uno? y poder creer que tienes ese control de "solo uno" pero en realidad no puedes tomar solo uno, sino que vas a olvidar totalmente tu proceso no es solo uno, sino que ya vas a volver a recaer y sigues y sigues y volver a los viejos patrones conductuales”. Estos ejemplos son muy comunes y pueden sonar familiares en algunos casos porque no solo sucede en las adicciones, a nuestro parecer sucede en el día a día, con la diferencia de que hay un control y un análisis de lo que se piensa. Es muy común escuchar que los adictos son personas impulsivas y sus pensamientos pueden llevarlos a hacer cosas peligrosas.
- **Roll de la familia:** Aquí es válido mencionar que se va a hablar del rol de la familia para propiciar una adicción y el rol de la familia después de un proceso de rehabilitación. En primer lugar, hay que mencionar que para todo sujeto el lazo familiar es importantísimo,

en casos de adicciones estos lazos no existen, el núcleo familiar está desmoronado. Esto lleva a un colapso en el sostén mental del paciente llevándolo a conductas disruptivas y al final en la mayoría de los casos el sujeto culpa por todo a la familia. Al cuestionar al paciente sobre si su familia tuvo influencia en su consumo respondieron, “Sí muchísima sentía la ausencia, el vacío de mi padrastro que le digo papá y la inestabilidad de mi madre y hermano”. O “En un principio cuando recién me trajeron si sentía cierto rencor hacia ellos, pero después con la terapia entendí que lo hicieron por mi bienestar”. En psicología se habla de que se trabaja con la verdad del sujeto, aquí también aplica, puede ser que la familia no sienta que haya hecho algún daño a la persona, pero la persona si lo siente así.

Así mismo como la familia “impulsa un consumo” también es pilar fundamental para terminarlo, la familia es en primera instancia quien debe estar ahí para el sujeto. En un principio cuando la persona nace la familia es el primer lazo con lo social al final de un proceso de rehabilitación también. En casos la familia entiende la problemática la estudia y prende sobre la adicción como el caso de un paciente con 11 años de recuperación menciona “Pues demostrando que no estoy solo como pensaba, apoyándome y nunca abandonarme”. Pero en otros casos no hay un conocimiento real sobre lo que conlleva una adicción y el sujeto se puede desestabilizar desde lo que su familia opine y llevarlo una vez más a consumir, recordemos que el consumo es una manera de expresar sus sentimientos.

## CONCLUSIONES

- Para concluir se puede repasar el hecho de que se pudieron identificar los temas más comunes que nacen en el último paso de un proceso de rehabilitación, mediante las entrevistas también se pudieron identificar sus causas.
- Las entrevistas y la práctica nos permitieron conocer distintas experiencias de los pacientes con recaídas y estos a su vez brindaron información sobre que se les complico al momento de volver a insertarse en la sociedad. Mediante la recolección de datos se pudieron identificar de manera más cuantitativa las posibles causas de las recaídas en los internos.
- Las entrevistas no estructuradas ayudaron a analizar las distintas expectativas de los internos en un proceso de rehabilitación arrojando respuestas referentes más que nada a la familia y al ámbito social. Y al final se pudo enlistar una serie de posibles recomendaciones tanto para la familia como para los investigadores de las adicciones.
- Las adicciones son un tema poco estudiado en nuestro país, pero es un tema de mucha importancia social, en el estudio se pudo identificar que la sociedad tampoco quiere a un adicto rehabilitado trabajando, su concepción aún es prejuiciosa, esto los lleva muchas veces a volver a consumir. Se debe crecer como sociedad y no dejar de ver el problema pensando que se va a solucionar solo.

## RECOMENDACIONES

A partir de la sistematización de la práctica pre- profesional realizadas y con toda la información recaudada se establecerá ciertas recomendaciones luego de todo el trabajo realizado todos estos meses y con la sustentación teórica debidamente analizado.

### **Al Centro de Rehabilitación:**

- Se debería tomar en cuenta que cada sujeto tiene un antecedente diferente, una conformación familiar, e historia del consumo única; por lo que el trabajo individual es de mucha importancia.
- Tomar en cuenta que ciertas conductas tienen un origen y una explicación que en varias ocasiones los pacientes no lo pueden poner en palabras y por ende no van a obtener una respuesta que se espera, poner énfasis en los patrones conductuales que no son muy visibles ya que es la manera en el que el sujeto se puede expresar de alguna u otra manera que no sea la palabra.
- Establecer mucho énfasis a la estructuración del plan de vida tratando de que estén enfocados en algo real y lo más delimitados a los límites de cada sujeto de acuerdo con toda su historia, no todos van a tener el mismo plan, debe ser un trabajo único e individual.
- Implementar más énfasis en las terapias familiares e involucrar más a la familia en todo el proceso de recuperación ya que así tanto la familia como el paciente van a ir avanzando en conjunto y cada hogar va a poder sobrellevar de la mejor manera cada caso.
- La reinserción social es una etapa de la recuperación muy importante pues aquí se va a determinar qué tan apto está el paciente para enfrentarse a la sociedad luego de meses o años interno por lo que antes de llegar a esta etapa se recomienda poder implementar más de un encuentro familiar, (organizar

varios) para poder así ir monitoreando el comportamiento del interno.

- Se podría implementar un plan terapéutico familia- paciente en el cual para poder obtener el alta se debe cumplir con un requisito de terapia familiares, e individuales, tanto paciente como familia, solo así se puede corroborar que la familia también está pendiente del caso.

### **A la familia:**

- Es de conocimiento que es una etapa dura tener que estar pendiente de un caso de adicciones, pero la información oportuna y el trabajo terapéutico es de vital importancia para el conocimiento de la problemática.
- La implementación de límites cuando regresan de un proceso de recuperación, se debe tener en cuenta que tienen una condición en el cual necesitan de reglas para poder sobrellevar su proceso de recuperación.
- Es necesario que los familiares asistan a terapias y que conozcan la condición del familiar, las adicciones no son una enfermedad que se va a curar.

## REFERENCIAS

- Evans, D. (1997). *Diccionario Introdutoria de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires : Paidós .
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas tomo II* (págs. 1169-1237). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914). *Sigmund Freud Obras completas* . Buenos Aires : Amorrortu.
- García, S. (s.f.). Trauma psiquismo y método psicoanalítico . *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (No.100)*, 2.
- Kait, G. A. (1996). *Sujeto y fantasma* . Buenos Aires : Fundación Ross.
- Lacan, J. (2005). *De los nombres del padre* . Buenos Aires : Paidós.
- Maleval, J. C. (2000). *La Forclusion del nombre del padre* . Paris : Paidós .
- Salamone, L. D. (2012). *Alcohol, tabaco y otros vicios*. Grama .
- Salome, L. D. (2014). *El silencio de las drogas* . Grama .
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación* . Mexico DF: Interamericana .
- Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires : JCE.
- Valderrama, L. H. (2015). La adicción: un goce secreto del exterminio del sujeto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 .

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Entrevista 1: Paciente G

**1. ¿Ha sufrido una recaída?**

No, ninguna

**2. ¿Qué tiempo tiene en recuperación?**

14 años exactamente 13 años y 4 meses juntos en septiembre serían 14

**3. En sus 14 años ¿Alguna vez estuvo cerca de una recaída?**

No. Porque no me relacione con nadie que pueda hacerme caer, estuve rodeado de gente positiva no me rodé con nadie de mi pasado yo no anduve con viejas amistades no frecuenté viejos lugares, conocí mucha gente nueva y eso fue lo que me ayudó. Ahora en la actualidad todas las personas con las que me relaciono son totalmente diferente y llega al punto que ni se imaginan que fui un adicto.

**4. ¿Cuál fue su pensamiento en el momento de su alta?**

En ese tiempo eran 3 meses, yo me quedé 9 meses viviendo porque generalmente las personas te dicen que te debes quedar entonces yo me convencí totalmente de que era necesario. Era una persona autodestructiva y quería recuperarme. Creo yo que ese fue mi pensamiento el necesitar y valorar este lugar. Me quería quedar un año, pero como la clínica donde yo estaba era Clandestina a los 9 meses clausuró y regrese a mi casa de

esmeralda junto a mi familia

### **5. ¿Qué opina de las recaídas?**

Pues el que se recaee es porque él mismo lo desea no creo que hay un evento negativo que lo detone bajo mi punto de vista, no hay ningún tipo de compromiso y el querer cambiar.

### **6. ¿Hoy en día piensa que puede recaer?**

No, ni siquiera pienso en recaída porque ya mi vida no gira en torno a las drogas. Tengo otro tipo de preocupaciones y no es algo que esté siempre pensando. Creo yo que el miedo a la recaída es más influenciado a fallarle a mi familia, hoy en día es un miedo que ha desaparecido. Yo ahora vivo totalmente mi vida y solo recuerdo que soy un adicto en recuperación cuando celebro mi aniversario.

### **7. Bajo su criterio ¿Podría dar una clasificación de los tipos de recaídas?**

Es difícil porque cada recaída es individualizada. Y cada una tiene su connotación social yo creo que la gente recaee porque quiere y no forja un compromiso. Pero si existe varios tipos de recaídas y cada persona te puede decir sus tipos de recaídas, pero lo que tienen en común es que todas llevan a la destrucción de la persona. Las recaídas son más fuertes Y a mi opinión para nada disfrutable

### **8. ¿Cree que su familia influyó en su adicción?**

Sí muchísima sentía la ausencia, el vacío de mi padrastro que le digo papá y la inestabilidad de mi madre y hermano.

### **9. ¿Cree usted que su familia tiene un papel importante que lo puede**

### **Llevar a una recaída?**

No, para nada

### **10. ¿Cuánto tiempo le tomó unir esos lazos familiares?**

Unos 5 años primero lo hice con mi hermano porque el medio más flexibilidad que mi mamá en el sentido comunicativo yo tenía mucho resentimiento con ella, pero poco a poco y con mi total voluntad fueron desapareciendo y volver a construir esos lazos que más que nada es de comunicación.

### **11. ¿Cree ud que la familia tiene el poder de potenciar a un sujeto que inicie en el consumo?**

Si claro que sí son un factor de riesgo, porque el familiar no comprende que la condición del adicto no es solo la droga sino comportamental. Entonces se debe basar en la comunicación.

### **12. ¿Crees que la familia siempre es una influencia negativa?**

Es mitad y mitad una relación ambivalente y va a depender del caso a caso. Pero si hay pacientes que si son potenciados por la familia a vivir en recuperación unos se recuperan por su hija o por ver feliz a su madre entre otros factores

### **13. ¿Usted piensa que los choques de la vida son necesarios para una toma de conciencia de su condición?**

Cuando entiende que son para crecer sí. Y no buscando culpables y dando justificación para volver a consumir únicamente para reconocer y admitir su condición

**14. ¿Cuál cree que sería un buen desempeño de la familia dentro del proceso de reinserción?**

El comunicativo al escuchar al adicto. Muchas familias no lo hacen más bien practican un ejercicio comparativo al adicto, la generalizan existen padres que tienen el pensar "yo me crie en un barrio más peligroso y no me drogue" dando connotación a que los problemas son únicamente las drogas cuando en realidad no es así

**15. ¿Usted cree que retirando a un adicto de su círculo en dónde tiene existe una influencia al consumo puede tener una buena recuperación?**

No, eso se denomina fuga geográfica y no tiene nada que ver, existen adictos que pueden regresar a su viejo círculo social. Sin embargo, viven una recuperación plena, es necesario al inicio, pero la idea no es evitar.

**16. ¿Qué rol cumple la familia en la recuperación?**

Deben ser muy tolerantes. Es lo que optimiza una comprensión total del adicto. El entender la actitud del paciente sin ningún tipo de miedo, se está hablando de una condición comportamental solo así van a poder comprender al adicto.

**17. ¿Las expectativas en la recuperación pueden ser mortíferas?**

Para todo tipo de situaciones si son mortíferas. Las expectativas de los adictos muchas veces no están dentro de sus condiciones y ahí es cuando existe un choque con la realidad ya que tienden a confundir. Deben aprender a conocerse y saber sus límites, así si choque con la realidad cuando se enfrenten al mundo externo no será un aspecto negativo.

## **Entrevista 2: Paciente A**

### **1. ¿Ha tenido algún tipo de recaídas?**

No he sufrido ningún tipo de recaída

### **2. ¿Actualmente qué tiempo tienes aquí en la clínica?**

8 meses

### **3. ¿Desde qué edad empezaste a consumir?**

Desde los 14 años tengo actualmente tengo 22 años, por lo que llevo 8 años consumiendo.

### **4. ¿Con qué droga comenzaste?**

Inicialmente con marihuana luego con cocaína, éxtasis, LSD, metanfetamina, la verdad un poco de todo

### **5. ¿Qué esperas que suceda cuando le dan el alta?**

Anhelo y espero tranquilidad, felicidad eso es lo que quiero. A nivel personal superar a mí mismo y poder estar con mi madre

### **6. ¿Qué opinas de las recaídas?**

Es algo duro no lo he vivido pero lo que escucho puedo decir que es progresivo tú no esperas hacer todas las atrocidades que haces en recaída yo no juzgo porque espera que no me pase, pero es algo que en realidad podría pasar. No descarto la realidad no pienso que me va a pasar, pero no lo descarto, no quiero confiarme totalmente porque si digo que nunca me va a pasar me voy

a estar huyendo de estos lugares.

### **7. ¿Crees que existe una recuperación total?**

Sí, sí existe si se puede dar con esfuerzo, dedicación y compromiso se puede llegar a una recuperación total conociéndote más.

### **8. Bajo su punto de vista ¿Cuál es la causa de las recaídas?**

El alejarse de estos lugares, no admiten qué son alérgicos a las drogas. Piensa que sí soluciona su vida pueden solucionar su adicción, pero no es así, no es porque tengas todo solucionado voy a dejar de consumir piensan que ya no pueden volver a destruirse

### **9. ¿Piensa que las recaídas son únicamente volver a consumir?**

No, existen varios tipos de recaída bajo mi criterio hay emocionales; volver a todos tus impulsos. Las espirituales, el egocentrismo total destruir la autoridad, destruir tu familia tu entorno de vida. Obviamente la recaída más importante para el drogadicto es la recaída a sustancias porque ahí como que todas las recaídas se unen y se hace una súper mega recaída

### **10. ¿Qué piensa que lo puede llevar a recaer?**

En lo personal mis emociones más que nada si no las puedo controlar creo que eso me podría llevar una recaída el sentimiento, sentirme mal si no lo puedo controlar eso con mi inteligencia emocional podría tener una recaída, por eso me he dedicado más a eso a ser más inteligente emocionalmente no enfascarme en un solo sentimiento sino saberlo sobrellevar.

**11. ¿Cree que la recaída se deba porque no pueden renunciar a viejos patrones conductuales?**

Depende de cada persona, Aunque él no renunciara a viejos patrones conductuales, pero únicamente no volver a consumir sustancias es solamente vivir en abstinencia no es vivir en recuperación porque no está renunciando a lo que verdaderamente le hace mal, sino que solamente está evadiendo. Y eso es solo una abstinencia

**12. ¿Cree que es muy difícil el cambio?**

Por completo, es totalmente difícil y lleva mucho tiempo muchos años de recuperación, el cambio completo no lo vas a dar de la noche a la mañana ni siquiera en un año. Se tiene que ir cambiando poco a poco

**13. ¿De qué manera influye su familia en su adicción?**

Mucha influencia más mis hermanos mayores, porque ellos también consumen yo los veías de chiquito desde los 12 años ellos siempre han consumido entonces es algo normalizado con ellos. Yo empecé a consumir a los 14 y he consumido cocaína con ellos.

**14. ¿Cree que está en la capacidad de poder ayudar a sus hermanos?**

Por ahora no antes pensaba que si, ahora me estoy enfrascado en mi en mi recuperación y si ellos no quieren dejar ese tipo de vida ya es depende de ellos yo no voy a arriesgar mi proceso de recuperación por volverme involucrar con mis hermanos

**15. ¿Cree que sus hermanos influyeron en sus inicios en el consumo de drogas?**

Al inicio solamente pensaba que consumía porque me gustaba, pero una vez que entré al entrenamiento pude identificar qué es totalmente mi decisión consumir, pero si tuve una mucha influencia de mis hermanos ya que son mayores y yo los veía como unos ideales

**16. ¿Porque tus hermanos mayores no están internos y ud sí?**

Porque yo vivía independientemente desde que cumplí mayoría de edad sin embargo no tenían mucha información sobre mí, era muy poco comunicativo con ellos entonces pensaban y recién razón de que yo tuve un momento de una situación de calle y se preocuparon mucho mis hermanos a pesar de consumir ellos no han pasado esta situación por la que yo pasé entonces por eso mi papá tomó la decisión. En esta etapa del proceso yo puedo agradecerle porque si no no hubiera conocido este tipo de entrenamiento ni educación, que me hayan internado no trajo ningún tipo de resentimiento solo agradecimiento porque gracias a él a esa decisión yo pude recuperarme. Pero aun así siento que debo alejarme de mi círculo familiar porque por ahora no es una buena influencia a mi recuperación.

**17. ¿Cree que esta decisión de alejarse de la familia es necesario a veces para la recuperación?**

En ciertos casos es totalmente necesario por más que los quiera hay que soltar ciertas cosas por más difícil que por más apegado que estés de esa vida de esas personas, hay que aprender a identificar qué es lo más correcto para tu vida en recuperación.

**18. ¿Cómo influye su familia en su recuperación hoy en día?**

Pues demostrando que no estoy solo como pensaba, apoyándome y nunca abandonarme. Este sentido de soledad que se ha originado desde muy

pequeño y no querer salir, mi familia me demostró que no estoy totalmente solo

### **19. ¿Cómo se originó este gusto a la soledad?**

Creo que este sentimiento se originó desde mi crianza con una familia llena de abusos de golpes entonces me acostumbré a simplemente aislarme para evitar y comenzar a estar solo, me gusta, pero al mismo tiempo siento que me ofusca.

Esos sentimientos de soledad a veces influye en el nivel sentimental y social en ciertos casos pasan meses estando con mis amigos y quiero cambiar círculo social lo mismo con mi pareja me aburro constantemente y comienzo a cambiar pero yo trato de estar en un ambiente nuevo apartarme de todo por un momento y después volver a buscar otro círculo, la única relación larga que tuve fue de un año de ahí solamente tres meses estar con una persona sentimentalmente simplemente me arto de las personas y la cambio.

### **20. ¿Quisiera cambiar ese sentimiento soledad?**

Me gustaría cambiarlo y saber identificar para no poder quedarme en ese estado totalmente estancado tratar de buscar una ayuda o una palabra

### **21. ¿Cuál es la diferencia entre tu persona de hace ocho meses y el actual?**

Lo más primordial es mi pensamiento ahora pienso más, ya no le hago caso al primer pensamiento que tengo ya mi impulsividad lo puedo controlar ya considero las consecuencias de mis actos también no vivo solo por hoy, sino que ya pienso en el mañana, soy un poco más responsable, pero de mí mismo de mis actos responsable conmigo mismo

## **22. ¿Ha aprendido algo de su familia?**

La verdad muy poco yo no tenía mucha relación comunicacional con ellos, pero este tiempo la verdad solamente me he dedicado a mí. Pero mi familia no tengo ningún tipo de idea solo sé que los quiero mucho y que por parte de mi recuperación no es una influencia positiva y que debo mantenerme distancia sin dejar de tener el amor de ellos

### **Entrevista 3: paciente S**

#### **1. ¿Cuántas recaídas ha sufrido?**

Solamente sufrido una recaída

#### **2. ¿Qué tiempo tiene en adicción?**

Llevo seis años empecé desde los 16 años y actualmente tengo 22 años

#### **3. ¿Por qué cree que se dio está recaída?**

Por falta de conocimiento hacia mi personalidad, por darle que me importamos a mis emociones, mis sentimientos, hubo una acumulación de todo no tenían una válvula de escape que hoy en día sé que es un compartir en una persona que conociendo que no sabe tomar buenas decisiones no busque una experiencia que me diga un consejo

#### **4. ¿Cuál cree usted que fue la causa de su recaída?**

Las causas de mi recaída son un conjunto de efectos, la deshonestidad porque si yo soy honesto conmigo mismo me debo dar cuenta que tengo un problema y lo afrontó y ahí voy a tomar una herramienta que es compartir

elegir un padrino o elegir a alguien que tenga experiencia, pero tomé una decisión dañina. Aquí nos enseñan principios y muchas veces nosotros lo dejamos pasar por alto principios sencillos como son honradez, la sencillez, la humildad entonces volvemos a viejos hábitos y eso no nos permite crecer como persona en recuperación

#### **5. ¿Cree que tuvo un mal proceso y por eso tuvo una recaída?**

No fue un mal proceso solo que a veces llegas a un punto en que tienes sentimientos a la independencia y ahí donde tú crees que "te la sabes todas" muchas veces por el tiempo crees poder afrontar cualquier cosa y esa mente cerrada no te permite aprender nuevas cosas entonces yo creo que sí estoy aquí nuevamente es porque necesito aprender más y lo estoy haciendo estoy abriendo mi mente a cosas que deje pasar por alto y darme cuenta que soy realmente una persona inmadura una persona que está enseñada que si cobro un dinero voy a consumir si me sentía feliz consumía si tenía una tristeza consumía

#### **6. ¿Cuánto duró su recaída?**

El proceso de mi recaída se dio un mes estando sin guía y un mes estando dentro del proceso porque mi recaída comenzó con una espiritual ya cuando estuve un cierre de mente ya se acabó la recuperación ya no escuchaba ni aceptaba sugerencias creía que ya no debían decirme nada

#### **7. ¿Usted piensa que la recaída y solo volver a consumir sustancias?**

Claro eso es una recaída física en realidad volver a consumir, pero existen varios tipos de recaídas como la espiritual, emocional

#### **8. ¿Cree que fue una recaída fuerte?**

No fue fuerte, pero si me enseña a qué soy alérgico y que no necesite estar

varios días en la calle para darme cuenta de que no necesito ingerir una fuerte o gran cantidad de alcohol o drogas para poder darme cuenta de mi error y no necesite de tener una recaída totalmente extensa para cometer las atrocidades y los errores que hice que yo en poco tiempo los cometí que hoy en día no me siento orgulloso

### **9. ¿Su proceso de interno después de la recaída fue más duro?**

Sí por lo rápido que volví a cometer esa desfachatez y volver a recaer en esos malos hábitos que hace meses atrás pensaba que los había dejado, me tocó poco tiempo volver a estos viejos patrones. A qué no me vuelva a importar mi vida caminaba totalmente alcoholizado eran cosas que yo hace muchos meses antes lo hacía y que no lo volvería hacer.

### **10. ¿Usted cree que tuvo una influencia externa para su recaída?**

Claro, una influencia pero yo también aporte ya que no buscaba el compartir influencia externa siempre eran mis amigos que brindaban y al inicio decías no, no, no, gracias pero los comentarios y la presión social de que "toma un trago" "tú ya puedes tomar" pasa de decir un "no, no, no" después pensar y ¿Si tomo uno? y poder creer que tienes ese control de "solo uno" pero en realidad no puedes tomar solo uno sino que vas a olvidar totalmente tu proceso no es solo uno sino que ya vas a volver a recaer y sigues y sigues y volver a los viejos patrones conductuales

### **11. ¿Cómo fue su proceso de reinserción social?**

En realidad, fue bonito el reencontrarse con mi familia hay partes que te perdiste y quieres volver a recuperar, existen sentimientos encontrados te da un gusto, 1pero a la vez melancolía yo percibí un cambio en mi hogar mi familia ha cambiado totalmente

## **12. ¿Qué papel cree que desempeña la familia en tu proceso de reinserción?**

Ellos únicamente tienen miedo y actúan bajo ese miedo creen que tú nunca vas a recaer y por otro lado quieren estar atrás tuyo para que no suceda se echan toda la carga para que tú no vuelvas a recaer por eso que cuando yo recaí toda mi familia se desmoronó porque como ellos estaban todas la carga piensan que ellos fallaron por yo haber caído cuando no fue así, es netamente decisión mía el papel que ellos cumplen es de apoyo o un coordinador de la casa qué te controle qué en un momento que tú sales de una clínica de un entrenamiento sale a otro

## **13. ¿Cree que la familia influye en su recaída?**

Creo que no influyen de manera directa, pero si fluye porque es parte del ambiente donde tú te vas a estar desarrollando en cierta manera te da un concepto de ti mismo ya que tú no terminas de conocerte

### **Entrevista 4: Paciente P**

#### **1. ¿Tiene recaídas? Y ¿Cuántas han sido?**

Si he tenido 9 recaídas

#### **2. ¿En cuántas clínicas de rehabilitación ha estado interno?**

Clínicas pertenecientes al NA he estado en 4 y en hospitales psiquiátricos he estado en 5. Todos voluntarios.

#### **3. ¿Cuál ha sido su recaída más fuerte?**

El anterior año me llevaron a cuenca vivía en la casa abandonada de mi difunto padre. Vivía como un mendigo, dormía en cajones y me arropaba con cartones y salía a pedir comida restaurantes o a panaderías.

#### **4. ¿Por qué la considera su peor recaída?**

Porque nunca imagine llegar a estar en una situación de calle, donde si bien dormía en un techo tenía que mendigar para comer. Estaba con la misma ropa siempre y totalmente deshumanizado.

#### **5. Relátenos su última recaída**

Mi última recaída no sé por qué fue, yo Sali un 26 de noviembre con todas las ganas de cambiar y salir a da lenta, pero cuando llegué al barrio “se me disparó la mente” y quise volver a fumar. Me engañé diciendo que solo lo iba a hacer para finiquitar todo, pero no fue así y seguí y seguí.

#### **6. ¿Qué tipo de recaída piensa que sufrió?**

Una recaída social, volví a viejos lugares de consumo junto con viejas amistades también de consumo. Otro factor muy importante fue que después de la clínica lo tuve todo, celular, ropa, departamento. Ya había recuperado mi independencia y me duro dos días, me vi bien, me mentí y recaí.

#### **7. ¿Cómo fue su último proceso de reinserción social?**

Totalmente emocionado con ganas de comerse al mundo. Para mi fue una adrenalina única porque me vi bien y la gente afuera también me veía bien. Tenía trabajo estable y mis expectativas fueron muy altas y la realidad fue otra. Esto fue un peso que no pude soportar.

#### **8. ¿Su familia tuvo influencia en su proceso de reinserción?**

Mi familia siempre me ayudo en todo momento, con comida y dándome la confianza a ellos no les echó la culpa, la culpa fue totalmente mía.

**9. ¿Cómo se ve en cinco años?**

Siendo un padre responsable con una familia unida, con otra vida diferente.  
“Dejar de estar preso de las drogas”

**10. Si pudieras dar un denominador común sobre la razón de tus recaídas  
¿Cuál sería?**

Desobediencia. Siempre me decían que hacer y hacia lo contrario. He sido débil me gusta la droga y no tengo fuerza de voluntad para decir “no”. Todas mis recaídas son plenamente mías.

**Entrevista 5: Paciente M**

**1. ¿Has tenido algún tipo de recaída?**

No es mi primera vez en una clínica de rehabilitación

**2. ¿Qué esperas después del alta?**

Salir a vivir con mi hermano aquí de guayaquil un año y después de un tiempo retomar mi vida en Sto. Domingo.

**3. ¿Cuánto tiempo lleva en consumo?**

Alcohol desde los 14 años y sustancias solidas desde los 18, actualmente tengo 23 años.

**4. ¿Por qué cree que se dio el inicio de consumo?**

Comencé a tomar a los 14 en el colegio por una chica, les dije a mis amigos mayores de sexto curso que me lleven a tomar y ahí empezó todo.

**5. ¿Hubo influencia familiar para que iniciara tu consumo?**

No, yo solo quise empezar a beber

**6. ¿Qué opina de las recaídas?**

Esto se produce por lo que he visto es porque dejan de frecuentar el programa, se olvidan de que tienen un problema.

**7. ¿Piensa que en un futuro pueda recaer? Y ¿Cuál sería la razón si pasara?**

No, no pienso que vaya a recaer trato de no pensar en eso, pero nunca me quito la idea de que puede pasar en algún momento. Y la razón puede ser por mi entorno social en Sto. Domingo hay mucho alcohol y todos los fines de semana hay fiesta. Por eso quiero vivir en Guayaquil un tiempo.

**8. ¿Cómo piensa cambiar esos hábitos?**

Sobre todo, buscando apoyo no es algo que se pueda lograr solo, mi hermano está en recuperación es policía y el conoce bien el programa él me puede ayudar cuando me desestabilice y así mismo buscar grupos de ayuda. Al final poder decir que no y seguir viniendo a recibir terapia, no alejarme del programa.

**9. ¿Piensa que su entorno social o familiar fomentaba en consumo de alcohol?**

Si en mi familia todos beben y yo estaba desde chiquito en ese entorno, mi papa me daba de probar cerveza o cuando estaba muy ebrio me regalaba plata o me daba el carro para que vaya a hacer cualquier cosa, a los 14 o 15 años.

**10. ¿Cuándo se dio cuenta que tenía un problema?**

Cuando le robe un cheque a mi papa de 700 dólares y en 1 semana se me había acabado la mitad.

**11. ¿Qué es lo que más disfrutaba de ingerir alcohol?**

El efecto y el tener relaciones sexuales ebrio.

**12. ¿Por qué consumía las drogas solidas?**

Porque ayudaba cuando estaba ebrio, el polvo me quitaba la borrachera y también cuando tengo un problema me gustaba consumir. Mis amigos consumían más y ellos compraban y me daban.

**13. ¿Como piensas que ha influenciado su familia en su proceso de recuperación?**

En un principio cuando recién me trajeron si sentía cierto rencor hacia ellos, pero después con la terapia entendí que lo hicieron por mi bienestar. Ellos me han apoyado, me dan comida y se preocupan por la terapia familiar.

**Entrevista 6: Paciente R**

**1. ¿Ha tenido recaídas?**

No, he estado 11 años limpio.

**2. En el tiempo que estuvo interno ¿Qué esperaba después del alta?**

Primero tenía mucho miedo a lo desconocido, yo me acostumbre a un

determinado estilo de vida lleno de delincuencia, soledad, andaba muy mal y lo normalice. Tenía muchas dudas sobre las personas, mi familia y sobre todo el trato que iba a recibir a fuera después de mi proceso.

**3. ¿Qué fue lo más difícil cuando obtuvo su alta?**

Empezar mi proceso solo, después de terminarlo perdí a mi pareja y tuve que seguir solo.

**4. ¿Qué opina usted de las recaídas? Y ¿piensa que aun después de 11 años sobrio le puede pasar?**

Las recaídas pienso que uno se descuida y pierde la responsabilidad del programa de NA, nos habla que debemos estar siempre cuidándonos. Claro yo no puedo descuidarme ni un momento de mis pensamientos que al final es eso lo que me lleva al consumo, hay que aprender a controlar nuestra cabeza.

**5. Bajo su experiencia como coordinador ¿Cuál cree que es el factor más común en las recaídas?**

Sobre todo, no se educan sobre que esperar afuera salen en blanco, no se ponen metas y el plan de vida está en cero y en ese momento se estrellan con la vida afuera.

**6. Cuando estuvo en adicción ¿Cómo influía su familia en su adicción?**

En mi adicción no influyo en nada, yo busque en consumo afuera de casa por mi cuenta. Cuando estaba en consumo les echaba la culpa a ellos, pero en mi proceso entendí que todo dependía de mí.

## **7. ¿Piensa que una familia puede llevar a una persona a consumir drogas?**

Si incluso después de un proceso de rehabilitación una familia que no esté educada en temas de adicción puede no comprender la problemática de la persona y esto va a desestabilizar a la persona. También si no se educó bien el adicto en el proceso no va a tener las herramientas para saber afrontar un problema o una situación donde se le pongan reglas o límites dentro de casa y lo va a llevar al consumo.

## **8. ¿Cómo influye su familia en su proceso de recuperación?**

Es una motivación enorme, es un valor grande que les doy a mi familia ya que yo les hice daño ahora me ven como un pilar y confían y saben que cuentan conmigo. Pero esto es un proceso en mi caso tuve que trabajar 10 años para que mi mamá este en un aniversario y eso es un gran logro. Esos lazos rotos se demoran en reconstruirse.

## **9. ¿Qué tiempo le tomo formar una familia?**

Después de mi alta yo viví en la clínica por 2 años sin ningún tipo de relación más que la mía con la recuperación, y durante eso conocí a mi actual pareja y a los 4 años me pude establecer sentimentalmente con ella. Yo tenía una concepción de objeto de las mujeres, solo las usaba para fines sexuales y les hacía daño. En recuperación entendí la posición de una mujer y pude así establecerme con mi esposa, pero después de 4 años de recuperación afectiva.

## **10. ¿Hubo aceptación por parte de la familia de su esposa respecto a su condición?**

También fue un proceso, tuve que demostrar lo que en verdad era y después buscar el momento adecuado y las mejores palabras para mostrarme.

### **11. ¿Cuál piensa que fue la parte más difícil de su proceso de reinserción social?**

Dejar de delinquir porque yo me acostumbre a una vida de dinero rápido y no concebía que tenía que trabajar para tenerlo o esperar 1 mes o 15 días para que me paguen, eso fue un proceso difícil en mi vida. Los adictos quieren todo inmediato y sin esfuerzo. Esto lo entendí dentro de la clínica que debía cambiar.

### **12. ¿Qué piensa de las clínicas de rehabilitación?**

Así como hay adictos buenos hay adictos malos así mismo las clínicas hay buenas y malas, pero lo importante es el deseo de la persona de rehabilitarse, si ese deseo está presente no hay lugar que sea malo. Hay personas que han podido parar de consumir solos, sobre todo por medio de un choque con la realidad que los ha hecho entender algo, sin embargo, eso no le pasa a todo el mundo ese mismo choque lo puede hundir más en su consumo, la adicción es una enfermedad que debe ser tratada por profesionales.



Guayaquil, 1 de febrero 2022

Señores:  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS  
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Yo, Jonnathan Garcia Velasquez, con cédula de identidad

# 0917 52 68 73, director general del centro de rehabilitación "Un Nuevo Amanecer", autorizo la publicación en el repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil con fines académicos del trabajo de titulación, "Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso". Realizado por el Sr. y la Srta. Carlos Eli Barreiro Torres y Joselyn Katherine Santillán Sánchez para la obtención del título Licenciado (a) en Psicología Clínica / Organizacional Cualquier otro fin que se le dé a este documento deberá ser aprobado por los directivos de la empresa.

Atentamente.

CENTRO ESPECIALIZADO EN ADICCIONES  
"UN NUEVO AMANECER"  
RUC: 6917526873001  
Jonnathan Garcia

---

JONNATHAN GARCIA VELASQUEZ  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO  
098-291-6716

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Santillán Sánchez, Joselyn Katherine** con C.C: # **0927642470** autora del trabajo de titulación: Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso, previo a la obtención del título de Lcda. en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de febrero del 2022



f. \_\_\_\_\_

**Santillán Sánchez, Joselyn Katherine**  
C.C:0927642470



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barreiro Torres, Carlos Eli** con C.C: # **0924998750** autor del trabajo de titulación: Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso, previo a la obtención del título de Lcdo. en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de febrero del 2022

f. \_\_\_\_\_

**Barreiro Torres, Carlos Eli**

**C.C: 0924998750**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Expectativas de los adictos sobre el trabajo de recuperación, la reinserción social y el rol de la familia en este proceso.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Barreiro Torres, Carlos Eli Santillán Sánchez, Joselyn Katherine		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Rojas Betancourt, Rodolfo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciados en Psicología clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 de febrero del 2022	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	71
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ciencias Sociales, Salud Mental, Psicoanálisis, Adicciones, Psicología Clínica.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adicción, Toxicomanía, Rol Familiar, Terapia, Reinserción Social, Proceso de Rehabilitación, Rehabilitación, Drogas.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Hoy en día y desde hace mucho tiempo el problema del consumo ha sido un tema para tratar de manera mundial y los últimos años ha tomado más fuerza. Se ha logrado identificar que es la última instancia del proceso de rehabilitación la que más les cuesta a los sujetos. Esta es la parte donde deben volver a insertarse en la sociedad que alguna vez lo rechazaron. En este proceso nacen muchas fantasías donde prima el lado positivo de todo más no el realista.</p> <p>El objetivo del presente trabajo es identificar las expectativas que surgen en los pacientes mediante investigación, cuestionarios y entrevistas aplicadas a los sujetos internos y así llevar a cabo una clasificación de las causas más comunes que impiden un correcto proceso de rehabilitación y explicar la incidencia de la familia. Según lo obtenido en los cuestionarios y las entrevistas se pudieron obtener los temas más comunes de las expectativas que se surgen a partir de un alta, entre las más mencionadas están todo lo relacionado con la familia, pensar que su vida social seguirá igual y la más común pensar que todo va a seguir siendo igual que antes. Un tema importante es el hecho de que la familia puede llegar a propiciar un consumo como también detenerlo y lo más importante de lo obtenido en este trabajo es que el consumo de drogas no es el problema real, el consumo da cuenta de un problema real y la sociedad no entiende esto por lo que para un adicto mantenerse limpio puede ser un gran desafío.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	0963930431 0996375628	E-mail: joselynsanti16@gmail.com carloselibt@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.</b> <b>Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419</b> <b>E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			