Revista Argentina de Clínica Psicológica
ISSN: 0327-6716
racp@aigle.org.ar
Fundación Aiglé
Argentina

Martínez Ortiz, Efrén; Castellanos, Carol; Osorio Castaño, César Augusto; Camacho Lee, Sergio

Efectos de la logoterapia sobre los recursos personales de las personas con adicción

Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXIV, núm. 3, noviembre, 2015, pp. 231-241
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946988005

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista Argentina de Clínica Psicológica
2015, Vol. XXIV, Nº 3, 231-241

EFECTOS DE LA LOGOTERAPIA SOBRE LOS RECURSOS PERSONALES DE LAS PERSONAS CON ADICCIÓN

EFFECTS OF LOGOTHERAPY ON PERSONAL RESOURCES FOR PEOPLE WITH ADDICTION

Efrén Martínez Ortiz,
Carol Castellanos,
César Augusto Osorio Castaño
*y Sergio Camacho Lee**

Resumen

En la actualidad la logoterapia se ha constituido en un campo de acción particular con importantes avances y aportes dentro de la ciencia psicológica para el tratamiento de distintas problemáticas. En este trabajo, especialmente, se pretende establecer de qué manera se afectan los recursos personales de los seres humanos (Autotrascendencia y Autodistanciamiento) en los procesos de adicción, y de qué manera el tratamiento logoterapéutico modifica el despliegue de estos mismos. Se utilizó un estudio comparativo en el que a través de dos grupos (modelo CAYA y modelo de los 12 pasos) y mediante la escala de recursos noológicos se midió el impacto de ambos tratamientos sobre los recursos mencionados, encontrándose interesantes resultados que muestran diferencias que favorecen la aplicación de un modelo de tratamiento logoterapéutico.

Palabras clave: *logoterapia, recursos noéticos, adicciones, modelo de los 12 pasos, modelo CAYA, sentido de vida.*

Abstract

At present logotherapy has become a particular field of action with significant advances and contributions in psychological science for the treatment of various problems. In this paper, especially, the aim is to establish how the personal resources of human beings (Self-Transcendence and Self-Distancing) in addiction processes are affected, and how logotherapy treatment modifies the deployment of the same. It was used a comparative study that through two groups (CAYA model and 12-step model) and by the escala de recursos noológicos measured the impact on resources of both treatments finding interesting results showing differences favoring a model of treatment based on logotherapy.

Key words: *logotherapy, noetic resources, addictions, 12-step model, CAYA model, sense of life.*

Recibido: 20-01-15 | Aceptado: 24-07-15

La Logoterapia clínica o Psicoterapia centrada en el sentido (PCS) debe ir más allá de sus orígenes, en donde fue considerada por su fundador un complemento de la psicoterapia (Frankl, 1997), pues la logoterapia nació y tuvo su primera infancia en medio de los planteamientos psicoanalíticos de hace un siglo y del behaviorismo de décadas atrás, psicoterapias diferentes a lo existencial, motivo por el cual, era simplemente un imposible introducir una "nueva psicoterapia", siendo la pretensión inicial de Frankl "complementar" la psicoterapia más que sustituirla (Martínez, Schulenberg y Pacciola, 2013). En la actualidad la logoterapia, se establece como una psicoterapia con un campo científico particular de estudio, con resultados de investigación que han llevado a la evolución, no solo de sus planteamientos, sino también, a la producción de diversos y valiosos datos empíricos, instrumentos de evaluación y modos de intervención, siendo posible encontrar en la actualidad propuestas logoterapéuticas para

* *Efrén Martínez Ortiz, Carol Castellanos, César Augusto Osorio Castaño y Sergio Camacho Lee, Fundación para el avance de la psicoterapia centrada en el sentido (SAPS), Bogotá, Colombia. E-Mail:yortiz@hotmail.com*
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIV p.p. 231–241
© 2015 Fundación AIGLÉ.

el abordaje de diversos problemas psicológicos como los Trastornos de la Personalidad Narcisista (Rogina, 2002; Martínez, 2011), Borderline (Rodrigues, 2004), Evitativo (Martínez, 2011), Dependiente (Martínez, 2011; Rogina y Quilitch, 2006), y el Histriónico (Lukas, 1995, 2004, Frankl, 1995, Martínez, 2011); La adicción al alcohol y drogas (Crumbaught, 1980; Duque, 1998; Henrion, 2002; Hutzell, 1984, Lukas, 1995, 2005; Martínez, 2002, 2003, 2009, Oscariz, 2000; Schippan, 1997) y los trastornos alimenticios (Lukas, 2004); la depresión (Lukas, 1998, 2001, 2004; Frankl, 1992, 1995), específicamente el Trastorno depresivo mayor (Henrion, 2004), los Trastornos de ansiedad/Trastorno de ansiedad Generalizada (Frankl, 1992, 1995; Lukas, 1992, 2004; Rogina, 2002) incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo (Lukas, 2004; Frankl, 1995); la neurosis noógenas o vacío existencial (Pacciolla, 2007; Lukas, 1990, 2001; Martínez, 2009a); el duelo (AVEF, 2011, Lukas, 2002; Berti, 2003), los trastornos del sueño (Lukas, 2004; Frankl, 1995) y las disfunciones sexuales (Lukas, 2004; Frankl, 1995), entre otros.

La PCS plantea la existencia, además del componente biológico y psicológico (y social), del componente espiritual o existencial, es decir, lo libre en el hombre y la característica netamente humana. Específicamente para este trabajo, es interesante profundizar en un aspecto de este potencial espiritual (también llamado noético o existencial) que son los recursos noológicos. Los recursos noológicos son capacidades específicamente humanas que se convierten en los principales elementos para el desarrollo de una PCS. Una psicoterapia realmente humanizada y re humanizada, necesita tener presente estas dos capacidades específicamente humanas (Frankl, 1992). ¿Qué y cuáles son estos recursos o capacidades? Sintetizando lo planteado por Frankl (1992,1999) y Martínez (2007) estos recursos son características del hombre, restringibles pero ineludibles, que no tienen una realidad material y que son siempre potencialidad, son las dos características fundamentales de la existencia humana: el autodistanciamiento y la autotrascendencia, salir de mí para verme y salir de mí para ver y entregarme a algo significativo o a otro ser humano a quien amar. El autodistanciamiento, es entonces, la capacidad humana de poder mirarse a sí mismo, de poder realizar un monitoreo y control de los propios procesos emocionales y cognitivos (Martínez, 2011). Lo espiritual, decía Frankl (1994), siempre tiene la capacidad de distanciarse de su situación y no diluirse en ella. Pero, no solo es la capacidad de ver nuestra situación, también es la capacidad de oponernos a ella, de pararnos firmes frente a lo que nos sucede, sentimos y pensamos (Frankl, 1999). El autodistanciamiento, puede desplegarse en tres componentes fundamentales: la autocomprensión, la autorregulación y la autoproyección. La primera tiene que ver con la capacidad de poder mirarse a sí mismo, evaluar lo dado a la conciencia, generar conexiones entre objetos intencionales, describir la vivencia y aceptar lo captado (Martínez, 2011). La segunda capacidad, la autorregulación tiene que ver con la posibilidad de hacer frente a los mandatos psicológicos y físicos, ser capaz de oponerse, aceptar o buscar estrategias alternas para la distensión de estos mandatos (Martínez, 2011). Por último, está la autoproyección, capacidad de lo espiritual para verse distinto a futuro, para encontrar otra versión de sí y poder evaluar y describir esa vivencia futura (Martínez, 2011). La autotrascendencia, era definida por Frankl (1988) como la capacidad de dirigirse a algo más que a sí mismo, es decir, la capacidad de dirigirse y realizarse en el amor por el otro, puede considerarse una de las bases más importantes de la PCS, pues de ella, deriva toda la teoría motivacional propuesta por Frankl (Frankl, 1999). Por su parte, la autotrascendencia también tiene su correlato en tres diferentes elementos: la diferenciación, la afectación y la entrega. La diferenciación permite separar lo que es propio y lo que es del otro, para aceptarlo y respetarlo (Martínez, 2011). La afectación y la entrega permiten, una vez diferenciados del otro, poder separarnos de nuestro egoísmo para entregarnos a relaciones auténticas y realmente amorosas (Frankl, 2001). Es decir, nos diferenciamos del otro para poder captar los valores y el sentido y poder llevar así a consumación una vida auténtica mediante la entrega a una misión particular.

Frankl (1994), exponía como lo existencial o la libertad puede estar limitada por su instrumento de expresión psicofísico, no es que depende de este, pero sí se pueden generar ciertas restricciones. Siendo la libertad del hombre un correlato teórico de central importancia en la PCS, no podemos decir que el hombre esté totalmente limitado por su carga genética o componente ambiental dentro del eterno debate de la psicología sobre libertad vs determinismo. Sin embargo, estas vulnerabilidades pueden generar restricciones a la expresión de la libertad y de las capacidades específicamente humanas: los recursos noológicos. Según Martínez (2013), esta restricción puede darse de dos maneras: alteraciones en la maduración del organismo psicofísico, como el retraso mental o los trastornos del desarrollo o afecciones que impiden la instrumentalización del organismo psicofísico, como los trastornos psiquiátricos y psicológicos, y en este caso, para nuestro particular interés: las adicciones. En el primer caso, el individuo y su carácter poseen una menor responsabilidad, dado que estas restricciones son generalmente de tipo biológico, sin embargo, en el segundo

y como bien lo decía Frankl (1992) el carácter de la persona es el que hará que una vivencia particular se vuelva o no significativa y tenga o no un impacto restrictor de la persona espiritual. Una restricción puede tener una preponderancia somatógena o psicógena, entendiendo que ninguna problemática humana es solamente psicológica o biológica. Así mismo, una restricción somatógena puede tener expresiones netamente biológicas o expresarse de manera psicológica, así como, una restricción psicológica puede tener expresión solamente psicológica o manifestarse también en sintomatología biológica (Martínez, 2013). "Una enfermedad por lo tanto es siempre más o menos psicógena o más o menos somatógena" (Frankl, 1992). Independiente del origen de la restricción, el bloqueo de las capacidades existenciales varía por niveles según la afectación que pueda tener el organismo psicofísico, entre más cerrado o golpeado se encuentre, más difícil se hará la expresión de las características existenciales del hombre. Los problemas mentales, son entonces, psicopatologías de la libertad (Martínez, 2013). La concepción de enfermedad o psicopatología dentro de la PCS, está relacionada entonces con un bloqueo de la capacidad de expresión de lo existencial en el hombre, es decir, con la dificultad para autocomprenderse, autorregularse y autoproyectarse (Autodistanciamiento), asi como con la dificil tarea de acceder al sentido de la vida (Autotrascendencia).

Es importante aclarar que los recursos de autodistanciamiento y Autotrascendencia no se manifiestan independientemente sino que se expresan de manera interrelacionada (Martinez, 2011, Martinez, Hurtado, Estrada y Castellanos, 2012), tal cual, la Escala de Recursos Noológicos lo estableció empiricamente (Martínez, Díaz del Castillo y Jaimes, 2010) a traves de 6 dimensiones o factores:

El primer factor Impotencia/Potencia, hace referencia al nivel de expresión de las potencialidades personales, a través de las metas y propósitos, es decir, se encuentra en personas que se perciben responsables de su futuro y por lo tanto con claridad frente a dónde quieren llegar. Esto implica autoconocimiento y autoridad frente a sí mismos. El segundo factor Apego de sí mismo/ Distancia de sí mismo, es el grado de separación personal frente a los mandatos de la dimensión biológica y la psicológica. Implica asumir la responsabilidad frente a sí mismo, distanciándose de sus opiniones y argumentos, o los de otras personas, para no identificarse plenamente con ellos, y desde esa postura decidir libre y responsablemente. El tercer factor Sometimiento de sí mismo/ Dominio de sí mismo, hace referencia al nivel de gobernabilidad personal, es decir, la posibilidad de tomar una postura frente a las emociones, instintos y/o pensamientos, ya sea para darles lugar o para oponerse a ellos. El cuarto factor Inmanencia/Trascendencia, que representa el grado de sensibilidad hacia el mundo y hacia el sentido, para dejarse tocar por los valores y resonar afectivamente. El quinto factor Indiferenciación/Diferenciación, entendido como grado de distinción interna y externa entre los propios recursos y los de los demás. Desde esta perspectiva se logra reconocer a los demás como individuos válidos, desarrollando la aceptación y el respeto por la diferencia, y el último factor Regresión/Proyección, entendido como la capacidad de visualizarse a futuro manteniendo la esperanza en el cambio. Implica asumir la responsabilidad y el protagonismo frente a su propio destino, percibiéndose capaz de cambiar y reaccionar mejor ante las diferentes circunstancias de la vida plantea. (Martínez et al. 2010).

Para muchos autores la adicción es una enfermedad que aqueja al espíritu humano, una condición que no solo atraviesa la dimensión física o psicológica de la persona, sino que incluye una dificultad en la dimensión espiritual o existencial (Wiklund, 2008 a y b; Piedmont, 2004; Thompson, 2012), siendo uno de los aspectos más importantes el sentido de vida (Lyons, Frank y Kelly, 2010; Lyons, Deane, Caputi, y Kelly, 2011). Según Víctor Frankl (1994) el abuso de sustancias es una consecuencia de una vida sin sentido (Thompson, 2012) y aunque hoy en día se sabe que las adicciones son una condición multicausada, diferentes investigaciones han validado el postulado de Frankl mostrando una fuerte relación entre el abuso de sustancias y el sentido de vida (Schnetzer, Schulenberg y Buchanan, 2012; Harlow, Newcomb y Bentler, (1986); Noblejas de la Flor, 1997). Específicamente se ha encontrado que el tener metas de sentido está asociado con un consumo menos frecuente de alcohol (Lecci, MacLean y Croteau, 2002), con menor consumo abusivo de alcohol, y con una menor presencia de consecuencias negativas por uso de alcohol (Palfai, Raltson y Wright, 2011; Palfai y Weafer, 2006). En los adolescentes, el malestar que surge como consecuencia de conflictos relacionados con las metas de la vida está asociado con usar alcohol como estrategia de afrontamiento (Lecci et al, 2002). En población de adolescentes hospitalizados con problemas de salud mental y adolescentes no hospitalizados que estaban cursando grados de bachillerato, se encontró que aunque los adolescentes hospitalizados reportaban menores niveles de autoestima, depresión, y sentido de vida, la variable de sentido de vida actuaba como mediadora y predictora, por sí sola, de mayor consumo de sustancias, explicando el 33% de la varianza entre la relación de sentido de vida

y uso de drogas en esta población (Kinnier et al., 1994; Rahman, 2001).

En poblaciones de personas que sufren adicciones, hay evidencia de que las personas consumidoras de drogas reportan menores puntajes de percepción de sentido de vida cuando se las compara con personas que no abusan de drogas (Nicholson et al, 1994; Kinnier et al., 1994; Rahman, 2001; Noblejas de la Flor, 1997; Schnetzer, Schulenberg y Buchanan, 2012). Sin embargo los estudios sólo han evaluado la variable existencial de sentido de vida, dejando por fuera otras variables existenciales como el autodistanciamiento y la autotrascendencia.

Aunque no de manera explícita, la mayoría de tratamientos de adicciones, intervienen en el sentido de vida durante diferentes etapas del tratamiento buscando aumentar la coherencia personal, encontrando metas de sentido, clarificando valores para motivar al cambio, y trabajando la dimensión espiritual en términos de encontrar una labor o una causa que trascienda el consumo de drogas (Noblejas de la Flor, 1997), Sin embargo, esta es la primera vez que se evalúa el impacto de la intervención en otros recursos existenciales diferentes al sentido de vida, pretendiendose encontrar si la intervención logoterapéutica afecta de alguna forma los recursos noológicos de las personas con problemas de adicción (McCrady, 2008).

Modelo de tratamiento de orientación logoterapéutica - CAYA

El modelo "Colectivo aquí y ahora" (CAYA) se sustenta en un modelo multicomponente de tipo psicoterapéutico con cuatro grandes ejes teóricos: sentido de vida, motivación para el cambio, personalidad y prevención de recaídas (Martínez, 2005, 2015), ejes trabajados a través de la intervención directa en los recursos noológicos de sus participantes.

El primer eje constituye el núcleo filosófico del programa resaltando la importancia del sentido de vida y el análisis existencial en el tratamiento de las adicciones. Este componente se fundamenta en las investigaciones que confirman la relación de la adicción con la ausencia de sentido de vida (Noblejas, 1994) y la importancia del mismo para el tratamiento de la adicción (Galanter, 2010).

Este primer eje del modelo terapéutico se basa en la teoría de la logoterapia de Viktor Frankl la cual sustenta que el desarrollo de las adicciones está asociado con un vacío existencial y de esta forma busca facilitar la percepción de sentido de vida en el paciente. Dentro de este mismo eje se contempla el trabajo realizado por Martínez (2002, 2010) que integra la mirada existencial a la adicción, la potenciación de recursos personales, y la relación terapéutica desde un abordaje logoterapéutico.

El segundo componente del modelo de CAYA, rescata la importancia del trabajo motivacional para aumentar la adherencia al tratamiento y la motivación al cambio (Martínez, 2013). Este componente integra los principios de la terapia motivacional de Miller y Rollnick (1999), así como el trabajo de Frankl (1994, 2001) que propone del sentido de vida como factor motivacional para la recuperación de las adicciones.

El tercer eje del modelo CAYA busca intervenir en problemas de personalidad y otros trastornos clínicos que aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de la adicción. Los estudios muestran que la prevalencia de trastornos de personalidad (TP) en personas que consumen sustancias se encuentra alrededor del 44% para dependientes al alcohol y 79% para consumidores de opiáceos (Verheul et al 1995, 1998a, citados por Verheul, Van den Bosch y Ball, 2007). Así mismo, Trull, Jahng, Tomko, Wood y Sher (2010), señalaron prevalencias más altas de trastornos de uso de sustancias en población de personas diagnosticadas con TP.

La postura del modelo CAYA afirma que en muchos casos la presencia de un TP es primaria al trastorno de uso de sustancias y describe relaciones de comorbilidad en las cuales los rasgos patológicos de la personalidad subyacen a la aparición del consumo patológico de SPA (Martínez, 2011). Este modelo ha recibido apoyo en gran cantidad de estudios que comenzaron en la década de los noventa (Verheul, van den Bosch y Ball, 2007). De esta forma, en el modelo CAYA se espera que interviniendo en los rasgos de personalidad patológicos los pacientes tengan un mejor pronóstico y menor número de recaídas tras la salida del tratamiento.

El último eje del Modelo CAYA se enfoca en la prevención de recaídas. Este último eje se fundamenta en las investigaciones que han mostrado que los tratamientos que no incluyen un programa de prevención de recaídas presentan un menor mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y episodios de recaída de mayor intensidad (Rawson et al., 2002; Witkiwietz y Marlatt, 2004).

Además de los cuatro ejes del tratamiento, que están presentes en cada etapa del mismo, el modelo incluye una intervención familiar llevada a cabo a través de 10 sesiones de psicoterapia familiar y 36 sesiones de intervención multifamiliar, una in-

tervención de logoterapia individual desarrollada a través de 16 sesiones de psicoterapia centrada en el sentido y una intervención grupal llevada a cabo en 320 sesiones (Martínez, 2005).

El modelo terapéutico de la fundación integra diversas prácticas basadas en la investigación y la literatura que han mostrado ser efectivas para el tratamiento de adicciones y agrega componentes fundamentales enfocados en al aumento del sentido de vida, los recursos noológicos, y la intervención en rasgos de personalidad que restringen la posibilidad de recuperación.

Entendiendo la importancia de implementar la evaluación continua del tratamiento y así establecer la validez del modelo terapéutico CAYA para reducir el consumo de SPA y aumentar la funcionalidad del paciente, el presente estudio pretende comparar la incidencia de un programa logoterapéutico en los recursos noológicos de personas con problemas de adicción.

Modelo de 12 pasos

Los tratamientos de ayuda mutua y los grupos de autoayuda son la tradición más antigua para el tratamiento de la adicción (Martínez, 2013), siendo espacios de encuentro en donde personas con problemas comunes se juntan, comparten y aprenden unos de los otros, sin la presencia de un profesional que maneje el grupo, creando así un sistema que brinda comprensión, inculca esperanza y da la experiencia de sentirse amado y sostenido por un cúmulo de relaciones de apoyo social. El principal grupo de autoayuda es AA, confraternidad de donde nacieron los Narcóticos anónimos y los grupos para familiares de adictos Al-anon y Al-ateen.

Los grupos de doce pasos nacen en 1935 gracias a la reunión de dos alcohólicos Bill W. y el Dr. Bob que descubren que al compartir sus dificultades podían parar de consumir; dichos grupos surgen como resultado de vivencias personales de sus fundadores, acompañados de experiencias espirituales que les permitieron empezar a plantear el desarrollo de 12 pasos a partir de parámetros derivados de unos grupos denominados Oxford. Estos 12 pasos han sido acompañados de 12 tradiciones que dan el marco que garantiza el mantenimiento de la estructura del grupo. La selección de los participantes se da por voto propio, es decir, cualquier persona que considera tener un problema con las sustancias puede asistir, siendo el único requisito para pertenecer a esta confraternidad el deseo de dejar de consumir (Narcóticos Anónimos, 1991).

El Modelo de 12 pasos se basa en el concepto que la adicción es una enfermedad per se y que la abstinencia total es la única salida a la enfermedad (Flores, 1996), llegándose a considerar que la depresión, la ansiedad y los problemas de personalidad son síntomas de la enfermedad de la adicción. Para Narcóticos Anónimos el consumo incluye cualquier sustancia que altere la mente y cambie el estado de ánimo, considerando la adicción una enfermedad incurable pero detenible, que afecta el cuerpo, la mente y el espíritu (Narcóticos Anónimos, 1991), estableciéndose como una confraternidad compuesta por personas para quienes las drogas se habían convertido en un problema muy grave, utilizando las reuniones para "tratarse" en busca de la abstención (Martínez, 2013).

Métodos

Diseño

Se realizó un estudio cuasiexperimental de grupos comparados con medidas pretest-postest. G1 (Intervención con modelo logoterapéutico) y G2 (Intervención con modelo psiquiátrico y de 12 pasos), las medidas pre y post se tomaron con la Escala de Recursos noologicos (Martínez et al., 2010).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 81 personas diagnosticadas con problemas de adicción, con edades entre los 14 y 57 años, con una edad promedio de 25,86 años y mediana de 22. El 70,4% eran hombres y el 29,6% mujeres, tratados en dos modelos de tratamiento diferentes durante el primer semestre del 2014, sin diferencias significativas en las proporciones. En el tratamiento 1 el número de participantes fue 31 con una representación del 38,3% dentro de toda la muestra. En el tratamiento 2 el número de participantes fue 50 con una representación del 61,7%. Los dos tratamientos bajo la modalidad residencial o de internación.

Instrumentos

Para esta investigación se utilizó la escala de recursos noológicos, cuyo objetivo es documentar empíricamente la dimensión existencial, de manera que se identifiquen los diferentes factores o recursos noéticos concretos que tienen las personas. Es un instrumento que puede ser autoadministrable o de aplicación individualizada, en contextos clínicos o de investigación. Comprende 49 preguntas con modalidad de respuesta tipo likert de "Totalmente

en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo". Presenta una consistencia interna de 0,90 y comprende 6 componentes, que se conceptualizan como Impotencia/Potencia, Apego de sí /Distancia, sometimiento de sí /Dominio, Inmanencia/Trascendencia, indiferencia/Diferencia, y Regresión/Proyección. Cuenta con puntajes porcentuales de dominio escalar y baremización en percentiles para hombres y mujeres colombianos por grupos etarios entre los 15 y 65 años (Martínez, Díaz del Castillo y Jaimes, 2010) con una definición de la manifestación del recurso a través de 5 niveles: Bloqueado, restringido, ambivalente, desplegado y pleno que indican en su orden de la menor expresión a la mayor manifestación del recurso. Esta escala se aplicó indagando además por datos sociodemográficos como la edad, sexo y carrera.

Resultados

Al observar las medianas, como se puede ver ejemplificado en la Figura 1, de los puntajes en cada factor noético, tanto en el tratamiento 1 como en el tratamiento 2, aumentan los puntajes de los recursos de potencia, distancia y trascendencia entre el pretest y el postest. En cuanto al dominio de sí, cuando se compara el pre y post, este aumenta solo en el tratamiento 1. Por su parte, en lo que refiere a la proyección, el puntaje se mantuvo igual en el tratamiento 1 y disminuyó en el tratamiento 2. Finalmente en relación con la diferenciación, el puntaje disminuyó en el tratamiento 1 y se mantuvo igual en el tratamiento 2.

Al observar las diferencias entre pre y post dentro de cada grupo, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, ilustrados en la Tabla 1, indican que en el tratamiento 1 hay un aumento de los puntajes en todos los factores excepto a nivel de la diferenciación y proyección. Por su parte, en el tratamiento 2, hay un aumento significativo en potencia y trascendencia.

La prueba de Mann Whitney, resultados ilustrados en la Tabla 2, para muestras independientes indica que el puntaje de Potencia fue mayor en el tratamiento 1 que en el 2 al comparar los puntajes pre con los puntajes post U= 518,5, p =0,01.

Discusión

Los resultados muestran cómo diferentes formas de intervención terapéutica en las adicciones tienen efectos positivos en los recursos personales de los pacientes, aumentando los puntajes de los recursos de potencia, distancia y trascendencia entre el pretest y el postest, lo que implica que las dos formas de intervención (Logoterapia y modelo de 12 pasos/psiquiátrico) logran aumentar las potencialidades personales, la distancia de sí mismo o autoobservación y el nivel de sensibilidad hacia el mundo (Martínez, et al., 2010); sin embargo, solo el modelo logoterapéutico mostró cambios positivos

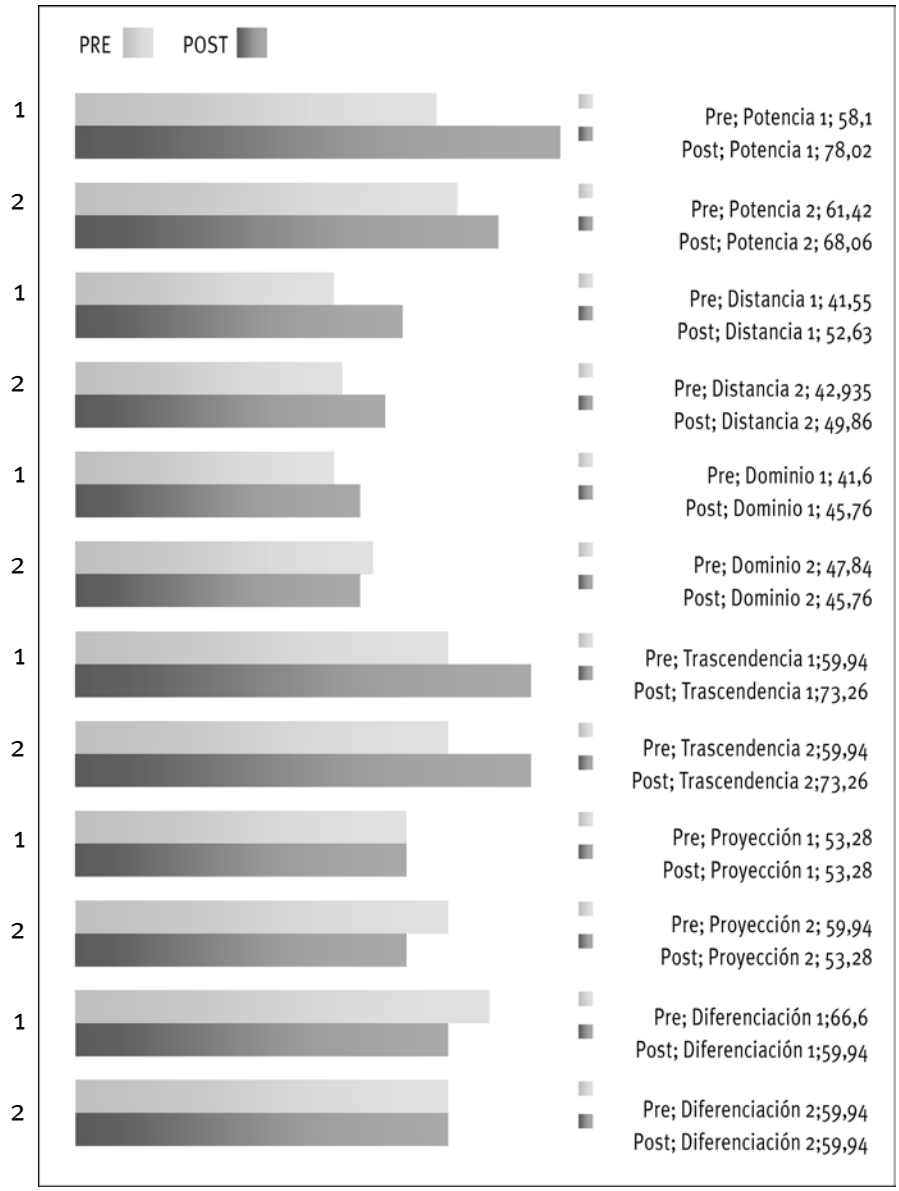
Tabla 1. **Resultado de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon**

	TRATAMIENTO	POTENCIA	DISTANCIA	DOMINIO	TRASCEDENCIA	DIFERENCIACIÓN	PROYECCIÓN
1	Z	-4,785[b]	-3,516[b]	-2,386[b]	-3,040[b]	-0,329[b]	-0,544[c]
	Sig. asintót. (bilateral)	0	0	0,017	0,002	0,742	0,587
2	Z	-3,855[b]	-1,755[b]	-0,439[b]	-2,809[b]	-0,243[c]	-0,038[c]
	Sig. asintót. (bilateral)	0	0,079	0,661	0,005	0,808	0,97

Tabla 2. **Resultados de la Prueba de Mann Whitney para los dos tratamientos en cuanto a los puntajes en los factores noéticos**

	POTENCIA	DISTANCIA	DOMINIO	TRASCENDENCIA	DIFERENCIACIÓN	PROYECCIÓN
U de Mann-Whitney	518,5	603	734	641,5	730	708,5
Z	-2,496	-1,681	-0,403	-1,314	-0,448	-0,663
Sig. asintót. (bilateral)	0,013	0,093	0,687	0,189	0,654	0,508

Figura 1. **Medianas de los puntajes en cada factor noético concreto de acuerdo con el tratamiento.**



en el factor de Dominio de sí, lo que implica que dicho modelo, al parecer, genera un mayor nivel de gobernabilidad personal, es decir, la posibilidad de tomar una postura frente a las emociones, instintos y/o pensamientos, ya sea para darles lugar o para oponerse a ellos. El dominio de sí refleja la capacidad de autorregulación, entendida como la capacidad de regular los propios procesos cognitivos y emotivos generando un mayor margen de libertad (Martínez, 2011) o de autodistanciamiento (Frankl, 1992), circunstancia de gran valor, especialmente en al ámbito de las adicciones y que podría explicarse porque el modelo G1 (Modelo CAYA de intervención logoterapéutica) centra su intervención en el terreno psicoterapéutico focalizando en el posicionamiento de la persona ante lo que le acontece (Frankl, 1994, 1999, Martínez, 2007, 2011) y no exclusivamente en la sustancia, siendo este punto uno de los cuatro ejes de trabajo del modelo CAYA (Martínez, 2015).

En cuanto al recurso de la autoproyección, entendida como la capacidad de visualizarse a futuro

manteniendo la esperanza en el cambio, los dos modelos inician en un buen nivel, sin embargo, solo el tratamiento G1 mantuvo el nivel de motivación de manera constante a lo largo del proceso terapéutico, circunstancia que podría explicarse debido a que el Modelo CAYA cuenta con un sistema de trabajo motivacional centrado en mantener la motivación a lo largo del proceso (Martínez, 2015). Finalmente en relación con la diferenciación, entendida como el grado de desarrollo de la aceptación y el respeto por la diferencia, componente fundamental de la autotrascendencia (Frankl, 1988, 1999, Martínez, 2011) el puntaje disminuyó en el G 1 y se mantuvo igual en el tratamiento 2, situación que requiere de un mayor nivel de investigación que pueda dar luces de este resultado, pues como hipótesis podría plantearse que el tratamiento 1 puede generar en sus participantes cierta intolerancia con los consumidores o con aquellos que no comparten los valores aprendidos.

Al observar las diferencias pre - post al interior de cada grupo, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon muestra que el Modelo CAYA (Logoterapia) tiene un aumento en 4 de los 6 factores (Distancia de sí, Dominio, Trascendencia y Potencia) excepto a nivel de la diferenciación en donde hay una disminución y proyección que logra mantenerse estable; mientras que en el tratamiento 2, solo hay un aumento significativo en 2 de los 6 factores (potencia y trascendencia). Encontrándose además a través de la prueba de Mann Whitney que el puntaje de Potencia que se aumentó en los dos modelos de tratamiento, fue mayor en el G1 (Logoterapia) que en el G2 (12 pasos/psiquiátrico) al comparar los puntajes pre con los puntajes post.

En conclusión, aunque este estudio preliminar requiere de nuevas investigaciones que permitan comprender con mayor profundidad los datos encontrados, al parecer el modelo CAYA de orientación logoterapéutica muestra mejores resultados al momento de evaluar el impacto que tienen los dos modelos en los recursos personales o noológicos de sus participantes y arroja luces a los dos modelos para revisar sus intervenciones y enriquecer las áreas que aún podrían tener un mayor éxito.

Limitaciones

Algunas limitaciones de los estudios actuales en logoterapia incluyen la presencia de términos teóricos ambiguos como espiritualidad o recursos noológicos, motivo por el cual no siempre es fácil para el nuevo lector comprender la riqueza de cada uno de estos conceptos. Se debe continuar invirtiendo en estudios que informen de mejor forma acerca del papel que juegan los recursos noológicos en la adherencia al tratamiento, el proceso de cambio y la recaída. Así mismo, es importante estudiar a futuro como los recursos noológicos se relaciona con otras variables que influyen en la recuperación, tales como la personalidad del paciente, el tipo de sustancia consumida, etapa del proceso de adicción, el modelo del tratamiento y la comorbilidad con otros problemas mentales, entre otras.

Finalmente, se sugiere realizar investigaciones que informen más acerca de los diferentes componentes de intervención que impactan los recursos noológicos, de tal forma que se puedan tomar decisiones acerca de la utilidad clínica de algunas estrategias terapéuticas construidas para tal fin.

REFERENCIAS

AVEF. (2011). *Suicidio y vida. Desde y contra la memoria... hacia el sentido*. Barcelona: Ed. Sello editorial.

Berti, G. y Schneider, A. (2003) Cuando un hijo muere. Logoterapia y ayuda mutua en el proceso de duelo: experiencia de los grupos renacer. *Revista Mexicana de Logoterapia, 10*, 21-46.

Crumbaugh, J. (1980). *Logotherapy: New help for problem drinkers*. Chicago: Ed. Nelson Hall.

Duque, T. (1998) Intervención logoterapéutica con drogodependientes en prisión. Boletín de logoterapia y análisis existencial. *Asociación española de logoterapia, 2*, 59-72.

Flores, P.H. (1996). Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos. En: H.I. Kaplan y B.J. Sadock. *Terapia de grupo*. (pp.470 – 473) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Frankl, V. (1988). Logos, paradoja y búsqueda de significado. En M. Mahoney y J. Freeman. *Cognición y psicoterapia.* Barcelona: Paidós.

Frankl, V. (1992). *Teoría y tratamiento de las neurosis.* Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1994). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.

Frankl, V., (1995). *La Presencia Ignorada de Dios*. Barcelona: Ed. Herder

Frankl, V. (1997). *Psicoanálisis y existencialismo*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1999). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.

Frankl, V. (2001). *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona: Herder.

Galanter, M. (2010). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*; *33,* 265–272.

Harlow, L. Newcomb, M., & Bentler, P. (1986). Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a meditational factor. *Psychological Bulletin, 15*, 277-284

Henrion, R. (2002). Alcohol use disorders: Alcohol dependence. *The International Forum for Logotherapy, 25,* 30 –38.

Henrion, R. (2004). Logoanalysis: For treatment of mood disorder due to medical condition. *The International Forum for Logotherapy, 27*, 3– 8.

Hutzell, R.R. (1984). Logoanalysis for alcoholics. *The International Forum for Logotherapy, 7*, 40–45.

Kinnier, R., Metha, A., Keim, J., Okey, J., Adler-Tabia, R., Berry, M., & Mulvenon, S. (1994). Depression, Meaninglessness, and substance abuse in "normal" and Hospitalized Adolescents. *Journal of alcohol and drug education*, *39*, (2), 101-111.

Lecci, L., MacLean, M. G., & Croteau, N. (2002). Personal goals as predictors of college student drinking motives, alcohol use and related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, *63*, 620–630.

Lukas, E. (1990). *Mentalizao e saude*. Petrópolis: Ed. Voces.

Lukas, E. (1995). *Psicoterapia en dignidad*. Buenos Aires: Ed. San Pablo.

Lukas, E. (1998). *Una vida fascinante. En la tensión entre ser y deber ser*. Buenos Aires. Ed. San Pablo.

Lukas, E. (2001).*Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.

Lukas, E. (2002). *En la tristeza pervive el amor*. Barcelona. Ed. Paidós.

Lukas, E. (2004). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Ed. Paidós.

Lukas, E. (2005). *Libertad e identidad. Logoterapia y problemas de adicción*. Barcelona. Ed. Paidós.

Lyons, G., Deane, F., Caputi, P., & Kelly, P. (2011). Spirituality and the treatment of substance use disorders: An exploration of forgiveness, resentment and purpose in life. *Informa Healthcare, 19*, 5, 459-469.

Lyons, G., Frank, D., & Kelly, P. (2010). Forgiveness and purpose in life as spiritual mechanisms of recovery from substance use disorders. *Addiction research and theory*, *18* (5), 528-543.

Martínez, E. (2002). *Logoterapia. Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones.* Bogota: Ed. Colectivo Aquí y Ahora.

Martínez, E. (2003). *Acción y elección. Logoterapia, logoterapia de grupo y abordaje de las drogodependencias*. Bogotá: Ed. Colectivo Aquí y Ahora.

Martínez, E. (2005). *Hacia una recuperación con sentido*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.

Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica.* Bogotá: Herder.

Martinez, E. (2009). *Modelo Logoterapéutico-ambulatorio en adicciones*. En: S. Saénz. *Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas*. Buenos aires. Ed. San pablo.

Martínez, E. (2009a). *Buscando el sentido de la vida. Manual del facilitador*. Ed. Colectivo Aquí y Ahora. Bogotá.

Martínez E., Díaz del Castillo, J., y Jaimes, J. (2010). Validación de la prueba "Escala de Recursos Noológicos. Aquí y ahora" para personas mayores de 15 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19* (3). 257-272.

Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad.* Bogotá: Manual Moderno.

Martínez, E. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. Bogotá: Manual Moderno.

Martínez, E. (2013). Tratamientos de autoayuda y grupos de 12 pasos. En E. Velásquez, E. y G. Castaño.,

Adicciones: Aspectos clínicos y psicosociales. Medellín: Ed. CIB.

Martínez, E., (2013). *Manual de Psicoterapia con enfoque Logoterapéutico*. Bogotá: Manual Moderno.

Martínez, E., Schulenberg, S. y Pacciola, A. (2013). Introducción a la Psicoterapia Centrada en el Sentido o Psicoterapia de Orientación Logoterapéutica, en E. Martínez, *Manual de Psicoterapia con Enfoque Logoterapéutico*. Bogotá: El Manual Moderno.

Martínez, E. (2015). *Adicciones y sentido de vida. Modelo de tratamiento del Colectivo Aquí y Ahora*. Ed. FCAA. Bogotá.

Martínez, E. Castellanos, C. Hurtado y D. Estrada, L. (2012). Recursos noológicos en jóvenes colombianos. *Revista Logos y Existencia*. Año I, V.1.

McCrady, B. (2008) Facilitando el cambio en personas con trastorno por uso de sustancias ¿Qué nos dicen las investigaciones? *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 17* (2). 103-112

Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *Entrevista motivacional, preparar para el cambio en las conductas adictivas*. Barcelona. Editorial Paidós.

NA Introducción. (1991). En: NA. Narcóticos Anónimos. Canadá: Editorial NA way. 13.

Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Stickle, F., & Pruitt, T. (1994). The relationship between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, *8*(1), 24-28.

Noblejas, M.A. (1994). *Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de educación. Departamento de psicología evolutiva. Madrid.

Noblejas M.A. (1997). Meaning in levels and drug abuse-abuse therapy. *The international Forum of Logotherapy*, *20*, 46-52.

Oscariz, A. (2000) Grupo de madres y padres de drogodependientes. Una experiencia de Esqueda de sentido. Boletín de logoterapia y análisis existencial. *Asociación española de logoterapia. 4*, 33-42.

Pacciolla, A (2007). *Diagnosi e Disagio noogeno*. En: E. Fizzotti, E. *Il senso come terapia*. Milano: Ed. Franco Angeli.

Palfai, T.P., & Weafer, J. (2006). College student drinking and meaning in the pursuit of life goals. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*, 131–134.

Palfai, T.P., Ralston, T.E., & Wright, L.L. (2011). Understanding university student drinking in the context of life goal pursuits: The meditational role of enhancement motives. *Personality and Individual Differences*, *50*,169–174.

Piedmont, R.L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychological Addictive Behavior. 18,* 213-222.

Rahman, T. (2001). Mental health and purpose in life of drug addicts in Bangladesh. The International Forum for Logotherapy, *24,* 83-97.

Rawson, R.A., McCann, M., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., et al. (2002). A comparison of contingency management & cognitive–behavioral approaches for cocaine- & methamphetaminedependent individuals. *Archives of General Psychiatry, 59,* 817–824.

Rodríguez, R. (2004). Borderline personality disturbances and logotherapeutic treatment approach. *The International Forum for Logotherapy, 27*, 21–27.

Rogina, J. (2002). Logotherapeutic mastery of Genralized Anxiety Disorder. *The International Forum for Logotherapy, 25*, 60 – 67.

Rogina, J. (2004). Treatment and interventions for Narcissistic Personality Disorder. *The International Forum for Logotherapy, 27*, 28 –33.

Rogina, J., & Quilitch, H. (2006). Treating Dependent Personality Disorders with logotherapy: A case study. *The International Forum for Logotherapy, 29*, 54 – 61.

Schippan, I. (1997). Asesoramiento, acompañamiento y terapia de padres de adolescentes drogodependendientes. *Journal del Instituto Viktor Frankl, 2*, 4, 62-84.

Shulemberg, S., Schnetzer, L., & Buchanan, E. (2010). The purpose in life test-Short form: development and psychometric support. *Journal of Happiness studies, 6*.

Thompson, G. (2012). A meaning-centered therapy for addictions. *International Journal of Mental Health Addiction, 10*, 428-440.

Trull, T., Jahng, S., Tomko, R., Wood, P., & Sher, K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance

dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, *24* (4), 412–426.

Verheul, R., Van den Bosch, L., & Ball, S. (2007). Cap. 30. Abuso de sustancias. En J.Oldham, A. Skodol, & D. Bender. *Tratado de los trastornos de la personalidad.* Barcelona: Elsevier-Masson.

Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction-part I: Meeting challenges. *Journal of clinical nursing*, *17*, 2426-2434.

Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction-part II: caring needs, a hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of clinical nursing, 17*, 2435-2443.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. (2004). Relapse prevention for alcohol & drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 59,* 224–235.