

CONGRESO INTERNACIONAL DE LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL 2024:  
DE VIKTOR FRANKL HACIA LAS NUEVAS APORTACIONES



# SIMÓN MEJÍA

(COLOMBIA)

MODELO CAYA: ABORDAJE

LOGOTERAPÉUTICO DE LAS ADICCIONES

Organizan:



Apoyan:



@SAPS.LOGOTERAPIA

CONGRESO INTERNACIONAL  
DE LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS  
EXISTENCIAL 2024:

# DE **VIKTOR FRANKL** HACIA LAS NUEVAS APORTACIONES

SAPS | MEANING  
GROUP  
EPFÉN  
MARTÍNEZ



CONGRESO INTERNACIONAL DE LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL 2024:  
DE VIKTOR FRANKL HACIA LAS NUEVAS APORTACIONES

# ABORDAJE LOGOTERAPEUTICO DE LA ADIC



## MODELO CAYA

26 Años construyendo un modelo de tratamiento para personas con problemas de adicción desde el pensamiento de Viktor Frankl.

Todos los terapeutas son psicoterapeutas egresados de nuestra Maestría en Logoterapia Clínica.

Actualmente cuenta con dos sedes de internamiento (adolescentes y adultos) y un centro ambulatorio.



## VISIÓN LOGOTERAPEUTICA DE LA ADICCIÓN

Vulnerabilidad a la adicción: Restricción de lo espiritual

Recursos noológicos bloqueados: Autodistanciamiento y autotranscendencia

Frustración existencial y dificultad para encontrar un sentido en la vida

Adicción: Pérdida de libertad/responsabilidad

La adicción aqueja al espíritu humano, una

condición que no solo atraviesa la dimensión física o psicológica, sino que incluye una dificultad en la dimensión espiritual (Wiklund, 2008 a y b; Piedmont, 2004; Thompson, 2012).

## ¿EN QUÉ EVIDENCIA EMPÍRICA NOS BASAMOS?

Aunque hoy en día se sabe que las adicciones son una condición multicausada, y que no puede ser solo explicada por la ausencia de sentido de vida, diferentes investigaciones han validado el postulado de Frankl mostrando una fuerte relación entre el abuso de sustancias y el sentido de vida (Rahman,2001; Addad & Himi, 2008; Schnetzer, Schulenberg,& Buchanan, 2012; Newcomb & Harlow, 1986;Noblejas de la Flor, 1997).

En adolescentes y jóvenes universitarios, los estudios correlacionales han mostrado una relación inversa entre la percepción de sentido y el uso de alcohol, en donde a mayores puntajes en sentido de vida menor reporte de consumo de esta sustancia (Schnetzer, Schulenberg, &Buchanan, 2012). Este mismo hallazgo se ha encontrado en otras sustancias tales como el cigarrillo (Konkoly et al, 2009; Minehan, Newcomb & Galaif, 2000), la marihuana, y la cocaína (Martin et al,2011), en donde en general la ausencia de sentido de vida es un factor de riesgo frente al consumo de sustancias.

Tener metas de sentido está asociado con un consumo menos frecuente de alcohol (Lecci, MacLean, Croteau,2002), con menor consumo abusivo, y con una menor presencia de consecuencias negativas por uso de alcohol (Palfai, Raltson, Wright, 2011;Palfai & Weafer, 2006).

## ¿EN QUÉ EVIDENCIA EMPÍRICA NOS BASAMOS?

El sentido juega un papel mediador en presencia de otras variables como la depresión (Schnitzer, Schulenberg, & Buchanan, 2012; Harlow, Newcomb, & Bentler, 1986), menores habilidades cognitivas (Minehan, Newcomb & Galaif, 2000), el estrés, el aburrimiento, y la baja percepción de poder y control (Newcomb & Harlow, 1986). Estos estudios señalan que el bajo sentido de vida aumenta la probabilidad de que los jóvenes consuman sustancias cuando estos están expuestos o presentan otras variables de riesgo que se suman a la sensación de sin sentido.

En cuanto a la relación entre el uso de sustancias, sentido de vida, y estrés, se encontró que la presencia o ausencia de sentido de vida era un factor que tenía mayor peso, como factor de vulnerabilidad frente al uso de alcohol, en la adolescencia temprana que en la adolescencia tardía (Newcomb & Harlow, 1986).

En poblaciones que sufren adicciones, aunque hay evidencia que los consumidores de drogas reportan menores puntajes de percepción de sentido cuando se compara con personas que no abusan de drogas (Nicholson et al., 1994; Kinnier et al., 1994; Rahman, 2001; Schnitzer, Schulenberg, Buchanan, 2012), encontrando una relación significativa, en donde a mayores niveles de sentido de sobriedad en miembros de AA (Carroll, 1993) y personas que se someten a tratamientos de internado (Krentzman, Farkas, & Townsend, 2010).

## ¿EN QUÉ EVIDENCIA EMPÍRICA NOS BASAMOS?

El aumentar la percepción de sentido en los pacientes ha mostrado ser es un ingrediente importante de un tratamiento exitoso (Flora & Stalikas, 2012; Krentzman, Farkas, & Townsend, 2010; Laudet, Morgen, White, 2006).

En 123 alcohólicos que recibían tratamiento, encontraron que el sentido incrementaba después de 6 meses de participación en un programa basado en los 12 pasos de AA. Los resultados mostraban que por cada incremento de una unidad en el puntaje de sentido las probabilidades desde no presentar un consumo abusivo de alcohol aumentaban aproximadamente un 3%, señalando en promedio un aumento del 12% de probabilidad de no volver a tomar alcohol compulsivamente. Así, el sentido aparecía como una variable predictiva del consumo abusivo de alcohol 6 meses después del tratamiento. Robinson et al (2007)

Krentzman et al (2010), encontraron que por cada aumento de una unidad en los puntajes de sentido, comparado a los niveles con los que las personas entraban a tratamiento, aumentaba en un 2% las probabilidades de que los participantes se mantuvieran sobrios 12 meses después de tratamiento.

La investigación realizada por Miller (1998) muestran que el sentido predice de manera significativa la recaída a cualquier uso de cocaína y alcohol.



## ¿EN QUÉ EVIDENCIA EMPÍRICA NOS BASAMOS?

En adictos a la cocaína, el tener mayor sentido al inicio del estudio predecía de mejor manera los resultados del tratamiento, la recaída, y la frecuencia de uso de alcohol y cocaína. Los pacientes que presentan mayores niveles de sentido antes de iniciar tratamiento lo aprovechan de mejor forma y presentan mejores resultados (Krentzman, Farkas, & Townsend, 2010).

Los estudios muestran que el sentido no solo es una variable que predice la disminución del consumo de drogas tras un proceso de recuperación, sino que se convierte un factor promotor de cambio durante el tratamiento que además disminuye la vulnerabilidad de la persona frente a las urgencias de consumo y el estrés (Piderman, Schneekloth, Pankratz, 2008; Laudet, Morgen, White, 2006).

Los resultados dejan ver como el sentido es afectado durante todo el proceso de recuperación, siendo el aumento en la percepción de sentido una variable que contribuye a la adquisición de logros terapéuticos y consolida un indicador de resultados exitosos (Chen, 2006).

Desde evidencia como la anterior se ha construido un modelo de tratamiento logoterapéutico de adicciones con 4 líneas de trabajo

1. Modelo logoterapéutico de Motivación para el cambio.
2. Modelo logoterapéutico de prevención de recaídas.
3. Logoterapia inespecífica para el manejo de lo psicopatológico.
4. Logoterapia específica para la búsqueda de sentido y despliegue de lo espiritual.



## Primeros momentos (4 a 6 semanas). Línea: Motivación para el cambio y sentido de vida

El encuadre terapéutico

El contexto seguro: Sus redes de apoyo, el nivel de impulsividad, desregulación emocional, el riesgo de autolesiones o hetero agresividad, los síntomas perceptuales, problemas médicos, nivel de adicción u otras necesidades que requieran de la generación de un contexto seguro.

La evaluación: Técnicas de evaluación diagnóstica, test logoterapéuticos, entrevistas, la formulación de caso logo terapéutico y el registro

La consolidación de la relación terapéutica.

La motivación para el cambio: A través del MLAMC (Método Logoterapéutico para Aumentar la Motivación al Cambio) con un protocolo breve de 4 sesiones de intervención, aplicado durante las primeras semanas del programa.

La reducción de síntomas.

## Segunda Etapa (8 a 10 semanas) Psicopatología, Prevención de recaídas y sentido de vida

Mantenimiento de la relación terapéutica:  
Facilitar el proceso logoterapéuticos a través del énfasis en la relación terapéutica.

Cambio de estrategias mal adaptativas por estrategias sanas: Se centra en cambiar la voluntad de placer y de poder por voluntad de sentido. Cambio de la pasividad y actividad mal adaptativa. Ruptura de patrones de reacción.

Resignificación o flexibilización de las restricciones que implanta lo psicofísico a la persona espiritual: El organismo psicofísico debe ser flexibilizado, soltando el carácter cerrado de la dimensión

### Tercera Etapa (4 a 6 semanas) Énfasis: Sentido de vida, consolidación del cambio y prevención de recaídas

Consolidación del cambio: Se normaliza el nuevo orden funcional adquirido por el consultante; en este punto y se inicia la independización del consultante.

Prevención de recaídas: Se centra en el autodistanciamiento del riesgo y la puesta en marcha de estrategias. Protocolo de seis sesiones de intervención

Sentido de vida y despliegue espiritual: Son la consolidación final del proceso. Entrenamiento en percepción de sentido (Martínez, 2009c, 2009d) y el método de esclarecimiento existencial (Martínez,2009d), protocolo de 6 sesiones de intervención que puede generar recursos

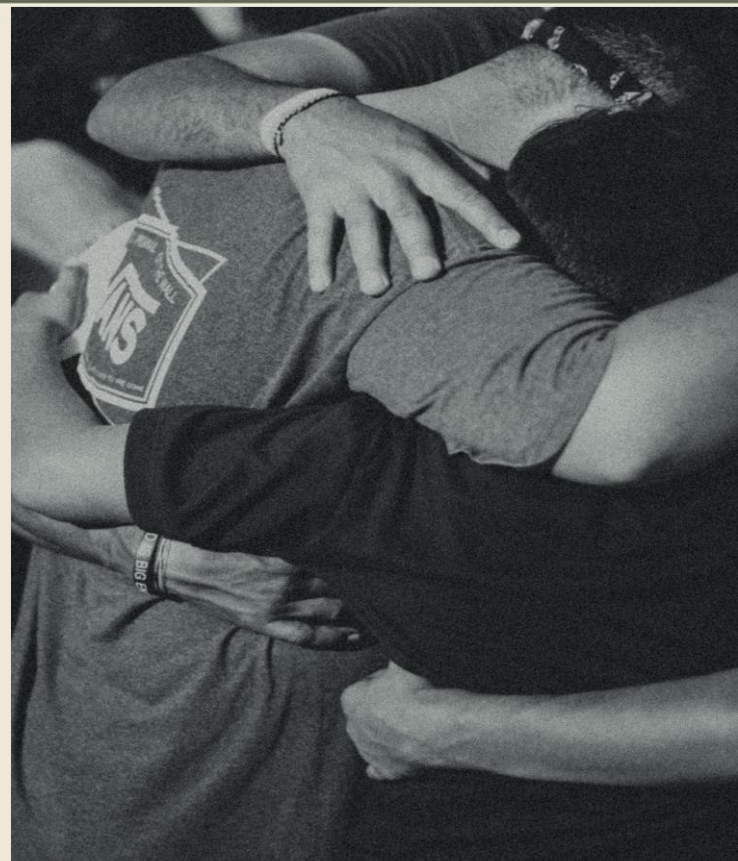
## METODOLOGÍA LOGOTERAPÉUTICA GRUPAL

320 sesiones de logoterapia grupal durante un periodo de 15 semanas de internamiento:

Grupo Existencial: Protocolo de 16 sesiones centrados en el sentido de vida y el sentido del sufrimiento.

Grupo del sentido: Protocolo de 8 sesiones centrados en la libertad, la responsabilidad, la voluntad de sentido, los valores, el optimismo, el sentido del sufrimiento, el sentido de la vida y el suprasentido.

Grupo de crecimiento existencial: protocolo de 90 sesiones centrados en las perspectiva logoterapéutica de la prevención de recaídas, la motivación para el cambio, el sentido de la vida y la personalidad.



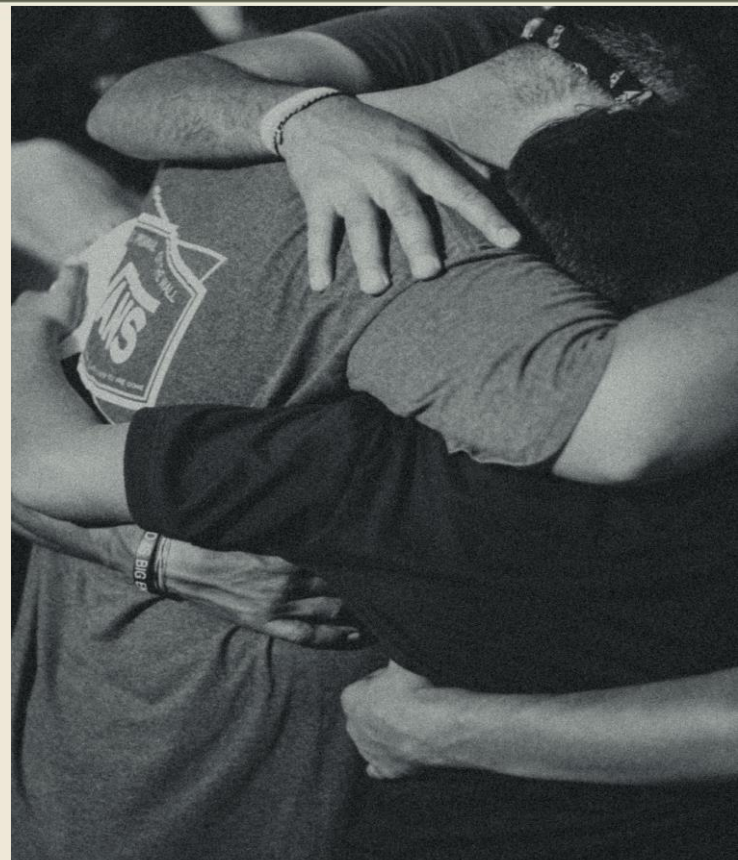
## METODOLOGÍA LOGOTERAPÉUTICA GRUPAL

Grupo de prevención de recaídas: Protocolo de 16 sesiones centradas en la intervención en prevención de recaídas.

Grupo de derreflexión: Protocolo de 8 sesiones DELOGOTERAPIA ESPECIFICA centrados en el sentido de la vida.

Grupo de encuentro: Protocolo de 80 sesiones centradas en el fomento del autodistanciamiento.

Grupo de experiencias: Espacio diario de logoterapia INESPECIFICA de grupo abierta (Martínez, 2002) para la intervención personalizada de los asistentes (80 intervenciones)





## METODOLOGÍA LOGOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL

MLMC (Método logoterapéutico de motivación para el cambio):  
Protocolo de 4 intervenciones breves.

MEE (Método de esclarecimiento existencial): Protocolo de 6  
intervenciones para el aumento de sentido.

Logoterapia inespecífica: 12 sesiones





## PRIMER ESTUDIO

Del 100% de ingresos, 58% contactadas respondieron al estudio.

Se incluyeron familias y opción de drug test

Requisito: llevar mas de un año fuera del programa de tratamiento.

Hombres y mujeres con participación voluntaria.

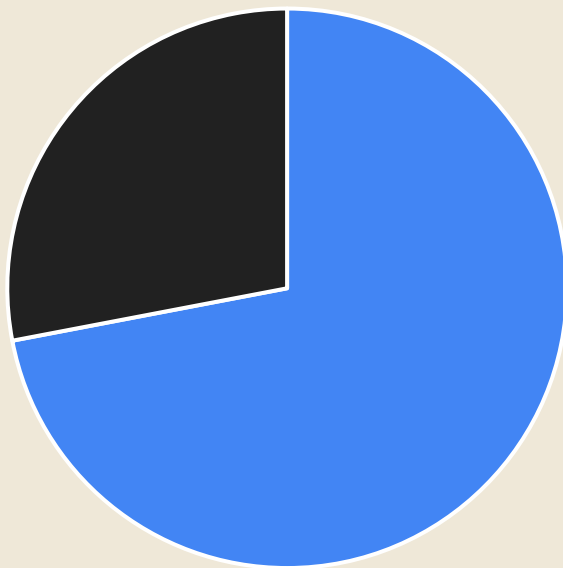
Evaluación por agencia externa sin intervención institucional.



## ÉXITO DEL TRATAMIENTO

72% Abstemios

28% Recaídas.



■ Abstemios ■ Recaídas

## SEGUNDO ESTUDIO

Se realizó un seguimiento de dos años a 18 familias que participaron en el tratamiento, realizando tres diferentes mediciones a los largo de 24 meses después de haber egresado del programa.

La evaluación la realiza un equipo externo a la organización, tomando medidas pretest (antes de ingresar al proceso) y tres medidas post test al finalizar el mismo.

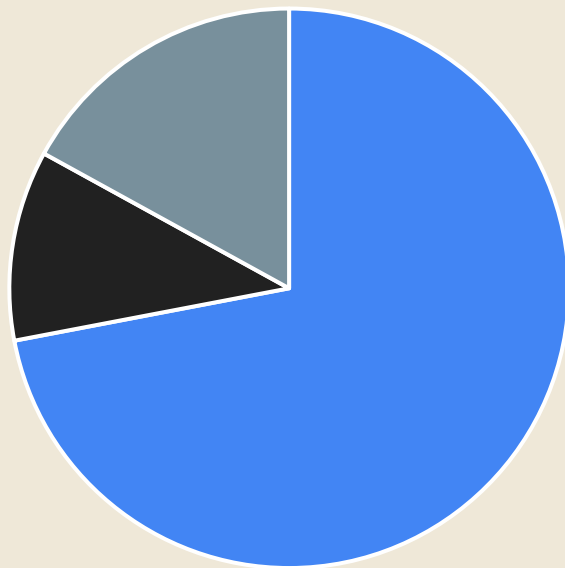


## ÉXITO DEL TRATAMIENTO

72% Abstemios

11% Un evento aislado de consumo

17% Recaídas



■ Abstemios ■ Evento Aislado ■ recaída

Tanto en el 1 y en el 2 estudio se reportan cambios en todas las variables de estudio (incluso en quienes violaron la abstinencia):

No conflicto con las autoridades

Mejora en las relaciones interpersonales

Actividades positivas

Salud

Funciones cognitivas

Nivel de satisfacción

Estado anímico y emocional

Mayor conocimiento de si mismos

Construcción de un proyecto de vida

### TERCER ESTUDIO

Población: Usuarios que realizan tratamiento modalidad internado para adicciones.

Medición pre entre la segunda y tercera semana de tratamiento

Medición post en la última semana de tratamiento o semana posterior

N = 30 (pre) 15 (post) 33% mujeres, 67% hombres, 37% profesionales, 47% universitarios incompletos, 7% postgrado solteros 80%, casados 10%Programa adultos (50%) jóvenes (50%)

Futuras mediciones nos permitirán refinar análisis según particularidades sociodemográficas, psicodiagnósticas y por tipo de programa



## CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA PRUEBA DE DOLORES-AMENAZAS-ESTRATEGIAS:

Características psicométricas de la prueba de Dolores-Amenazas-Estrategias:

Consistencia interna general y de las categorías calculadas a través del alfa de Cronbach

Cuenta con validez de contenido y de constructo

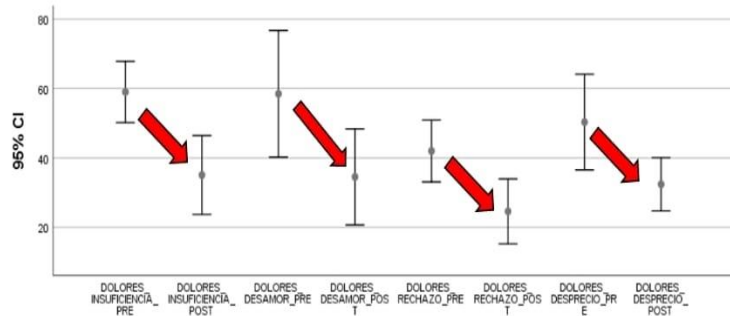
96 ítems. Escala Likert 0 – 5 (muy en desacuerdo a muy de acuerdo)



RESULTADOS:

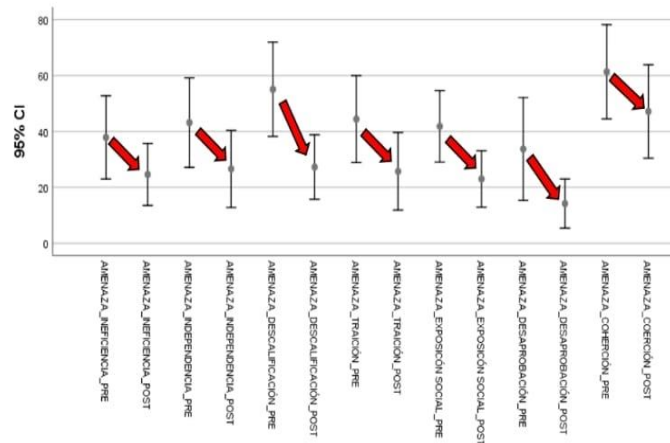
## Efectos del modelo CAYA

### Resultados Dolores (Insuficiencia – Desamor – Rechazo – Desprecio)



## Efectos del modelo CAYA

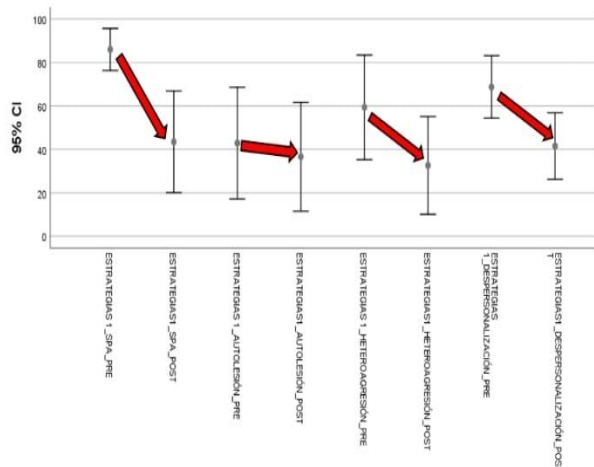
### Resultados Amenazas (Ineficiencia – Independencia – Descalificación – Traición – E. Social – Desaprobación - Coerción)





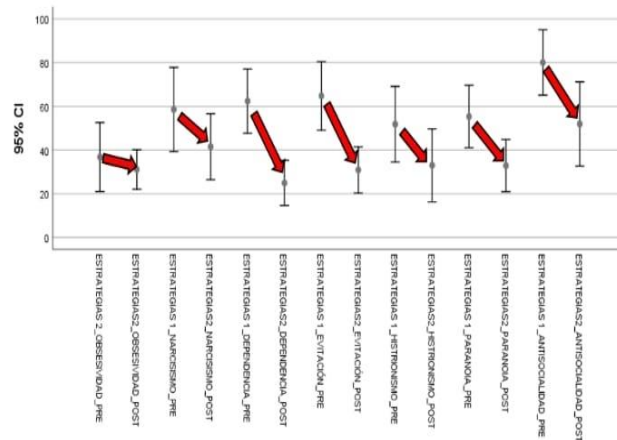
## Efectos del modelo CAYA

Resultados Estrategias 1 (Sustancias – Heteroagresión – Autolesión - Despersonalización)



## Efectos del modelo CAYA

Resultados Estrategias 2 (Obsesivo – Narcisismo – Dependencia – Evitación – Histrionismo – Paranoia - Antisocialidad)

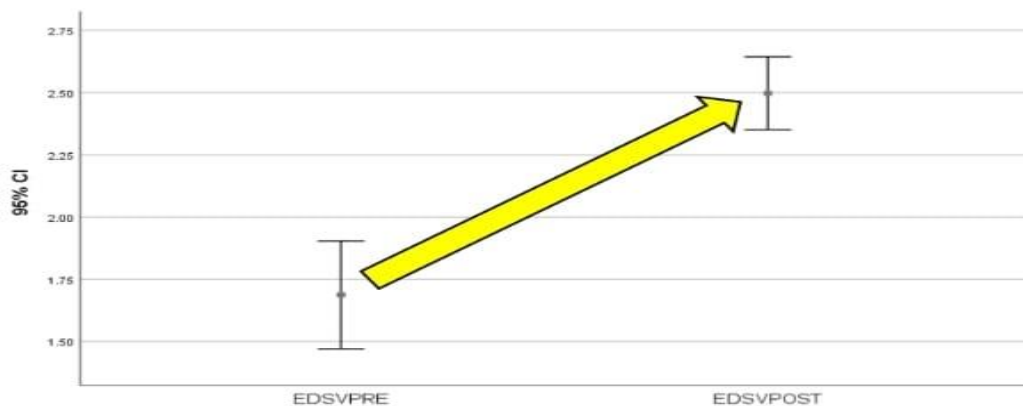


## Efectos del modelo CAYA

### SENTIDO DE VIDA

(Escala Dimensional de Sentido de Vida – EDSV – (Martínez, Trujillo y Díaz del Castillo, 2011))

Rangos (0 – 1,99 = **Búsqueda SV**; 2 – 2,34 = **Medio SV**; 2,35 – 2,64 = **Alto SV**; 2,65 – 3 = **Plenitud SV**)



## CONCLUSIONES

La evaluación debe ser constante y se deben proponer estudios con mayor rigurosidad.

Al parecer, aunque aun falta investigación, la logoterapia podría convertirse en una practica basada en la evidencia para el tratamiento de la adicción.

Es totalmente viable desarrollar modelos logoterapéuticos para el abordaje de problemas psicológicos severos.



SAPS-COL.ORG