



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**UNIDAD ACADÉMICA: DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**EFICACIA DE LAS SESIONES DE TERAPIA GRUPAL  
DESARROLLADAS EN EL GRUPO DE APOYO DEL CENTRO  
CRISTIANO DE GUAYAQUIL**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica

**AUTOR (A):**

Mario Eduardo Villalva Vasco

**TUTOR:**

Msc. José Apolo

Guayaquil, Septiembre del 2016

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién me dio sabiduría y paciencia para seguir adelante y no desfallecer ante las dificultades que se presentaban, enseñándome a encararlas sin olvidar mis principios ni claudicar en mis convicciones.

A mi familia:

A mis abuelos por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han enseñado todo lo que soy como ser humano, mis creencias, mis principios, mi carácter, mi tesón y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi padre quien con su ejemplo y profesionalismo modeló mi temperamento e inculcó el amor por el estudio y la investigación.

A mi hermana, cuñado y sobrinas por tenerme presente en sus oraciones.

Y muy especialmente a mi novia Stephanie, quien me motivó a emprender este nuevo reto y con su amor incondicional me enseñó que lo que realmente tiene valor en la vida solo nace después del verdadero esfuerzo.

## **AGRADECIMIENTO**

Cuando se culmina un proyecto es muy factible que en el júbilo de la celebración nos olvidemos de las personas que motivaron y fueron parte esencial del camino recorrido. Ahora es cuando en justo homenaje le agradezco en primer lugar a Dios que es el que me permitió llegar a este momento.

Incluyo en este agradecimiento a mis profesores y compañeros de maestría quienes compartieron sus experiencias y conocimientos enriqueciendo el bagaje de mis saberes profesionales, a mis pacientes de los cuales aprendo diariamente el sacrificado aspecto de entender la conducta humana.

Finalmente a mi Tutor quien tuvo la paciencia y el tino de imponerme el rigor académico que exige realizar un proyecto de forma responsable y coherente con los contenidos y la ética de nuestra profesión.

# **EFICACIA DE LAS SESIONES DE TERAPIA GRUPAL DESARROLLADAS EN EL GRUPO DE APOYO DEL CENTRO CRISTIANO DE GUAYAQUIL**

Autor (a): Mario Eduardo Villalva Vasco

## **Resumen**

El objetivo de la presente investigación fue determinar el parecer de los asistentes al grupo sobre la utilidad del tratamiento grupal para personas con dependencia a sustancias psicotrópicas. Las unidades de estudio fueron 18 participantes que cumplían las condiciones de inclusión que precisaba el estudio. De las 18 personas participantes, 2 de ellas son terapistas vivenciales en el grupo de ayuda y las otras 16 son asistentes que desean modificar sus patrones de conducta alterados negativamente por el consumo de sustancias psicotrópicas. La investigación fue realizada en un lapso de 10 sesiones (2 meses), en el cual se aplicaron los instrumentos de recolección de datos que permitieron al investigador acercarse al objetivo general del estudio. La investigación tuvo un diseño cualitativo transversal con enfoque descriptivo y los resultados obtenidos evidenciaron en la mayoría de los participantes un dictamen positivo respecto de los progresos obtenidos, lo cual podría traslucirse como una adecuada orientación en su proceso de recuperación.

Palabras clave: Eficacia, sustancias psicotrópicas, terapia grupal, grupo de apoyo.

EFFECTIVENESS OF GROUP THERAPY SESSIONS DEVELOPED IN THE GROUP  
APOYO DEL CHRISTIAN CENTER OF GUAYAQUIL

Author (a): Mario Eduardo Villalva Vasco

**Abstract:**

The objective of this research was to ascertain the views of the assistants to the group about the usefulness of group treatment for people with dependence on psychotropic substances. Estudio fueron 18 units participants who met the conditions for inclusion he needed the study. Of the 18 participants, 2 of them are experiential therapists in the support group and the other 16 are assistants who wish to modify their behavior patterns negatively altered by the consumption of psychotropic substances. The research was conducted over a period of 10 sessions (2 months), in which data collection instruments that allowed the researcher to approach the overall objective of the study were applied. The research had a transversal qualitative descriptive design approach and the results showed in most participants with a positive opinion on the progress made, which could transpire as proper guidance in their recovery process.

Keywords: Effectiveness, psychotropic substances, group therapy, support group.

## ÍNDICE

CARÁTULA .....	I
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT:.....	V
ÍNDICE .....	VI
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO 1 .....	4
MARCO TEÓRICO.....	4
1.1 CONCEPTUALIZACIONES GENERALES.....	4
1.2 DATOS ESTADÍSTICOS DEL PROBLEMA.....	5
1.3 FACTORES QUE ORIGINAN LA PROBLEMÁTICA EN ECUADOR.....	5
1.4 RESEÑA HISTÓRICA DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y APOYO.....	7
1.5 GRUPOS DE AUTOAYUDA Y APOYO PARA LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS.....	10
1.6 OBJETIVOS DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA Y DE LOS GRUPOS DE APOYO.....	12
1.7 IMPEDIMENTOS DE ACEPTACIÓN DE LA AYUDA BRINDADA POR LOS GRUPOS DE APOYO. .....	12
1.8 CARACTERIZACIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA.....	14
1.9 DIVERSOS ENFOQUES DELA DROGODEPENDENCIA.....	15
1.10 CARACTERÍSTICAS DE LAS TERAPIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	16
1.11 CONFLICTOS ENTRE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL DEL TRATAMIENTO A LAS ADICCIONES Y LA EXPERIENCIA DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA.....	17
1.12 ASPECTOS GENERALES DE LA METODOLOGÍA TRADICIONAL DE LOS GRUPOS DE APOYO. .....	19
1.13 CARACTERIZACIÓN DE LAS TERAPIAS VIVENCIALES.....	20
1.14 LA TERAPIA VIVENCIAL DESDE UN ENFOQUE CONDUCTUAL.....	21
1.15 LA ESPIRITUALIDAD EN LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA LA DROGODEPENDENCIA.....	22
1.16. LA RESISTENCIA A LAS TERAPIAS PARA LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.....	23

1.17 METODOLOGÍA TERAPÉUTICA IMPLEMENTADA EN EL GRUPO DE APOYO DEL CENTRO CRISTIANO DE GUAYAQUIL.....	23
CAPITULO 2 .....	25
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	25
2.1 SITUACIÓN PROBLÉMICA.....	25
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. ....	25
2.3 FORMULACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2.3.1 Objetivo General: .....	26
2.3.2 Objetivos Específicos:.....	26
2.4 PERSPECTIVA GENERAL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
2.5 UNIDADES DE ANÁLISIS .....	28
2.6 POBLACIÓN Y SELECCIÓN. ....	28
2.6.1 Población.....	28
2.6.2 Proceso de selección de los participantes.....	29
2.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN. ....	29
2.8 TIPOLOGÍA DE LA SELECCIÓN. ....	30
2.9 JUSTIFICACIÓN DEL TIPO DE SELECCIÓN .....	30
2.10 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	31
2.10.1 Formulario inicial de identificación.....	31
2.10.2. Entrevista Semiestructurada.....	31
2.10.3 Testimonio focalizado .....	32
2.10.4 Alpha de Cronbach.....	33
2.11 PROCEDIMIENTOS.....	33
CAPITULO 3 .....	35
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35
3.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	35
3.2 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	48
3.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS. ....	48
3.4 CONCLUSIONES .....	51
3.5 RECOMENDACIONES.....	53
4. BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	1

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en Ecuador ha experimentado un considerable aumento desde finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, acompañándose de un importante incremento de consecuencias negativas, tanto sociales como sanitarias. La razón de la creación de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, es porque las drogodependencias y sus consecuencias se han posicionado como una de las problemáticas más alarmantes para la sociedad ecuatoriana.

Dicho problema ha originado la formulación y ejecución de múltiples iniciativas interinstitucionales, que se pusieron en marcha con el objetivo de cumplir lo previsto en la “Codificación de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas”, en el Estatuto Orgánico por Procesos de la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), anteriormente CONSEP, enmarcado en la Constitución de la República del Ecuador y en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Las propuestas generales que estructuran el Plan propenden a fortalecer una cultura preventiva y reflexiva orientada a la problemática de las drogas en los ámbitos nacional, regional y local, cuya evolución debería resultar en la consecución de los objetivos inherentes a la erradicación del uso y abuso de drogas.

El Ecuador por ser miembro de la Unión de Naciones Suramericanas, UNASUR, apoyó la promoción del Plan de Acción del Consejo Suramericano del Problema Mundial de las Drogas, el mismo que contiene varias líneas de acción dirigidas a la reducción de la oferta y demanda de drogas, y democratizar la prevención, atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de los afectados por esta pandemia oculta. Ya en el año 2013 las Naciones Unidas estimaban en 253.000 las muertes anuales ocasionadas por el abuso de drogas ilegales en el mundo, señalando a los derivados del opio como los más letales, y advertía de un incremento del uso de narcóticos en América Latina, África y Asia.

Por lo expuesto en los anteriores párrafos, se colige que esta problemática ha originado una gran preocupación social y ha motivado una profunda transformación y adecuación de las políticas institucionales con la finalidad de poder hacer frente a las demandas planteadas desde distintos ámbitos como son el sanitario, el educativo y el judicial. Con la implementación de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de



Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (2016), se pretende fortalecer la políticas de prevención y mitigación que aseveraban que en los últimos tres años no sólo han variado los patrones estadísticos totales de consumo en la población, sino que han surgido nuevas predilecciones en cuanto a tipos de sustancia consumida, además de una reducción de la edad en que se empieza a consumir

El uso acrecentado y desmedido de la “H” o heroína, es la causa que mayor preocupación está dando a las autoridades sanitarias y educativas, ya que ha pasado a ocupar el primer lugar entre las sustancias de consumo, sobre todo entre menores de edad. En un artículo publicado(Drogas Sinteticas, 2011) se conoce por reportes médicos del consumo de otro tipo de drogas más peligrosas conocidas como drogas de sintéticas (Éxtasis, X-Legal, Volador, Kat, Chat, Sales o Spice). Las mismas producirían el efecto de agudizar los sentidos, potenciar el deseo sexual, evadir la realidad, y neutralizar los efectos del alcohol. “No importa la edad ni la condición económica. Adolescentes, jóvenes y adultos consumen con más frecuencia drogas químicas, entre las que se cuentan. Según los especialistas la mayoría proviene de Estimulantes Tipo Anfetaminas (ETA)”.

En cuanto a los centros especializados para tratar este tipo de trastornos conductuales, el Ministerio de Salud Pública en su página web indica hay cerca de 200 centros autorizados para brindar terapias de rehabilitación. Vale destacar que la misma entidad clasifica estos centros en dos categorías sustanciales, los centros de consulta ambulatoria y los de internamiento, y según el artículo 20 del Reglamento de centros de recuperación a personas con adicción está contempla entre otras cosas la observación de la aquiescencia de sus pacientes o asistentes, por medio de la prohibición expresa de “prácticas que manipulen la voluntad para conseguir obediencia y sumisión o aquiescencia para lograr el consentimiento del tratamiento”.(REGLAMENTO CONTROL A CENTROS DE RECUPERACION A PERSONAS, 2010).

Estos centros de recuperación están repartidos en 11 provincias, con un promedio de 20 a 40 personas por centro; sin embargo estas cifras revelan que el problema sobrepasa la capacidad de atención profesional existente, en cuanto al tratamiento para dejar el consumo de drogas. Frente a este déficit sanitario vale la pena destacar la labor sin fines de lucro que realizan los grupos de autoayuda para personas con dependencia a las drogas o al alcohol y que

generalmente son autofinanciados o solventados por instituciones no gubernamentales como fundaciones o grupos religiosos.

Las personas que han sufrido las consecuencias de haber perdido el control de sus vidas por motivos de dependencia a las sustancias psicotrópicas, así como sus familiares (pareja, hijos, padres), necesitan para su recuperación incorporarse a grupos terapéuticos o de autoayuda, en los cuales se implementan terapias grupales entre personas que han experimentado el mismo problema, compartiendo las experiencias propias y asimilando de las de otras para aprender más sobre cómo afrontar su trastorno. Para ello es fundamental que los tratamientos implementados posean calidad, calidez y principalmente que sean aceptados de forma integral tanto por el dependiente como por sus familiares. Solo de esta forma se pueden crear los espacios necesarios para terminar de sanar las secuelas emocionales de la drogodependencia, y de esta forma recuperar la confianza y la autoimagen de cada persona, lo cual es indispensable para replantearse una nueva etapa de su vida alejada de la sustancia psicotrópica que le alejó del control la misma.

# CAPITULO 1

## Marco Teórico

### 1.1 Conceptualizaciones generales.

Desde tiempos inmemorables el ser humano ha consumido sustancias psicotrópicas a lo largo de toda la historia y por múltiples motivos ancestrales o religiosos que le demandaban alterar el estado normal de su conciencia para tomar contacto con entidades sobrenaturales y conocimientos inaccesibles a la inteligencia común. Solo a partir de la modernidad se ha efectuado un uso plenamente profano de estas sustancias. Al abandonarse muchas costumbres y creencias basadas en la magia y lo mítico, las drogas dejaron de tener un sentido sobrenatural para pasar al territorio de lo puramente humano y relacionarse con lo psíquico.

La drogodependencia o dependencia a sustancias psicotrópicas, vulgarmente llamada “drogadicción”, es la dependencia física y/o psicológica a una o más drogas, y pertenece a un grupo llamado "trastornos relacionados con sustancias" que de acuerdo Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE 10); la drogodependencia es un trastorno, aunque no siempre se entiende como tal; por tanto posee su propio cuadro clínico y su tratamiento específico. Como cualquier otra enfermedad, su tratamiento no está basado en represalias, gritos, amenazas o súplicas, sino a un tratamiento sistemático dirigido por profesionales especializados. Al igual que otras enfermedades, la drogodependencia se puede tratar con éxito. El tratamiento les permite a las personas contrarrestar los efectos potentes y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento y recuperar el control de sus vidas.

El tema de la drogodependencia está saturado de estigmas, falacias y distorsiones, se habla de malo o bueno en lugar de salud o enfermedad; la vergüenza que acarrea es tal que reconocerse como dependiente o codependiente es una tarea que demanda mucho tiempo, valor o sacrificio; no es exclusiva de ninguna condición social, económica ni cultural. La persona que abusa de sustancias usualmente no es consciente de que se trata de un padecimiento y esto incide en el hecho de que solo una pequeña cantidad acude de forma voluntaria a centros de apoyo para el tratamiento de abuso de sustancias psicotrópicas tales como: alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

## **1.2 Datos estadísticos del problema.**

A nivel mundial, el informe de las Naciones Unidas (2016), revela que el consumo de drogas en su forma de drogodependencia, ha incrementado su capacidad de causar daños considerables y esto se refleja en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En el año 2012 las estadísticas contabilizaron un total aproximado de 183.000 muertes vinculadas al consumo de drogas. Esta cifra equivale a una tasa de mortalidad de 40.0 por cada millón de personas de entre los 15 a 64 años. Es decir que en ese año, entre el 3.5% de la población mundial consumió al menos una vez y el 7% consumieron de forma regular, algún tipo de droga ilícita. (UNODC, 2016)

El informe tiene entre sus conclusiones más importantes, que la cifra de consumidores a nivel mundial se incrementa de forma exponencial mientras que el acceso a tratamientos contra la drogodependencia para consumidores problemáticos se ha reducido a 2,5 % en el último lustro.(UNODC, 2016). La capacidad que poseen las actuales sustancias psicotrópicas que se comercializan en la ciudad de Guayaquil, para producir euforia o placer, es el factor fundamental de su utilización. El consumo de sustancias psicoactivas, según la investigación reciente de un matutino(El Universo, 2016), en los últimos años ha aumentado tanto de forma extensiva como también intensiva. Actualmente el consumo de drogas en los estudiantes, se inicia desde los 13,8 años en 2012, a diferencia de los 14,8 años en 2008. Así lo reveló el informe de la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, realizado por el Observatorio Nacional de Drogas del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes.

El 0.5%, de los 514 mil 962 alumnos de diferentes edades y de colegios públicos y privados encuestados, reveló que había usado marihuana al menos una vez en el último mes – en 2008 fue de 1.3% -, mientras que para los inhalables, el 0.4% afirmó haberlos consumido en el último mes – en 2008 fue del 0.7%.El análisis derivó en la conclusión de que: “las drogas y sus usos adquieren cada vez más relevancia en los discursos y en las prácticas sociales”(Consep, 2012).

## **1.3 Factores que originan la problemática en Ecuador.**

Los jóvenes del Ecuador al desarrollar la dependencia a las sustancias psicotrópicas han experimentado variaciones importantes en el comportamiento, tanto en su hogar como en la

sociedad y en vista de la necesidad imperiosa de conseguir la sustancia generalmente se involucran en transgresiones sociales y actividades delictivas. Existen muchos factores que provocan que los jóvenes se sumerjan en el universo de la dependencia a las sustancias psicotrópicas, aunque las causas que los impulsan a consumir aún permanecen imprecisas, se ha encontrado una influencia conjunta de factores socioculturales, familiares, psico-dinámicos, de personalidad y genéticos.

El estudio de los factores hereditarios tuvo un destacado desarrollo en la última década, encontrándose que el riesgo de desarrollar drogodependencia en familiares de primer grado es cuatro veces superior al de la población general. Tales estudios han permitido determinar la existencia un alto índice de probabilidad de consumo entre los familiares de drogodependientes, las cuales se caracterizan por un inicio temprano del uso de sustancias, consecuencias sociales más graves, deterioro progresivo de los vínculos familiares, disminución del rendimiento académico, aumento de conductas antisociales, mayor morbilidad y mortalidad precoz y una peor adhesión al tratamiento.

Otras causas de la drogodependencia suelen ser problemas dentro de la familia, como; incompreensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intra-familiar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor(El Universo, 2016). Como respuesta a estas situaciones, los jóvenes, que generalmente tienen la idea de ser incomprendido, caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, pensando que solo lo harán una vez y que podrán controlar el uso de las sustancias, señala la misma fuente. Lo que realmente ignoran es que el consumo crea dependencia y agrava su situación, pues los problemas familiares aumentan y muchos jóvenes, optan incluso por abandonar su hogar, exponiéndose y sufriendo mayores abusos.(Cinthia Kuhn, 2015).

Otra razón para el uso de sustancias psicotrópicas está relacionada a la conflictividad en las interrelaciones sociales cercanas a ellos, por ejemplo, al sentirse rechazados por sus compañeros, u amigos, el deseo de querer ser incluido en los grupos sociales, los llevan en muchas ocasiones aceptar el uso de sustancias psicotrópicas, que eventualmente los lleva a la drogodependencia.(Fernández, 2010)

#### **1.4 Reseña histórica de los grupos de autoayuda y apoyo.**

La dependencia a las sustancias tóxicas como el alcohol o las drogas es un problema grave en la sociedad y ello motivó la agrupación espontánea de personas con este particular problema de conducta y que tenían en común el deseo de superarlo mediante el abandono del consumo de las mismas.

Los colectivos de apoyo organizados como tales aparecieron en Estados Unidos., en la década de los años 40, y su punto de partida se considera la publicación del texto “Alcohólicos Anónimos” en 1939 por dos ex alcohólicos, uno de ellos médico: Robert Holbrook Smith, más conocido como Doctor Bob, y William Griffith Wilson, quienes decidieron apoyarse mutuamente para mantenerse en abstinencia.

La gran acogida que tuvo este texto fue por la ayuda que brindaba a las personas con problemas de alcoholismo, mediante un programa de 12 pasos a seguir en grupo de autoayuda para la rehabilitación y la idea fundamental era que la mejor ayuda que puede recibir una persona alcohólica debía provenir de otra que ya haya pasado por la misma experiencia. A partir de entonces se produjo una gran difusión y bajo estos mismos preceptos otros colectivos comenzaron a crearse, empezando por familiares de personas con problemas de alcoholismo tales como “Alanon”, que fue fundado por la esposa de Wilson. Estos incipientes grupos de autoayuda adaptaron el programa de los doce pasos a sus propias necesidades de recuperación y de esta forma surgieron los grupos de Cocainómanos Anónimos, Heroínómanos Anónimos, Jugadores Anónimos... y una serie de grupos basados en la misma filosofía y guiados por la metodología de los doce pasos adaptado según el tipo de dependencia que se pretendiera superar.

En 1978, por ejemplo, la Comisión de Salud Mental del gobierno estadounidense propuso la autoayuda como la principal base de las intervenciones comunitarias en Salud Mental. Si observamos las publicaciones existentes sobre el movimiento de autoayuda, hasta los años setenta no empieza un interés profesional por estos grupos coincidiendo con el interés por los sistemas de apoyo social y sus efectos positivos en la salud basados sobre todo en los trabajos de Caplan (1974) y las aportaciones de Cassel (1974-76) y Cobb (1976). El libro de Silverman (1980) «Mutual HelpGroups» fue una publicación clave en aquellos momentos puesto que

definió por primera vez lo que eran las organizaciones y los grupos de ayuda mutua y todo el proceso de selección y desarrollo de actividades dentro de ellos.

El movimiento de autoayuda creció de forma muy rápida en EE.UU. Jacobs y Goodman (1989) realizaron un estudio en 1979 en EE.UU. y descubrieron que el 3,2 por 100 de la población norteamericana participaba en grupos de autoayuda. En 1982 Langton y Petersen estimaron que existían más de 250.000 grupos de autoayuda diferenciados, con un total de 15 millones de participantes. El mayor segmento de grupos de autoayuda lo constituían los grupos basados en el Programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos.

En aquellos años ya existían grupos de autoayuda para todas las categorías de enfermedades descritas por la OMS. “Hubo un gran aprendizaje de ayuda mutua de forma organizada y se podía ver en los estudios que se hicieron cómo los miembros de estos grupos incorporaban a sus redes sociales compañeros de los grupos y organizaciones donde participaban”. Langton y Petersen (1982). En el libro de Alan Gartner y Frank Riessman (1984) “Theself-helprevolution” se describen y evalúan, entre otros aspectos de la autoayuda, varios tipos de grupos que llevaban funcionando algún tiempo y se da una perspectiva internacional de la autoayuda que no sólo se extendió en EE.UU. sino también en Canadá y Europa. Gottlieb y Peters (1991) en un estudio que realizaron en 1987 en Canadá identificaron el número y las características demográficas de las personas que participaban en los grupos de autoayuda.

A partir de 1976 surgió un número importante de libros de grupos de autoayuda en la que se apreciaba una gran confusión terminológica: “Handbook of Community Psychology”, Katz, Kaplan y Killilea, 1976; “Theself-helprevolution”. Gartner y Riessman, 1977; “Helpingpeopletohelpthemselves” Borman, Bork, Hess&Pasquale, 1982. En ellos también existía una controversia terminológica a la hora de referirse los autores a organizaciones de autoayuda y grupos de autoayuda identificando ambos conceptos la mayoría de las veces.

En relación a la definición y comprensión de los grupos de autoayuda “Actualmente, 15 años más tarde, existe menos variedad y confusión de términos pero todavía estamos lejos de llegar a una unanimidad terminológica (Borkman, 1991). Este mismo autor define los grupos de autoayuda como “personas que comparten unas ideas, unas situaciones de vida o unas enfermedades, se agrupan para ofrecerse mutuamente apoyo emocional y otros tipos de apoyo

haciendo uso de la acción de compartir sus experiencias personales vividas y de intercambiar otros recursos”.

La definición clásica de Katz y Bender (1976) entiende estos grupos como “estructuras grupales voluntarias y pequeñas de ayuda mutua que tienen como fin conseguir un determinado objetivo”. Ese objetivo puede ser:

- a) Satisfacer una necesidad común.
- b) Superar un obstáculo común o problema que perturba seriamente la vida.
- c) Conseguir cambios sociales o personales deseados.

También es destacable el hecho de que en el ámbito de la salud mental y física es donde más se han desarrollado los grupos de apoyo, sobre todo en individuos afectados por enfermedades crónicas en adicciones (Sida, Cáncer, Esquizofrenias, Alzheimer Depresiones). Normalmente están compuestos por los propios afectados o por familiares y cuidadores de éstos.

Algunos investigadores consideraron la proliferación de los grupos de autoayuda en el campo de la salud como un movimiento social semi-organizado que rivalizaba con los tratamientos profesionales. Otros autores como Back y Taylor (1976) y Katz (1981) citados por Riessman (1995) vieron los grupos de autoayuda como un medio de fortalecer los recursos naturales en tiempos de crisis económica.

Los grupos de personas con enfermedades o con circunstancias de vida similares pueden ayudarse uno a otros de maneras que ofrecen una alternativa más humanizada a la atención que a veces se recibe en los servicios sanitarios y sociales. Aunque la generalidad de los estudios que se realizan en torno a los resultados obtenidos de los grupos de autoayuda, reflejan numerosos beneficios sobre los participantes, Yoaky&Chesler (1985) expresaron la preocupación que tanto los profesionales como los investigadores tenían sobre los peligros potenciales de los esfuerzos voluntarios no profesionales.



## **1.5 Grupos de autoayuda y apoyo para la dependencia a las sustancias sicotrópicas.**

La primera confraternidad de apoyo para personas con problemas de adicción a las drogas de la que se tiene nociones comprobadas fue fundada en California, Estados Unidos a finales de los años cuarenta y principios de los 50 por Jim Kinnyon y se la conoce como Narcóticos Anónimos, principalmente el propósito era el transmitir el mensaje de esperanza a la persona que un sufre la adicción. El primero de sus principios rectores establece que un adicto puede renunciar al consumo de drogas, mitigar el deseo de consumirlas y hallar una nueva y mejor forma de vida.

La “Organización Narcóticos Anónimos” no está asociada ni con “Alcohólicos Anónimos” ni con ningún programa estatal, gubernamental o demás organizaciones. No brinda terapia profesional ni imparte capacitación a terapeutas, y tampoco dispone de clínicas o internados. La única misión de “Narcóticos Anónimos”, es brindar un ambiente propicio para que los adictos puedan ayudarse unos a otros a abandonar el consumo de drogas y hallar una nueva manera de vivir. Por tal razón promueve reuniones frecuentes con el propósito de ayudarse mutuamente a persistir “limpios”, comunicar su experiencia con los demás y cumplir con el programa de recuperación que dispone de doce pasos.

Los Narcóticos Anónimos disponen actualmente de grupos de autoayuda situados en 129 países, esto lo convierte en una confraternidad que va en aumento, de corte internacional, multicultural y multilingüe. Según información de libre acceso, se conoce que la organización se encuentra bien asentada en vastos territorios, no solo de la tres Américas, sino también de Europa Occidental y Oriental, Oriente Medio, Australia y Nueva Zelanda. Las comunidades y los grupos de N.A. recién constituidos se despliegan por el África, Asia oriental y el subcontinente Indio, imprimiendo materiales escritos en 41 idiomas diferentes y llevando a cabo más de 61.800 reuniones por semana.(NARCOTICS ANONYMUS, s.f.).

Se destaca que una de las características más representativas de la organización es su carácter no profesional, debido a esto la confraternidad se autodescribe por medio de su “Octava Tradición” que recalca lo siguiente;

Esta organización no cuenta con hospitales, ni clínicas ambulatorias, centros de tratamiento, ni ninguno de los servicios de orden profesional. No se establece el diagnóstico ni se evalúa la

evolución de ninguno de los pacientes, efectivamente, no se los denomina pacientes, sino “miembros”. Los grupos que conforman esta organización no brindan servicios profesionales médicos, terapéuticos, legales ni de tipo psiquiátrico.(NARCOTICS ANONYMUS, s.f.)

De tal manera que, aunque cualquier adicto con o sin formación profesional, puede ser miembro, en el caso de los que tengan formación profesional (en psicología, medicina, psiquiatría o alguna otra de profesión terapéutica con conocimientos dirigidos al tratamiento de adicciones) serán considerados como adictos con una experiencia personal propia y un mensaje que aportar. De esta manera se cumple con la literatura de NA que establece que “La esencia para recuperarse de la adicción se halla en un adicto que presta ayuda a otro de su misma condición”.(NARCOTIC ANONYMUS, 1993)

Para la confraternidad, la “Recuperación” se puede lograr por medio de la transferencia del testimonio o mensaje que cada adicto puede proporcionar desde su experiencia individual de adicción y recuperación. En cuanto a este tema, la literatura de la confraternidad señala: "Lo único que entregamos es nuestra Experiencia Colectiva Práctica, para alcanzar la limpieza y aprender a vivir en ella. El secreto de nuestro programa se basa en la identificación y la confianza que existe entre los adictos”.

Las reuniones que mayormente se dan, son la denominadas “cerradas”, en las que se cuenta con la exclusiva participación de personas que se llaman a si mismos “adictos”. En las reuniones “abiertas”, por otro lado, se permite la participación a cualquier persona que desee participar, siendo los familiares y amigos de los adictos en recuperación, los que generalmente participan, seguidos por los investigadores y profesionales de la salud, que se interesan en la recuperación de la Confraternidad.

Con anticipación debe establecerse si la reunión a darse será cerrada o abierta, contando con la disponibilidad tanto con los adictos como con el público en general, por si se da el caso de que sean los adictos, estos puedan proteger su anonimato, si es su decisión. Como establece la “Sexta Tradición de la Confraternidad”, si bien las iglesias, edificios públicos y o centros comunitarios, son los lugares de reunión comunes, la literatura de la organización NA manifiesta que no está afiliada a ninguna de estas organizaciones mencionadas, tanto así que paga un alquiler por a cada uno de estos salones; esta observación la manifiesta claramente la “Séptima Tradición de la organización”.

La NA ha generado diferentes tipos de publicaciones desde sus inicios, entre estos figuran primordialmente los libros de texto y folletos de difusión, además de constantes publicaciones escritas por adictos, las cuales tienen como objetivo el lograr que los miembros de la comunidad se identifiquen, es de esta manera que se logra llevar un mensaje de esperanza al adicto que aún está sufriendo; esta estrategia resulta ser una gran herramienta de recuperación.

En 1956 se hizo la primera publicación de Narcóticos Anónimos, constaba de un folleto informativo de ocho páginas, 20 preguntas y una síntesis del programa de NA, de los Doce Pasos y las diferentes direcciones de los grupos de Studio City en la ciudad de San Diego en el estado de California. El recordado folleto, para 1962 se convirtió en el denominado “Librito Blanco”, el cual dio pie al legado de elaboración de literatura, como en la actualidad existe. Trece años más tarde fue escrito “El árbol de NA” y en 1983, casi tres décadas más tarde de iniciada la confraternidad, se presentó lo que para esta época se denomina el “Texto Básico”.

### **1.6 Objetivos de los grupos de autoayuda y de los grupos de apoyo.**

El principal propósito que los grupos de apoyo y de autoayuda, es el de esparcir el mensaje de recuperación al adicto en sufrimiento. El grupo brinda la oportunidad a cada miembro de escuchar y compartir la experiencia de otros adictos que aprenden a tener mejores vidas separadas de las drogas. Se considera al grupo como el principal vehículo para difundir el mensaje. Establece un marco donde el adicto que recién ingresa puede identificarse con otros de su misma condición, y hallar así un ambiente donde pueda recuperarse.

En ciertas ocasiones, los grupos especiales de “Narcóticos Anónimos” suministran alguna identificación adicional a adictos que comparten necesidades específicas. Por ejemplo, en estos tiempos es común ver muchos grupos de mujeres, hombres, homosexuales y lesbianas, pero hasta para estos grupos, el objetivo principal de toda reunión siempre será la recuperación de la adicción, por lo que cualquier adicto, sin importar como se considere, puede asistir a ellas”. Guía del grupo, Narcotics Anonimus Word Services Inc. Copywrigth 1993.

### **1.7 Impedimentos de aceptación de la ayuda brindada por los grupos de apoyo.**

El nivel de frustración que presentan los jóvenes al pretender tener resultados inmediatos se incrementa en la medida que se dan cuenta que el proceso no es tan fácil como ellos

inicialmente presumen y piensan que sus familias deben asumir su rehabilitación casi de forma milagrosa, cuando en realidad es un proceso cuya duración podría ser igual al tiempo que los jóvenes permanecieron inmersos en el consumo de estas sustancias psicotrópicas. La desconfianza que evidencian sus familias y el entorno social hacia ellos, es tomada como un justificativo para recaer constantemente en el consumo de drogas y mucho más si la frustración y el desánimo se apodera de su comportamiento, dificultándoles poder abandonar conductas negativas adquiridas en el tiempo que estuvieron consumiendo.

Adquirir la capacidad de dejar de abusar de las drogas es solo una parte de un largo y complejo proceso de recuperación. Cuando las personas inician un tratamiento para dejar el uso y la dependencia de sustancias, a menudo esta ha tomado el control sobre sus vidas, la obsesión por obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas ha invadido cada minuto de su vida mientras están despiertos y abusar de las drogas ha ganado más importancia que todas las cosas que prefería hacer antes.

También hay que tener en cuenta el grado de dependencia y aleación que cada individuo logra desarrollar con la sustancia que le crea dependencia, sobre todo cuando se estudia casos actuales de drogodependencia a la sustancia denominada vulgarmente “hache” la cual obliga fisiológicamente a su consumo regular. El adicto recae ya que sin la sustancia experimenta sensaciones desagradables y dolorosas tal como se relata en una entrevista a una conocida psicóloga del medio guayaquileño, tal como lo describe una profesional del medio guayaquileño. “Ellos describen este síndrome como algo fatal, sienten que ‘la piel se arranca de los huesos’”(Sagñay, 2014)

La tolerancia a algunas sustancias suele ser dramática. Se da el caso por ejemplos en los adictos a la heroína, los cuales desarrollan rápidamente tolerancia a las drogas opiáceas. Un drogodependiente de años, consumirá dosis que lo hubieran matado al tomarlas por primera vez. Esta tolerancia dura varias semanas, incluso meses. Y dura tanto tiempo porque los adictos usan la droga muchas veces al día, todos los días, a veces durante años y algunos de los cambios en el organismo son muy duraderos.(Cinthia Kuhn, 2015).

## **1.8 Caracterización de la drogodependencia.**

La visualización que se tiene de las personas con dependencia a las sustancias psicotrópicas es una visión estereotipada por la sociedad y caracterizada por deducciones generales fundamentadas en los trastornos conductuales más agresivos y peyorativos que las enfermedades de las dependencias evidencian. Por lo general no se trata sobre la droga, sino sobre quien es visualizado como un dependiente a las sustancias psicotrópicas. Generalmente no sabemos qué droga consume esa persona, si es adicto o no a esa droga, ni mucho menos cuales son los efectos que le causa; si eso lo hace agresivo o no, o si era ya agresivo antes de volverse dependiente.

Habitualmente poco se sabe sobre la vida de los dependientes, incluso muchas veces sus familiares más allegados están insuficientemente informados del grado de complejidad de su dependencia, de lo que les afecta o no, de sus amistades a los que generalmente se cataloga sin mayor análisis discriminatorio como amistades inconvenientes, amistades peligrosas o vulgarmente llamadas “malas juntas”. Tampoco se conocen sus virtudes, capacidades o aptitudes. En pocas palabras, todo lo que se dice de la persona dependiente de sustancias psicotrópicas es que es considerado un “drogadicto” solo por el simple hecho de que consume drogas.

Esta situación es muy parecida a las discriminaciones por estereotipos, las sociedades por lo general conocen poco sobre el tema de drogas, y por ignorancia se exagera o distorsiona sus consecuencias. El escaso conocimiento que poseen las personas que no consumen abarca desde los extremos de la publicidad que los medios dan a las drogas hasta las referencias que proporcionadas por las personas que consumen sustancias psicotrópicas en el entorno social circundante, y por lo general, hasta que no afecta a uno de los integrantes de un núcleo familiar las personas no se preocupan por educarse más científicamente en el tema.

La distancia que interponen las personas con el dependiente es similar a la que interpondrían con un enfermo infecto-contagioso. Si él o la dependiente tiene además una vida, sus virtudes, sus capacidades, sus afectos, es buena o mala persona, tiene poca relevancia; podría ser el mejor músico de la ciudad, el más destacado científico, o el mejor amigo de su pareja o de su pariente, pero igual sería marginado por su condición de dependiente. No se visualiza más allá de esa condición, sino que se lo deja fuera de la interacción social.

## **1.9 Diversos enfoques de la drogodependencia.**

En la actualidad se enfoca el fenómeno de la drogodependencia con arreglo al modelo de enfermedad, hay otros modelos descriptivos más sociales y menos médicos como la conducta aberrante o la actitud marginal, pero hasta el momento, el modelo más operativo de todos para definir y conceptuar al dependiente es el modelo médico. Todos los demás modelos son objetos de discusión sobre todo porque no trazan objetivamente el límite entre el consumo ocasional y la patología de la dependencia a las sustancias psicotrópicas.

Entre el dependiente patológico y el consumidor ocasional hay un salto o diferencia no cuantitativa. Es intrascendente si dependiente consume más que el consumidor ocasional, incluso podría ser que alguno de estos últimos consuman cantidades superiores de sustancias psicotrópicas sin que su hábito se trastorne en patológico.

Para ejemplarizar se puede trasladar esta diferencia al trastorno del alcoholismo; no todas las personas que ingieren bebidas alcohólicas son alcohólicas, hay bebedores no alcohólicos que consumen más alcohol que otros que sí lo son. También en este trastorno conductual la diferencia es más cualitativa que cuantitativa y consiste en que el dependiente patológico está permanentemente enfocado en la necesidad de consumir sustancias como objetivo principal en su vida, mientras que el consumidor ocasional se enfoca en otras esferas afectivas tales como la familiar, laboral, o social y únicamente consume sustancias para bajar el nivel de estrés producido por sus actividades cotidianas.

Entre estas características de la personalidad de un drogodependiente se pueden distinguir las siguientes:

- Una actitud pasiva de cara a la vida, y sobre todo, a la solución de problemas, con una personalidad desestructurada e inmadura que les hace incapaces de enfrentarse con los problemas de la vida, y las demandas de la sociedad.
- Insuficiencia para el manejo de frustraciones, fracasos o dolores; es decir, gran dificultad para soportar malestares de cualquier índole, evidenciando actitudes inmaduras en la búsqueda de soluciones, siendo proclive a la desestructuración de su personalidad afectiva como única alternativa, misma que puede ir desde la simple rabieta hasta los estados de angustia intensa.

- Demanda una exagerada atención de las personas que lo rodean, actitud caracterizada, porque ante la carencia afectiva la única forma de mitigar la angustia o malestar psíquico es la recurrencia a la ingestión de sustancias psicotrópicas.
- Necesidades de dependencia no satisfechas.
- Angustia de separación, aislamiento y dificultades de interrelación. Individuos con graves problemas de socialización.
- Deseo inagotable de amor y de aprobación.
- Falta de confianza en sí mismo. Imagen negativa de sí mismo.
- Timidez e hipersensibilidad.
- Inadaptación atribuible a una situación familiar desfavorable a factores constitucionales.
- Carencia de control interno.
- Escaso nivel de aspiraciones y relaciones personales.

### **1.10 Características de las terapias de intervención psicológica.**

Según el estudio (Sánchez-Hervás & Gradolí, 2002), la drogodependencia tiene un efecto sobre la persona que la padece, ya que manifiesta un comportamiento particular, el cual se denomina “Conducta Adictiva”. Enfocándolo desde la mirada de la Psicología, se entiende esta conducta adictiva exhibe dos características básicas: la “conducta aprendida” y la que conlleva a recaídas. El primero en dar forma a una teoría del condicionamiento en las drogas, fue Wikler en el año de 1965, este, se percató que aquellos sujetos que habían tenido adicción a los opiáceos, solían mostrar señales de un síndrome de abstinencia, en los meses posteriores de haberse aplicado la última dosis”. (Labrador, La eficacia de los tratamientos psicologicos., 2012).

Sandler y Davidson, en 1977, indicaron que “la mejor manera de entender el tema de la dependencia o la drogadicción como fenómeno de conducta, era estudiando cómo se consigue y se conserva la Conducta de Drogadicción”(Rio, 2011). Ellos mismos indicaron que “esta actitud los motiva a ejecutar numerosos intentos de autocontrol en la abstinencia del consumo de la droga”. En casi todos los casos se reinicia el consumo y de manera acelerada se desarrolla dependencia, tolerancia, y los mecanismos característicos de la adicción(Patrón, 2011).

El estudio presentado por (Sánchez-Hervas, 2012) establece “como objetivos básicos: la transformación de las actitudes respecto al consumo y sus efectos, mediante la Abstinencia y el establecimiento de un proyecto de cambio integral en el estilo de vida del sujeto”. El manual de prevención de recaídas de uso común para los tratamientos cognitivos, (Chávez, 2011) ... “Prevenir caídas tiene que ver con la puesta en práctica de los programas de autocontrol, con el propósito de ayudar a un sujeto en particular, a lograr y conservar cambios estables en los hábitos que se quieren enmendar”. También el manual demanda que el paciente tome el lugar de co-terapeuta, concediéndole la mayoría de la responsabilidad que se precisa, para poder efectuar los cambios que sean necesarios”.

El terapeuta también debe hacer más fácil la aparición de los factores involucrados en el conflicto de romper con el ambiente, haciendo comprender la dificultad de llegar a extinguir los condicionamientos o la aparición reforzamientos nuevos de la sumisión psicológica, a causa del surgimiento de consumos intermitentes y deserciones del tratamiento. Generalmente lleva tiempo para que el sujeto logre la interiorización para renunciar permanentemente al consumo y al ambiente asociado. También debe estar al tanto de las vivencias y estados de ánimo que la abstinencia a drogas crea, además debe establecer un marco tolerante que permita “verbalizar” las dificultades de sobrellevar la abstinencia temporal y las pérdidas relacionadas al abandono de la sustancia y el ambiente.

### **1.11 Conflictos entre la perspectiva profesional del tratamiento a las adicciones y la experiencia de los grupos de autoayuda.**

A causa de la propagación de los “Grupos de Autoayuda”, empezó a crearse cierta desconfianza, especialmente desde la mirada de los profesionales de la salud, que cuestionaban la metodología y la suficiencia de estos grupos, ya que en ellos se advertía la ausencia de procedimientos científicos y por lo contrario prevalecía el empirismo de la experiencia vivencial de individuos que adolecían de los mismos trastornos de conducta, y que por lo tanto, estos métodos no eran los más apropiados para el tratamiento de las adicciones.

En 1988 Sidney Gottlieb se propuso establecer una diferenciación entre los grupos de apoyo y grupos de autoayuda. Los grupos de apoyo se caracterizaban principalmente porque estaban dirigidos por profesionales que combinaban conocimientos científicos y experiencias de los pacientes; además sus tratamientos tenían un tiempo limitado de duración y en el



transcurso del mismo no se añadían pacientes adicionales es decir el número de asistentes era fijo, mientras que los grupos de autoayuda eran dirigidos por adictos en recuperación, el tratamiento tenía fecha de inicio pero no de finalización y el número de personas en recuperación no era fijo sino que se incrementaba o disminuía por su carácter voluntario.

Adicionalmente a estas características se puede añadir que los grupos de autoayuda, suelen funcionar de forma autónoma, al margen de la financiación particular o del estado. Uno de los ejemplos más conocido de grupos de autoayuda sería Alcohólicos Anónimos que conserva un sistema muy particular de autoayuda entre sus miembros.

En la actualidad se plantea un debate sobre la rigidez de esta distinción y algunos teóricos de la psicología social como Ana Barrón (1996) defiende una postura en la que los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo podrían considerarse no como dos clases sino como etapas en el desarrollo del tratamiento y en la evolución de las terapias grupales.

Al ponerlos en marcha es necesario que un profesional se encargue de formarlos y asuma las tareas de dirección y liderazgo. Posteriormente esas funciones deberían delegarlas poco a poco en los miembros del grupo, fomentando que ellos mismos asumieran la responsabilidad personal en la solución de sus problemas y que su papel fuera quedando reservado para tareas de consejo u orientación.(Barrón, 1988).

Aunque la propuesta de la autora es interesante, existen varias circunstancias por las que los profesionales actualmente ponen en duda la legitimidad de la presunción evolutiva del acompañamiento grupal en el tratamiento contra las adicciones, sobre todo por las dificultades que implican los trastornos adictivos de conducta.

Para que los grupos de apoyo dirigidos por profesionales alcancen la autonomía funcional tal como los hacen los grupos de autoayuda es necesario que se implemente paulatinamente un proceso de delegación gradual de las responsabilidades del funcionamiento del grupo. Los profesionales de la intervención psicosocial comenzarían a tener en cuenta a los sistemas informales de los usuarios con los que se trabaja, y empezarían a valorar, conocer y cuidar sus redes sociales con estrategias profesionales. Progresivamente se deben asumir roles de asesoría, orientación y vinculación con grupos de usuarios.

Cada vez se adquiere más conciencia de la necesaria cooperación entre los sistemas formales e informales de ayuda. De todas formas habría que reflexionar sobre la falta de contacto, conocimiento y formación que todavía se tiene sobre los sistemas informales de tratamientos en las adicciones y sobre la filosofía y la idiosincrasia de las organizaciones de autoayuda proveedoras de este tipo de apoyos que principalmente se fundamentan en la parte emocional del conflicto. Sea por estas razones o porque realmente no se haya evaluado los beneficios de la “autoayuda” en el desenvolvimiento profesional, la aspiración de controlar con demasiado rigor profesional el tratamiento, puede dificultar el acercamiento y la cooperación entre la terapia psicológica y la terapia vivencial, situación que sería ideal si se lograra un terreno de convivencia ideal para el tratamiento en la recuperación de personas con dependencia a las sustancias psicotrópicas.

Otra dificultad se puede manifestar cuando el grupo se vuelve dependiente del profesional y no permite la retirada progresiva de éste/a. Desde el punto de vista profesional en estos casos es importante situarse en el paradigma de la autoayuda y tener en cuenta las bases teóricas y metodológicas de este enfoque de trabajo, se irán revisando y desmitificando en el transcurso de la presente investigación.

### **1.12 Aspectos generales de la metodología tradicional de los grupos de apoyo.**

El autor de nacionalidad española, Alipio Sánchez Vidal (1991) publicó un resumen que recopilaba los trabajos de algunos autores, en cuanto a los aspectos elementales constituidos en el funcionamiento y el concepto de los “Grupos de Autoayuda” que son, a criterio personal, explican muy bien la importancia de este tipo de grupos. Estos aspectos son:

- La mutualidad y reciprocidad.
- La experiencia común de los miembros como criterio específico de pertenencia al grupo.
- El compromiso individual de cambio y de estar dispuesto a implicarse como igual en el grupo.
- La autogestión o autogobierno del grupo ya que tanto el programa como la filosofía del grupo son decididos por los propios miembros.

- El control social que ejerce el grupo sobre sus miembros como mecanismo que facilita el cambio actitudinal y conductual a través del compromiso individual con las normas definidas por ellos.
- Importancia de la acción que se realiza después de las sesiones de grupo y que, en realidad es, el aspecto más importante del cambio de los miembros del grupo.
- La información, guía y orientación, y en general la percepción de apoyo social implícita en la dinámica igualitaria y recíproca de estos grupos.

### **1.13 Caracterización de las terapias vivenciales.**

El proceso de rehabilitación de una persona con problemas de dependencia a sustancias sicotrópicas, suele ser duro y complicado, y a la vez puede convertirse en algo muy gratificante. La probabilidad de reincidencia al principio es muy alta y el seguimiento de las normas e indicaciones terapéuticas se convierte en el fundamento para mantener su abstinencia. Para el objetivo de vencer esta adversidad es conveniente y ventajosa apoyarse en los miembros de una comunidad que posea aspiraciones similares a las del dependiente, y estas características son las habituales en los grupos de apoyo.

Estos grupos, usualmente conformados por adictos con más tiempo en el tratamiento se convierten en un grupo de co-terapeutas cuya principal fortaleza es el haber pasado por las mismas o tal vez peores circunstancias y experiencias del recién integrado y transmitir mediante su testimonio la firme intención de vencer la dependencia a la sustancia sicotrópica que lo domina. La sola concurrencia regular del dependiente a las reuniones periódicas del grupo de autoayuda, ya constituye un buen pronóstico de la terapia grupal y facilitará el proceso de cambio de hábitos conductuales más allá de la perspectiva individual. Esta amplia categoría de tratamientos la integran los cientos de enfoques, encuentros de grupo y talleres que proliferan desde los años cincuenta, Acentúan la descarga emocional y el aprendizaje del control mental, procuran que "se asuma la responsabilidad de actos y conductas, enseñan a tomar conciencia de las necesidades psicológicas y fisiológicas, quizá hasta a investigar las "vidas pasadas".(Inteligencia emocional org, s.f.).

En general, las metas que se proponen son el crecimiento personal, la auto-actualización y la gratificación espiritual. Estos innumerables métodos tienden a rechazar la auto-comprensión intelectual, el método científico y las categorías de diagnóstico.

Es muy común que se desarrollen parcial o totalmente dentro de un grupo, como en el caso del Seminario Erhard de Capacitación, la terapia del grupo de encuentro, la gestáltica y la Meditación Trascendental, por nombrar sólo unas cuantas. Muchas se vinculan con el movimiento Nueva Era o con el "movimiento del potencial humano".

Estas terapias no ortodoxas quizá parezcan reñidas con los enfoques terapéuticos más convencionales; de hecho, surgieron en parte como producto de una desilusión existencialista frente a la ciencia y la tecnología alienantes de nuestro tiempo. Sin embargo, las técnicas vivenciales -incluso la meditación, el "rolplaying", el masaje y los grupos de encuentro- en ocasiones son recomendadas por los especialistas de formación más ortodoxa en una práctica ecléctica de la psicoterapia. Sí bien estos métodos logran una gran popularidad y luego desaparecen, siempre constituyen experiencias estimulantes, conmovedoras, que liberan las emociones o, cuando menos, son gratificantes.

#### **1.14 La terapia vivencial desde un enfoque conductual.**

Que haya individuos toxico-dependientes como consecuencia de una personalidad desestructurada, no significa que los consumidores patológicos no aspiren la superación definitiva y total de su dependencia. Los tratamientos que se planean implementar están destinados a motivar a que las personas que participan en los talleres grupales que combinan metodologías psicológicas experiencias vivenciales, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de sustancias y potencien sus destrezas cognitivas y afectivas, con el propósito de manejar circunstancias estresantes y situaciones ambientales que podrían desencadenar una intensa necesidad de consumir sustancias psicotrópicas y dar lugar a otro ciclo de consumo compulsivo o vulgarmente conocido como recaída o reincidencia.

Las terapias conductuales que forman parte de los talleres grupales también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y potenciar la adherencia de las personas drogodependientes al tratamiento. Adicionalmente si los familiares codependientes se

involucran de forma responsable en el tratamiento, estos podrán desenvolverse de forma idónea frente a cualquier situación o reacción inesperada del drogodependiente.

En lo referente a la recuperación holística del afectado, los terapeutas del centro contarán con herramientas adicionales en las terapias de grupo, y podrán sugerir correctivos cuando se evidencien una condición regresiva en los participantes. Estas terapias grupales emplearán estrategias para producir cambios visibles en el comportamiento, motivadas internamente, para seleccionar y seguir haciéndolo de esta manera, el tratamiento más práctico y efectivo.

### **1.15 La espiritualidad en los tratamientos terapéuticos para la drogodependencia.**

Reencontrar un camino espiritual perdido por el abuso de drogas, puede ser el inicio de un proceso exitoso de recuperación y superación de la dependencia a sustancias psicotrópicas eficaz. Mediante el ofrecimiento de salir de una vida de dolor, angustia y sufrimiento se puede conseguir que las personas afectadas por la drogodependencia se motiven a buscar una guía para desarrollar la fe en la espiritualidad, a través del cual puedan vencer definitivamente su adicción.

La metodología centrado en la espiritualidad en la fe complementada con otros aspectos como la religiosidad, la congregación periódica y permanente a grupos de apoyo, la consejería pastoral y estudio de las textos sagrados como la biblia son la fundamentación de los métodos espirituales de rehabilitación a las drogas.

A pesar de lo expuesto en el párrafo anterior, no significa que los tratamientos basados en la espiritualidad desechen la experiencia de metodologías tradicionales. Es común que por la presencia de participantes que hayan experimentado otro tipo de tratamientos convencionales se incluya la metodología de los 12pasos de Alcohólicos anónimos, incluso podría darse el caso de que entre los participantes se encuentren dependientes que hayan sido objeto programas más rigurosos, donde el confinamiento y los testimonios hayan sido componentes importantes del programa de recuperación, y estos hayan incorporado técnicas cognitivas conductuales o reflexivas para complementar la metodología terapéutica.

### **1.16. La resistencia a las terapias para la dependencia a sustancias psicotrópicas.**

Las personas con problemas de dependencia a sustancias psicotrópicas son generalmente descritas como personas resistentes a escuchar consejos o críticas a su modo de vida. En un principio no suelen reconocer que poseen un problema grave, y perciben su trastorno como una etapa pasajera en sus vidas que por sí sola, así como llegó, desaparecerá. Desafortunadamente esta percepción suele ser ilusoria y lleva intrínseca una idea negativa.

Parte primordial en casi todos los modelos terapéuticos contra adicciones es preguntarse cómo vencer esa resistencia inicial y la experiencia generalizada evidencia que a mayor insistencia del modelo terapéutico, mayor resistencia del paciente, con el inminente peligro de que el dependiente postergue indefinidamente el inicio de un tratamiento. Es obvio que los terapeutas de cualquier metodología preconicen la sobriedad radical como inicio de cualquier intención de modificar conductas adictivas a sustancias psicotrópicas. De hecho, no se conoce de ningún tratamiento serio que recomiende el paulatino desuso de las sustancias que crean dependencia. Sin embargo la simple mención de la necesidad de la abstinencia total pudiera desanimar inicialmente al prospecto simplemente porque no considere factible es abandono “milagroso” de su adicción; por ello se deriva la importancia esta investigación la misma que entre sus objetivos específicos persigue conocer los factores que potencian la aquiescencia del participante de cualquier modelo terapéutico contra la dependencia a sustancias psicotrópicas.

### **1.17 Metodología terapéutica implementada en el grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.**

Para caracterizar la metodología implementada se describe las generalidades del entorno de las sesiones o terapias grupales. Estas se realizan una vez por semana en un área destinada para conferencias que tiene una capacidad para 200 personas por lo se deduce en primera instancia que no existe una infraestructura idónea para el cometido. Como en la mayor parte de los grupos de apoyo tampoco existe una segregación clasificatoria por antigüedad de asistencia ni por niveles de adherencia de lo que se colige que la estructuración grupal se la ha conformado tomando como referencia los grupos Alcohólicos y Narcóticos Anónimos.

La actividad principal de las sesiones o terapias consiste en escuchar el consejo pastoral y desarrollar actividades de fe como la oración y la lectura de pasajes bíblicos y de forma

complementaria se da lugar a los testimonios voluntarios de los asistentes que exponen sus vivencias y experiencias en las distintas etapas de su dependencia a las sustancias sicotrópicas y como la fe ha sido protagonista en la lucha contra la impulsividad irreflexiva que los conmina a consumir sustancias psicotrópicas.

Debido a que el grupo de apoyo se reúne una vez por semana es difícil tener un conocimiento detallado de la conducta cotidiana de los dependientes, y solo se posee la información que en sus intervenciones testimoniales manifiestan. De esto último se ha podido observar que no pocos asistentes se abstienen de participar, presumiblemente porque sus patrones de conducta todavía no han experimentado mayores modificaciones en cuanto al consumo habitual de sustancias.

En cuanto a la parte procedimental de las sesiones se reconoce que existe mucha flexibilidad sobretodo en cuanto a tiempos de intervención de los participantes, tal vez por esta situación, se dé la participación de casi siempre las mismas personas que por facilidad de expresión o porque se consideran con mayores logros en el proceso de espiritualidad, en desmedro de las otras personas que no poseen las mismas capacidades para transmitir sus vivencias. Expresado de forma más resumida se percibe en el grupo terapéutico la idea de que las personas que más participan con sus testimonios, son los que demuestran mayor adherencia al método terapéutico implementado en el grupo de apoyo.

## CAPITULO 2

### Metodología de la Investigación

#### 2.1 Situación Problemática.

El grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil fue creado en el mes de marzo del año 2013 por iniciativa del Pastor evangélico Lcdo. Jaime Vásquez Manrique, como respuesta a la necesidad de dar apoyo espiritual y terapéutico a las personas con problemas de adicción a sustancias sicotrópicas asistentes a la iglesia evangélica “Centro Cristiano de Guayaquil”, no obstante al grupo puede asistir cualquier persona independiente de sus creencias religiosas.

Desde sus inicios han ingresado aproximadamente 300 personas, el número exacto se desconoce por la condición de anonimato y la asistencia no obligatoria de las mismas, sin embargo ha sido posible evidenciar que el número promedio de asistentes a las reuniones que se realizan una vez por semana ha mantenido una paulatina pero constante disminución hasta llegar al número actual de 30 personas promedio en cada sesión, lo cual refleja un bajo nivel poca aceptación y conformidad con la metodología implementada en el centro.

Los asistentes al grupo de apoyo son de género masculino y femenino siendo los primeros mayoría en un porcentaje de 80%. El grueso de la población tiene una edad comprendida entre los 20 y 40 años, existiendo un 5% aproximado que no está comprendido en ese rango. No existen registros de identidad por lo que las cifras porcentuales y las edades que se manejan en el presente estudio son de carácter hipotético.

#### 2.2 Planteamiento del problema de investigación.

¿Cuál es la eficacia de las sesiones de terapia grupal desarrolladas en el grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil?



## **2.3 Formulación del objetivo general y objetivos específicos.**

### **2.3.1 Objetivo General:**

Determinar la eficacia de las sesiones de terapia grupal desarrolladas en el grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil

### **2.3.2 Objetivos Específicos:**

1. Conocer las características del entorno socio-afectivo en las personas dependientes a sustancias psicotrópicas que acuden al grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.
2. Describir la opinión de los pacientes, sobre las sesiones de terapia grupal del grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.
3. Identificar la percepción de los pacientes que evidencien progresividad en la rehabilitación de las personas con dependencia a las sustancias psicotrópicas del grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.

## **2.4 Perspectiva general y tipo de investigación.**

La presente investigación es de tipo descriptiva y se desarrolla con un enfoque cualitativo, ya que pretende describir una realidad mediante la aplicación de instrumentos de tipo evaluativo cualitativo, apoyados en el conjunto de evidencias presuntivas que permitan conocer el postulado principal de la pregunta científica del problema investigado, el cual es determinar la percepción sobre los beneficios en una población determinada. A pesar de que esta convalidación se obtiene mediante el análisis objetivo de los datos proporcionados por los actores fundamentales del proceso, la misma persigue comprender a las personas en base a las referencias que proporcionan de sí mismas.

Este trabajo evalúa la realidad del grupo objeto del estudio, analizando las características que evidencian los participantes en relación a una determinada metodología terapéutica implementada de acuerdo a los objetivos específicos enunciados. Desde su perspectiva general es una investigación particularista que asume que la realidad del grupo observado, de igual manera es firme y con continuas posibilidades de ser pulida. Podría deducirse que adquiere una

objetividad acertada, diferenciando su posición con la de los sujetos que participan en la investigación, llevándolos a manifestar sus convicciones. Está basada en la “Inducción Probabilística del Positivismo Lógico”, además y requiere examinar los datos en los que habitualmente se aplica un mínimo “análisis estadístico”. También es deductiva, confirmatoria, y aplica teorías y prejuicios para acordar los datos que se van a considerar.

La metodología evaluativa que se implementará en los procedimientos, se caracterizará por la representatividad de la información obtenida, por ende el principal cometido que emplea esta metodología no se centra en la selección de una muestra representativa, sino en los datos expresados, que en términos de satisfacción o insatisfacción proporcionarían los participantes de la metodología terapéutica implementada, ya que el objetivo básico de los estudios selectivos consiste en generalizar los datos obtenidos a partir de una selección no probabilística, a la población de la que se extrae dicha selección.

La presente investigación no genera datos numéricos pero sí especifica coincidencias y diferencias representativas en la segmentación de las condiciones ambientales y situaciones particulares de los individuos observados para poder generalizar conclusiones y recomendaciones. Realiza una inferencia que va más allá de la información que se recaba y establece una medición controlada y de profundidad, observada fundamentalmente en las relaciones causales entre fenómenos sociales, además está enfocada en el resultado, a las pruebas teóricas o hipótesis.

Para la presente investigación se consideraron dos unidades de análisis, y los instrumentos que se utilizaron fueron coherentes con el tipo de investigación por lo tanto los datos obtenidos, se limitan a las especificaciones y aclaraciones que desde un inicio, se indicaron a los participantes.

Las características de transversalidad de la presente investigación, se determinan por la particularidad de que el objetivo final es conocer la generalidad del nivel de afectación de los participantes en un momento dado, sin discriminación de los mismos por situaciones de permanencia ni por predisposición a la continuidad en la metodología terapéutica.

Las propiedades descriptivas se pueden conceptuar por cuanto entre los objetivos específicos declarados no se pretende en ningún momento cuestionar la validez del programa

en cuanto a su cientificidad teórica y profesional, sino que únicamente describirá de forma analítica los resultados obtenidos en la encuesta y transcribirá los del testimonio focalizado, para hallar correlación interpretativa que favorezca la consecución de los objetivos.

El tipo de investigación en el que se circunscribe el proyecto es: Descriptiva Transversal con enfoque cualitativo, debido a que vamos a observar las modificaciones conductuales en los individuos a los que afectará el accionar de la programación sistemática de los talleres grupales dirigidos a las personas con problemas de dependencia, en un estado de espontaneidad, para buscar conclusiones de sesgo endogrupal para convalidar la eficacia del mismo.

## **2.5 Unidades de Análisis**

- Percepción de la utilidad de las sesiones terapéuticas
- Personas con problemas de dependencia a las sustancias psicotrópicas que asisten al Grupo de Apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.

## **2.6 Población y selección.**

### **2.6.1 Población.**

La población del grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil consta de un promedio de cuarenta adultos de ambos sexos que comparten características de homogeneidad, tiempo de asistencia, ciudad de domicilio, y predisposición a colaborar en el estudio. Sin embargo debido a los criterios de inclusión y exclusión que provienen de los objetivos específicos, y respecto a las condiciones que se indican en la categoría, solamente se seleccionó a 18 asistentes los mismos que acuden de forma significativamente regular a las sesiones terapéuticas que se realizan una vez por semana los días jueves en horario de 19:00 a 21:00. Los participantes son pacientes que al momento de la aplicación de los instrumentos se encuentran participando de metodología implementada en el Grupo de Apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil.

El equipo técnico del Grupo de Apoyo, que será el encargado de ejecutar el proceso evaluativo está formado por dos psicólogos voluntarios, uno de ellos con vasta experiencia en

el tratamiento de adicciones, así como tres terapeutas voluntarios que desarrollan el componente vivencial del tratamiento.

### **2.6.2 Proceso de selección de los participantes.**

Al describir las características de la selección, se puede inferir que son varones adultos con edades desde 18 a 52 años, que mantienen una significativa continuidad a las sesiones terapéuticas del grupo de apoyo del Centro Cristiano de la Ciudad de Guayaquil. Como no se lleva un registro de asistencia, ya que la participación es de naturaleza espontánea y anónima, solo se determina un número promedio de asistentes a sesiones.

Inicialmente se les expuso a los asistentes a la primera reunión, las características del estudio que se pretendía realizar y los objetivos que se presupuestaban. Luego de la respectiva socialización y aclaración sobre la confidencialidad y espontaneidad del estudio, se preguntó a los asistentes que levantarán la mano los que tuvieran más de 3 meses asistiendo de forma continua a las sesiones. De las 40 personas asistentes, 28 se postularon para participar y luego de la filtración basada en los criterios de inclusión y exclusión se redujo a 22 el número de los postulantes, sin embargo en el transcurso del lapso en el que se produjo el estudio, que fue de 10 semanas, 4 personas dejaron las sesiones terapéuticas, quedando en 18 el número final de la muestra.

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

- Cumplimiento de los criterios diagnosticados del CIE 10 es el documento para diagnóstico aprobado por la OMS.

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del

síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.(Inteligencia emocional org, s.f.).

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia en el momento el uso de la sustancia se reduzca o cese.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, debido al uso de la droga consumida.
- Persistencia por consumir la droga a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.
- Concurrencia a las reuniones de forma regular por lo menos 3 meses antes del proceso de selección de la muestra.
- Participación en el tratamiento del Grupo de Apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil de forma activa por lo menos tres meses.
- No haber sido declarado con trastornos psicopatológicos antes del inicio de su adicción a las sustancias psicotrópicas.

## **2.8 Tipología de la selección.**

La muestra utilizada para este análisis seleccionadas fueron de tipo no probabilística y representativas para obtener los datos de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, y con características particulares que permitan observar los criterios de aquiescencia del método terapéutico experimentado por los asistentes al centro de apoyo.

## **2.9 Justificación del tipo de selección**

- La investigación era de carácter cualitativo.
- Toda la población presentaba características significativas homogeneidad.

- El investigador eligió los estadios y escenarios que podían aportar más información a la presente investigación.
- Se persigue la inferencia lógica de la pregunta científica.
- Por los recursos de tiempo es la muestra más adecuada para la evaluación.

## **2.10 Métodos, técnicas e instrumentos.**

Los instrumentos de recolección de datos que se emplearon, son de tipo cualitativo los mismos que se caracterizan por que sus resultados son expresados en lenguaje hablado o escrito, permitiendo analizarlos en contexto estructural y situacional, identificando la naturaleza de su realidad, y su evolución dinámica. Se acota adicionalmente que la flexibilidad de los instrumentos cualitativos utilizados fue idónea para el tipo de población seleccionada.

1. Formulario inicial de identificación de las características socio-afectivas para determinar la etapa situacional del investigado.
2. Entrevista semi- estructurada.
3. Testimonio focalizado.
4. Alpha de Cronbach.

### **2.10.1 Formulario inicial de identificación.**

El formulario sirvió para identificar las características demográficas y socio-afectivas de los participantes seleccionados y debieron definir de modo objetivo aspectos relacionados con su sexo, edad, autodefinición situacional, situación de convivencia, situación de apoyo familiar, sustancia/sala que se declara dependiente, tiempo que ha permanecido con la dependencia, sí ha recibido algún otro tipo de tratamiento, etc.

### **2.10.2. Entrevista Semiestructurada.**

El aplicar este modelo de entrevista Semiestructurada, el investigador se basó en el conocimiento de dos años que lleva prestando una labor profesional voluntaria en el grupo de apoyo. En el transcurso de las entrevistas los participantes proporcionaron la información

necesaria en relación a sus vivencias y a los conflictos que les ha ocasionado su dependencia, siendo trascendental la confianza adquirida por la experiencia de trabajo con el grupo.

Los criterios del investigador para formular las preguntas de la entrevista Semiestructurada se fundamentaron en las siguientes pautas:

- Debía contener las interrogantes que de forma solapada permitan obtener respuestas sobre la aceptación del método en su integralidad, es decir en todo los componentes tanto los espirituales como los vivenciales.
- Debía tener puntos de referencia de paso obligatorio para que el entrevistador detecte una progresión en el proceso de recuperación.
- Debía explorar en su autoestima para evidenciar síntomas positivos en la auto-percepción del entrevistado.
- Debía contener preguntas que le permitan al investigador detectar de forma soslayada si continuaba consumiendo la sustancia que le provocaba dependencia.

Mediante esta técnica el investigador trata de medir una cualidad como la fiabilidad, no directamente observable en una población de sujetos. Para ello mide n respuestas que sí son observables como por ejemplo, en un cuestionario de respuestas positivas o negativas a cada uno de los sujetos.

Para tal efecto antes de comenzar la entrevista, se revisará cuidadosamente los indicadores del comportamiento y el lenguaje verbal y corporal del entrevistado. Durante la entrevista, en el momento en que se escuche alguna evidencia de cualquier acontecimiento que consideremos importante se anotará la frase que permitirá recordar la misma. Después de la entrevista, se revisará las anotaciones realizadas en un formato especialmente diseñado para un resumen de valoración final de la misma.

### **2.10.3 Testimonio focalizado**

En la presente investigación se solicitó la información de forma abierta para que relaten sus experiencias no precisamente negativas, sino más bien relatadas de forma libre y lo que quisieran pero con el enfoque de su dependencia a las drogas; de la forma como había afectado

el control de sus vidas y como estaban afrontando el proceso de recuperación. El instrumento arrojó múltiples respuestas y no todos necesariamente narraron las partes negativas sino también la esperanza que el tratamiento les avizoraba y el cambio que experimentaban, sobre todo lo relacionado a la parte espiritual.

Como el tema era abierto pero focalizado en la dependencia se debía esperar que las respuestas fueran también específicas, abiertas y focalizadas, las cuales se convertirían en testimonios que serían transcritos tal y cual habían sido redactado y luego analizados en su contexto sin la injerencia de prejuicios puesto que también eran anónimos. Los testimonios focalizados se utilizaron con el propósito de lograr un mayor acercamiento a los significados, experiencias, percepciones, opiniones y concepciones de los participantes y principalmente sirvieron para que aquellos asistentes que no se sentían seguros de participar con sus testimonios en las sesiones terapéuticas pudieran expresarse sin el temor que normalmente les impedía hablar en público.

La valoración de los testimonios focalizados no es medible con puntajes para lograr una fiabilidad aceptable, sin embargo, dado que el propósito del tipo de investigación no es analizar causas sino tener una percepción integral del grupo, fueron de mucha ayuda para las confrontaciones con los objetivos específicos denunciados en la investigación.

#### **2.10.4 Alpha de Cronbach.**

Cuando se trata de instrumentos de recolección de datos, es importante conocer si los resultados que se producirán serán confiables, y una de las pruebas más utilizadas es el coeficiente del Alpha de Cronbach, el mismo que se puede utilizar en múltiples tipos de investigaciones (INFOUNERG, 2015). En particular, el promedio de las respuestas deberían ser consistentes, con un elevado nivel de correlación entre ellas por tratarse de una muestra de selección intencionada. El índice ideal de fiabilidad es 1 pero se considera fiable a partir de 0,7. (González, 2015).

#### **2.11 Procedimientos.**

El procedimiento de recolección de datos mediante los instrumentos cualitativos señalados se llevó cabo en las 2 últimas sesiones del periodo de 10 semanas (a razón de una sesión por



semana) en el local habitual de las sesiones terapéuticas del Centro Cristiano de Guayaquil, para tal efecto se reunió a los participantes seleccionados en un espacio apartado del grupo para que procedieran a contestar la entrevista semi-estructurada y a redactar el testimonio focalizado, las sesiones se las hizo en grupos de tres participantes y el proceso tomó aproximadamente una hora en cada grupo. Los participantes fueron instruidos sobre la confidencialidad de los resultados y para ello se les recalcó que no tenían que poner sus nombres, a fin de que pudieran expresar libremente sus ideas y la perspectiva que poseían del tratamiento y del grupo de apoyo en general.

El proceso también fue explicado a los asistentes que no participaban en el estudio de modo que todas las personas colaboraron en el mismo. No se puso límites de tiempo aunque ya se especificó que las aplicaciones de los instrumentos duraron aproximadamente una hora en cada una de las dos sesiones. Finalizado el cuestionario hubo una pequeña reseña testimonial sobre anteriores procedimientos de este tipo en la que participaron la mitad del grupo seleccionado para el estudio.

De acuerdo a la metodología de la investigación aplicada, los datos recabados de la entrevista semiestructurada fueron sometidos al análisis de contenido en la modalidad evaluativa en primer lugar analizando su fiabilidad mediante el otorgamiento de puntajes descrito en párrafos anteriores. Posteriormente también se analizó las grabaciones hechas después de la recolección de datos y se contrastaron los testimonios focalizados con la información obtenida de la ficha de identificación demográfica y las respuestas generalizadas de la entrevista.

Los datos de la entrevista fueron clasificados mediante una tabla de respuestas para facilitar su tabulación y los testimonios fueron transcritos textualmente para su posterior interpretación y discusión.

## CAPITULO 3

### Análisis, interpretación y discusión de resultados.

#### 3.1 Presentación de los resultados.

**Tabla N° 1**

Dato	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P15	P16	P17	P18	Media
Edad	34	34	43	28	41	48	33	34	20	20	15	22	21	22	41	24	44	29,11
Sexo	m	M	M	m	m	m	m	m	m	M	m	m	m	m	m	m	m	m
c/par				x				x	x	X			x	x	x			40%
s/par	X	X	x		x	x	x				x	x				x	x	60%
a/f			x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	90%
sa/f	X	X																10%
e/l			x								x	x		x				20%
i/l	X	X		x	x	x	x	x	x	X			x		x	x	x	80%
droga	md	md	md	md	ne	ne	md	md	md	Ne	md	md	ne	md	md	md	md	100%
t/asist	3	3	4	5	3	8	9	3	3	6	7	3	5	3	5	6	3	4,5 meses

Fuente: Centro Cristiano de Guayaquil  
Investigador: Mario Villalva Vasco

#### Interpretación:

La interpretación de la tabla demográfica confirma la homogeneidad de la selección tomada, teniendo la mayor varianza en las edades que van desde los 15 a los 48 años. Todos son varones, en su mayoría sin pareja pero con el apoyo de sus familias. Casi todos inestables laboralmente y multi- drogodependientes, y el tiempo de asistencia es de 4,5 meses promedio con la metodología terapéutica.

**Tabla N° 2**

<b>PREGUNTA 1</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>16</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>2</b>
<b>Promedio de fiabilidad: 0,88</b>	

- 
- **Si porque dios es mi guía**
  - **Aprender de otros**
  - **Ayuda a desarrollar estrategias reconozco mi problema**
  - **Se desarrollan relaciones positivas con otras personas**
  - **Ayuda a saber que no estás solo**
- 

Interpretación: La pregunta N° 1 tuvo una mayoría casi absoluta de respuestas positivas y las inferencias más repetidas expresaron ideas de conformidad y aceptación con el grupo y la metodología implementada, por lo tanto podríamos considerar que su resultado favorece la factibilidad de la unidad de análisis de la investigación.

**Tabla N° 3**

<b>PREGUNTA 2</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>16</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>2</b>
<b>Promedio de fiabilidad: 0,88</b>	

- 
- **Ahora me entienden mejor**
  - **Tu vida cambia para mejor**
  - **He aprendido a escuchar a mi familia**
  - **Con la familia y también con las amistades**
- 

Interpretación: La pregunta N° 2 obtuvo mayoría positiva y las razones que más se argumentaron, expresaban logros y beneficios en las relaciones familiares, calificando positivamente aunque de forma indirecta, la metodología terapéutica implementada en el grupo, posibilitando la del objetivo general de la investigación.

**Tabla N° 4**

---

<b>PREGUNTA 3</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>11</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>7</b>

---

**Promedio de fiabilidad: 0,61**

- 
- **Tengo que poner de mi parte**
  - **Sé que voy a encontrar ayuda**
  - **He recibido ayuda de psicólogos**
  - **He estado en grupos más juveniles**
- 

Interpretación: La pregunta N° 3 obtuvo mayoría positiva y se deduce de los argumentos, que antes no han recibido mayor ayuda para su dependencia. Una minoría denunció ocasional de profesionales. Se considera el ítem como afirmativo y de acuerdo al promedio de tiempo de asistencia, se infiere que los asistentes en su mayoría sienten empatía por la labor que realizan los profesionales del grupo de apoyo.

**Tabla N° 5**

---

<b>PREGUNTA 4</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>11</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>7</b>

---

**Promedio de fiabilidad: 0,61**

- 
- **Sí, estoy contento y agradecido**
  - **Me fallo al negarme a mí mismo porque es muy difícil**
  - **Si pero sé que puedo mejorar aún mas**
  - **Uno siempre debe superarse a si mismo**
- 

Interpretación: La pregunta N° 4 dio positiva, de forma no contundente. Se interpreta como satisfacción incompleta pero al mismo tiempo optimista. Se presume que por el tiempo de

asistencia no existan logros consistentes. No desmerecen las intenciones positivas del grupo y sus profesionales, confirmando la complacencia con la pertenencia al grupo.

**Tabla N° 6**

---

<b>PREGUNTA 5</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>13</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>5</b>

---

**Promedio de fiabilidad: 0,72**

- 
- **Sí, porque dicen que soy un mal ejemplo para mis hijos**
  - **Todos creen en mí y voy a salir de esto**
  - **Si pero las personas me ven como un luchador**
  - **Si pero lo único que me importa es la ayuda de Dios**
- 

Interpretación: La pregunta N° 5 dio positiva, Se interpreta como insatisfacción consigo mismo de las unidades estudiadas, lo cual podría entenderse como una debilidad en la metodología terapéutica; sin embargo, por el tiempo de asistencia, es presumible que no se evidencien mayores progresos en la autoestima integral de los asistentes. El ítem se lo considera desfavorable y contrastante con los anteriores, por lo que, sin obstruir la consecución del objetivo general, se infiere la disconformidad del grupo con su autoimagen.

**Tabla N° 7**

---

<b>PREGUNTA 6</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>18</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>0</b>

---

**Promedio de fiabilidad: 1**

- 
- **Sirviendo a Cristo totalmente**
  - **En la marina**
  - **Siendo feliz con toda mi familia**
  - **Recuperado y dejando de depender de las drogas**
- 

Interpretación: La pregunta N°6 dio positiva absoluta. Se interpreta como optimismo y seguridad en cuanto a la proyección futura de su vida. Se presume que por el componente espiritual del tratamiento se den este tipo de manifestaciones. No se desmerece el entusiasmo pero hay que diferenciarlo de las convicciones ilusas sin sustento metodológico. El resultado confirma la anuencia del grupo para los objetivos generales de la investigación.

**Tabla N° 8**

<b>PREGUNTA 7</b>	
<b>RESPUESTA AFIRMATIVA</b>	<b>9</b>
<b>RESPUESTA NEGATIVA</b>	<b>9</b>
<b>Promedio de fiabilidad: 0,5</b>	

- 
- **No, porque aún no lo puedo controlar**
  - **Si, aunque he pasado por dificultades, pero no he recaído**
  - **Todavía me falta fuerza de voluntad**
  - **Aun creo que me falta**
- 

Interpretación: La pregunta N° 7 tuvo respuestas encontradas en forma equitativa. Se interpreta como inseguridad personal y falta de independencia para controlar sus impulsos de consumo. Se sospecha que el componente espiritual es el que crea esta sujeción, acorde a las creencias religiosas de que el hombre sin la ayuda de Dios no es nadie. Los resultados del ítem ni confirman, ni invalidan la proposición central del estudio, siendo neutral en la calificación de la misma.

**Tabla N° 9**

---

<b>PREGUNTA 8</b>	
<b>RESPUESTA SIEMPRE</b>	14
<b>RESPUESTA TEMPORALMENTE</b>	4

---

**Promedio de fiabilidad: 0,77**

- 
- **Sí , estoy contento y agradecido**
  - **Me fallo al negarme a mí mismo porque es muy difícil**
  - **Si pero sé que puedo mejorar aún mas**
  - **Uno siempre debe superarse a si mismo**
- 

Interpretación: La pregunta N°8 era de tiempo. Se interpreta la respuesta permanente como positiva y la respuesta temporal como negativa para el consumo oculto del participante. Se sospecha que todos los asistentes siguen en alguna proporción consumiendo drogas o alcohol. No obstante la calificación es positiva por cuanto se infiere que los asistentes necesitan permanentemente del consejo pastoral y de la ayuda terapéutica.

**Tabla N° 10**

---

<b>PREGUNTA 9</b>	
<b>RESPUESTA TODAS O ALGUNA</b>	18
<b>RESPUESTA NINGUNA</b>	0

---

**Promedio de fiabilidad: 1**

- 
- **Sí, estoy contento y agradecido**
  - **Me fallo al negarme a mí mismo porque es muy difícil**
  - **Si pero sé que puedo mejorar aún mas**
  - **Uno siempre debe superarse a si mismo**
- 

Interpretación: La pregunta N° 9 tenía una sola respuesta pero con una sub-respuesta que pretendía identificar el componente que motivaba la mayor aceptación de la metodología. Se interpretan los resultados como satisfactorios para la selección estudiada; por lo menos con un

componente de la metodología terapéutica. Los resultados concluyen en una equilibrada aceptación de la integralidad de la metodología, y no se advirtió tendencias preferenciales mayoritarias.

### **Transcripción resumida de los Testimonios Focalizados.**

#### Participante # 1

“Yo tenía unos padres que, aparte del problema de tener un hijo rebelde, tenían problemas con el alcohol y esto me provocó un deseo irrefrenable por independizarme y evitar las consecuencias de sus borracheras. Luego me votaron de la casa por motivos que aún hoy no llego a entender, pero yo seguí trabajando hasta los fines de semana para ahorrar dinero y así poder alquilar un cuarto. Después empecé fumando base en el cuarto con unos amigos y luego también me emborrachaba y tenía sexo con chicas drogadictas y acabé dejando mi trabajo para convertirme en una lacra de la sociedad.”

#### Participante # 2

“Mi vida perdió sentido, no hay motivación, no hay nada, eso pasa en algún momento con seguridad. Y esas palabras tienen un profundo sentido que es no querer estar en este mundo y si pasas tus actividades diarias habiendo consumido no se hace todo tan pesado y tedioso. Es un infierno. No hay fin. Y lo peor es que llega un punto en que te duele mal la cabeza la nariz no puede más, sentía paranoia por todos lados. Y a la hora de decir basta por hoy es el más profundo de los calvarios. Tal vez deba hacerlo simplemente hacerlo sin pensar y dejar ya porque así cada día me siento más infeliz. Incapaz. Decepcionado de mí mismo. Soy una mierda, valgo menos que una mierda. Esto la muerte en vida lo peor que hay. Dios dame la fuerza para salir. Tengo una hija y la miro y me muero si le fallo, me muero. Pero eso no importa porque no valgo la pena, lo que importa es que ella no se merece un padre como yo. No tengo opción no debo hacerlo más. No puedo perdonarme arruinarle la vida a mi hija porque solo lo hago por ella, mi vida a mí ya ni me interesa. Si no la tuviese a ella preferiría estar muerto”.



### Participante # 3

Tengo 2 años de consumir cocaína y heroína, mi vida se ha hecho una desgracia conforme pasa el tiempo. Trato de dejar la adicción pero mi mente y el impulso me controla. Mi autoestima es demasiado baja ya que después de consumir, me pongo a pensar lo bajo que he caído y lo débil que soy. Por la droga he tenido tantos problemas en los cuales casi me terminan matando, hoy en día a la edad que tengo no he logrado nada ya que solo mi mente piensa en la droga, estoy tratando de dejar la adicción pero siempre sufro una recaída. Mi madre es mi único apoyo, pero ella no sabe en lo que estoy, ya que si ella se diera cuenta, se sentiría peor que yo. Espero con grandes ansias el día en el cual llegue a dejar esto, porque sinceramente no sé hasta cuando podré aguantar más el estado en el que estoy.

Para el que lea esto y está pasando por lo mismo y están a tiempo de dejarlo, no lo piensen mucho, porque es una prueba muy difícil de superar y dejar, confíen en Dios ya que en un momento a si, el único en el cual uno puede refugiarse. Esto no es un testimonio de alguien que haya dejado la droga, sino de un joven al cual ha desperdiciado su niñez y juventud, espero que en mi adultez haya podido superar esto y me aferre a mi más grande sueño, que es orgullecer a mi madre y poder llegar a tener un lindo hogar, gracias”.

### Participante # 4

"El alcohol y las drogas destruyeron mi vida y cuando estaba en lo más profundo del pozo, busqué a Cristo en el centro cristiano fue lo mejor que he hecho, todos los días oro y le pido a Diosito que me den fuerzas para ya no fumar más base, quiero recuperarme y volver a ser el hombre que era antes de las drogas, quiero volver a estudiar y a recuperar el tiempo que desperdicié consumiendo drogas y alcolizándome, Agradezco a los doctores que nos dan charlas todos los jueves y al pastor que no enseña la palabra de Dios. Quiero rehacer mi vida y recuperar a mi familia. Tengo la convicción de que podré lograrlo con la ayuda del señor Jesucristo”.

### Participante # 5

“Yo empecé a consumir cocaína hace 2 años, mi madre se estaba muriendo de cáncer, y por circunstancias de la vida, terminé en ese mundo, el mundo de las drogas, "mi pretexto" era

que yo estaba rebelde con dios porque se había llevado a mi madre, pero esa no es razón para destruirse con la coca, porque hay mucha gente que pierde a sus madres de cáncer y no se meten en drogas. empecé a consumir los fines de semana, luego empecé a consumir entre semanas, y cada vez iba a mas metido en la drogas, lo peor era que después de una noche de jalar y fumar me daba por comer, y engordé muchísimo, parecía un chanco, no era yo mismo, me he intentado quitar la vida 2 veces, la última vez fue hace tres meses en junio, casi lo consigo, me quise envenenar con pastillas para dormir, y me tuvieron que hacer un lavado de estómago en el hospital, no recuerdo nada más ni como salí del hospital solo sé que a la semana siguiente una amiga me invitó al centro cristiano y decidí dejar la cocaína para seguir a Cristo y ahora me quiero mucho, ahora sé que dios me ama y que tiene un propósito en mi vida”.

#### Participante # 6

La base de coca trasformó mi vida. Abandoné el futbol que era lo que más amaba hacer, tenía un gran futuro fui seleccionado del Guayas cuando era muchacho, luego me dejó mi novia, y dejé el colegio, mi madre, me echó de la casa porque le vendí los libros a mi hermano que estudiaba medicina y todo para comprar unos paquetes. Quedé botado en la calle y ahí conocí malos amigos que me enseñaron a robar y me puse a robar en otros lados para comprar la droga. Ahí fue cuando me detuvieron por primera vez luego de eso en la cárcel consumí más droga y cuando salí seguí consumiendo, me volvieron a coger preso esta vez por tráfico de drogas y permanecí una año. En la cárcel conocí a Jesucristo y ahora me congreso en el centro cristiano porque ya no quiero ser el mismo de antes. Ahora tengo que esforzarme por no fallar otra vez ya no quiero volver a ese mundo infernal de las drogas”.

#### Participante # 7

La vida que tuve por las drogas era de puros golpes, agresiones, alcohol, drogas a mi familia, así estuve durante 4 años, después me quedé solo porque mi mujer y mis hijas me dejaron y me drogaba todos los día y consumía harto alcohol, sufrí por la ausencia de mis hijas que son lo que más quiero en este mundo, la droga me las quitó, a veces no tenía para darles de comer pero encontraba la forma de comprarla, cada vez necesitaba más droga y luego comencé a jalar la hache.

En un punto determinado, me di cuenta que necesitaba ayuda y que solo no iba a poder recuperarme, así que decidí ir a la iglesia centro cristiano y desde que estoy en el grupo trato de venir siempre porque quiero recuperarme pronto y volver con mis hijitas. Las drogas me dañaron físicamente, baje de peso, y mi mente ya no coordinaba ni lo que decía, Me trataron de ayudar mis amigos pero solo Cristo me salvó y ahora soy una criatura nueva, les pido a dios todos los días por los doctores que nos ayudan para que Dios los proteja porque ellos son ángeles que nos ha mandado Dios para ayudarnos con nuestra adicción a las drogas”.

#### Participante # 8

Mi primer contacto con drogas se dio cuando tenía once años de edad. Empecé ingiriendo alcohol y tras probar la marihuana, consumí la cocaína, y la hache tornándome en un multi-adicto. Vivía en las calles, regresando a casa después de semanas, mi madre lloraba constantemente mientras mi papá me echaba de la casa por mi problema de alcoholismo. Al cabo de un tiempo, mi condición de salud empeoró tanto que un día, luego de una sobredosis, tuve un infarto de miocardio, lo que me mantuvo en terapia intensiva por ocho días. Este episodio no bastó para hacerme reflexionar, por lo que continué utilizando drogas. Mi adicción llegó a convertirse en una necesidad primaria, mi vida y mi salud fueron emporando cada vez más. Mi familia fue reemplazada por adictos, asaltantes y expendedores de drogas, descuidé a mi esposa y mi hijo pequeño, los cuales fueron las principales víctimas de mi vicio autodestructivo .Un día un pastor, allegado a la familia se ofreció a ayudarme a escapar de las drogas; fue una vez que toqué fondo, cuando por fin me determiné a aceptar a Cristo y luchar por recuperar a mi esposa y a mi hijo. Aun no lo he conseguido pero tengo fe que me recuperaré con la ayuda de Diosito”.

#### Participante # 9

"Llegaba a casa borracho y no quería ni ver a mis hijos, Me iba directamente a dormir, para esconderme. Me avergonzaba mi condición y al día siguiente la angustia que sentía cuando me levantaba y veía que mi familia no tenía ni para un litro de leche, luego por las tardes ya se me pasaba y salía al barrio y volvía a beber, después me perdía y regresaba a casa tres días después. Mi mujer y mi madre me buscaban en todos lados, incluso una vez llegaron a ir a la morgue porque pensaban que me había muerto. Tuve que tomar conciencia de que no era una persona normal y que yo no podía tomarme un vaso de cerveza porque me perdía completamente. Ahora

asisto a la iglesia y al grupo de apoyo para que me den charlas de lo dañino que es el vicio del alcohol”.

#### Participante # 10

“A los 13 me inicié en el camino de las drogas, comencé fumando marihuana, luego pasé a la base de cocaína, me mantuve un año consumiéndola, al punto de sentirme un completo loco; fue a los 16 cuando me botaron de la casa, dormía en esquinas y pasillos, asaltaba junto a una pandilla a la que ingresé, por una riña con una pandilla contraria me dispararon en la pierna, por lo que estuve cojeando por un tiempo. Luego de eso siento que logré recapacitar, por lo que ahora puedo reconocer que esa vida no era lo indicado para mí, y que tenía que salir del vicio si quería continuar viviendo. Por medio de Cristo logré recuperarme y ahora he vuelto a estudiar, dejé las malas amistades, y ya no me drogo, por eso estoy muy agradecido con la iglesia del Centro Cristiano, ya que me dieron una esperanza verdadera. A Dios le debo el milagro que obró en mí, ya que hubo gente que decía que no saldría de ese mundo. A los padres de hijos envueltos en drogas, les pido que no los marginen, no les nieguen el cariño y el apoyo que necesitan de ustedes.

#### Participante # 11

Fui adicto a las drogas 12 años, estuve metido y por causa de las drogas he perdido todo, he intentado dejarlas muchas veces pero siempre recaigo, he ido a grupos de narcóticos anónimos, a grupales, hasta me interné una vez pero nunca he salido de este mundo, ante la desesperanza y la desesperación busqué a Cristo y le pedí que me sacara de este mundo dañino y maldito y luego en la iglesia me ayudaron a desarrollar mi vida espiritual lo que me hizo libre de todas las adicciones, incluso el cigarro y el alcohol, hoy hace 5 meses que estoy limpio y no quiero recaer”.

#### Participante # 12

A pesar de mi corta edad estoy sumido en el mundo de las drogas. Empecé por curiosidad y la probé, esto me ha llevado a hacer muchísimas cosas malas, a principios de este año intenté quitarme la vida: me corté las venas. Mis padres me alcanzaron a llevar a un hospital y me salvaron. Todavía no he podido superarlo, sigo en este vicio, pero ahora tengo a Dios en mi

vida y le pido que me quite este maldito vicio que me ha llevado a hacer cosas que nunca pensé en hacer, lo peor del caso es que por el vicio tengo obstruidos los pulmones y estoy enfermo , no sé si con tuberculosis. Los doctores me dicen que si sigo fumando me quedan pocos años de vida. Necesito comprar medicamentos y no tengo dinero ni mis padres tampoco, si alguien en la iglesia pudiera darme la medicina se lo agradecería mucho”.

#### Participante # 13

A los 22 años comencé a consumir base, siempre después de tomar trago. Después consumía solo drogas sin necesidad del trago. Salía de la oficina con los compañeros los viernes, y me les escapaba para ir a comprar drogas. Estaba casado y tenía una hija y cuando me drogaba me les perdía todo el fin de semana. Después perdí a mi esposa, me dejó cuando se enteró que yo andaba en drogas. Terminé en la calle viviendo en casas abandonadas con lacaras que fumaban droga todo el día, viví en la calle nueve años. Mi madre oraba siempre por mí pero yo no quería saber nada de las cosas del señor, hasta que un día Dios me tocó y me salvó, desde entonces luché por dejar las drogas y trato de estar ocupado siempre en la iglesia para no sentirme tentado a usar las drogas.

#### Participante # 14

Llegué a consumir 100 dólares diarios en droga, todo mi sueldo me lo gastaba en fumar, al principio podía trabajar pero después mi jefe se dio cuenta de mi problema y me intentó ayudar, yo intenté dejar la droga muchas veces hasta que mi jefe ya no me pudo solapar y tuvo que votarme, me quedé sin trabajo y luego comencé a meterme en las casas de los vecinos a robar tanques de gas y ropa para poder seguir consumiendo drogas. Al día siguiente que fumaba me daban escalofríos terribles, vomitaba y me iba en diarrea. La boca se me secaba y andaba todo el tiempo en paranoia. Cuando estaba mucho tiempo sin drogarme, comenzaba a temblarme las manos y la mandíbula. Llegué a ponerme flaco y muy enfermo hasta que por fin acudí a la iglesia a entregarle mis problemas a Jesús, y ahora vengo al grupo donde he encontrado una familia con gente que me quiere de verdad ayudar”

#### Participante # 15

“Inicié mi hundimiento en el oscuro mundo de las drogas hace 7 años, empecé consumiendo base y luego pasé a la coca. Así estuve durante años y ya había perdido totalmente el control de mi vida, ya no me importaba el trabajo, de todos lados me votaban porque no rendía, me pasaba toda la madrugada drogándome, me dormía en la oficina y en los corredores, me robaba cosas de la oficina para venderlas y mantener mi vicio. Hasta que me trajeron con engaño a la iglesia y aquí encontré la verdadera felicidad, desde que vine he decidido dejar las drogas, claro que no va a ser fácil, es un camino duro pero sé que con fe en Cristo podré rehacer mi vida”.

#### Participante # 16

"Pasaba drogado todo el día, llegaba del colegio y me iba directamente a una casa vieja que le llamaban la casa de gran hermano, ahí nos reuníamos alrededor de 20 chicos que consumíamos pistolas. Me cogió la batida algunas veces y mi madre tuvo que ir a sacarme de la peni, luego cuando salía de la peni, no le hacía caso a mi mamá ni a mis hermanas y volvía al barrio y volvía a fumar. Después llegó la maldita hache y yo comencé a consumirla junto con los muchachos del barrio. Tomé conciencia cuando vi morir a varios de mis amigos con los que me crié en el barrio y decidí dejar la droga porque vi que mi futuro era la muerte, así mismo me mamá y mis hermanas sufrían por mi vicio y por ellas he decidido cambiar de vida y entregarme a Dios para que me haga un mejor cristiano todos los días”.

#### Participante # 17

"Recuerdo que me fumé mi primera mariguana a los 17 años cuando me gradué, hasta ese entonces yo me dedicaba a los deportes, sobre todo a la natación, luego me gustó la sensación y le pedí a un compañero que me comprara droga porque por la casa de él vendían. Posteriormente comencé a probar la baserola y después comencé a inhalar coca. Durante años no pasaba nada porque mis padres no se daban cuenta ya que yo estudiaba normalmente en el colegio y en la universidad. Todo fue que con el tiempo comencé a rodar con gente viciosa y farrera y que se drogaba todos los días, después mi vida se tornó ingobernable y deje mis estudios y me perdí en el mundo de las drogas. Ahora gracias al programa del centro de apoyo

estoy mejorando mi condición y he decidido entregarme a Dios para que me haga un mejor cristiano todos los días”.

Participante # 18

"Cristo es la única esperanza para el drogadicto, la palabra del señor nos dice que tanto amo dios al hombre que entregó a su hijo para que no muramos y tengamos vida eterna. Hoy en día soy una nueva criatura en Cristo, la vida mala ya he dejado y no quiero volver atrás, gloria a Dios aleluya, Soy un esclavo de la droga que por la misericordia de Cristo logre salir de la adicción, claro que perdí muchas cosas importantes, pero lo principal es que no perdí el amor de dios y el me tomo en sus brazos y me saco del fango donde me podría. Mi testimonio es de vida para que cualquier persona que se sienta sin esperanza, se entregue a Cristo y vea que con dios no hay imposibles, él te puede rescatar, por rojos que sean tus pecados el tomara y los lavara con su sangre preciosa”.

### **3.2 Análisis de la fiabilidad de los resultados.**

De acuerdo al puntaje inferido en la entrevista Semiestructurada, únicamente con el fin de comprobar la validez de la misma, se analiza el índice del Alpha de Cronbach, que en el promedio general de las puntuaciones dio 0,77 puntuación considerada fiable. Existieron desviaciones destacadas, por ejemplo en la pregunta N° 8 (0,5) donde se pretendía encontrar un resultado oculto, sin embargo el resultado de la generalidad se interpreta como fiable sobre todo debido a la homogeneidad del trastorno conductual del grupo analizado.

### **3.3 Discusión de los resultados.**

De acuerdo a los objetivos específicos de la investigación, podríamos inferir que los instrumentos utilizados si permiten en primer lugar definir las características del asistente conforme y que consiente de forma espontánea el inicio del tratamiento mediante la metodología que se estructura en componentes espirituales, como consejos pastorales y estudio de la biblia; componentes vivenciales, como son los testimonios , y los componentes psicológicos como los métodos conductuales que aplican los profesionales que voluntariamente asesoran al grupo.

Mediante estos instrumentos, sobre todo la entrevista semi-estructurada y el testimonio focalizado, se pudo definir que las personas que revelan sus deficiencias conductuales mediante testimonios escritos o hablados están encaminando de forma adecuada el proceso de su recuperación. Por lo tanto podemos establecer que las declaraciones testimoniales recogidas en la investigación constituyen características inequívocas de un comportamiento reflexivo y predispuesto a la modificación de patrones conductuales y al desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Una actitud optimista ante el futuro y la visualización de su porvenir libre de drogas también forman parte de las características de una persona que se adapta en buen nivel a un tratamiento terapéutico de adicciones, por lo tanto el realizar el análisis de los resultados obtenidos de los ítems de la entrevista que tocaban esta temática, fue favorable para definir que la mayoría de los asistentes del grupo de apoyo presentaban características de aceptación por lo menos en el inicio del tratamiento.

En cuanto al segundo objetivo específico acotamos que la entrevista contuvo ítems donde se pedían las opiniones sobre la metodología integral implementada en el tratamiento que provee el grupo de apoyo, y los resultados obtenidos de la recolección de información corroboran que por lo menos el componente espiritual ha sido bien asimilado puesto que es característico encontrar frases de agradecimiento a Dios y a la iglesia patrocinadora del centro; Esto demuestra que el componente espiritual interviene como un fijador adicional de convicciones y decisiones, ya que los asistentes manifiestan su consentimiento en adoptar un cambio de vida no solo a nivel conductual sino a nivel ideológico.

Adicionalmente en los ítems de la entrevista también se inquiría directamente sobre la percepción de las estrategias metodológicas de la terapia de grupo y las respuestas obtenidas eran favorables de forma equitativa a cada uno de los componentes del tratamiento.

En cuanto al tercer objetivo específico, de los resultados se interpreta que la concepción de la religiosidad o relación espiritual del grupo de apoyo está fuertemente demarcada. A diferencia de otros grupos de autoayuda que se declaran laicos, y donde la metodología es tradicional, es decir basados en los 12 pasos de alcohólicos anónimos, se observa que las convicciones del grupo de apoyo observado en la presente investigación es más definida y circunscrita no solo en el hecho de dejar de consumir sino en asumir responsabilidades



espirituales de cambio de vida que incluyen la solidaridad y otros aspectos típicos de las religiones.

Para continuar con la discusión se procederá a destacar los aspectos convergentes y divergentes que se encontraron en la revisión bibliográfica referente al tema central de la investigación. Luego del análisis respectivo de los resultados de este estudio, se concluye que el consentimiento y la probabilidad de conformidad, enunciada en la muestra evaluada, en comparación al inicio del tratamiento pueden fluctuar con un margen del 5%, es decir, de un 80-85%. Ya que no se han realizado estudios equivalentes en el país, estas tasas se las puede comparar con otros estudios similares de otros países latinoamericanos.

(Corona-Figueroa et al 2015) encontró resultados similares en estudios realizados con drogodependientes estudiados en Guadalajara 80.3 %, también se observa que los resultados son compatibles con, (Girón ,2007) que observa en Medellín un 90 % y (Begoña, 2011) un 79%.

Ahora bien, el hecho de que el componente espiritual haya permitido una mejor aquiescencia del tratamiento, no significa que los asistentes puedan abandonarlo. En efecto, las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en la encuesta y en los testimonios focalizados, podrían reñir con la información de la ficha demográfica referente al tiempo de asistencia en el grupo el cual relativamente es muy corto. Si a ese punto le sumamos lo observado en uno de los puntos de la situación problemática, que indica que de 300 personas que han ingresado hasta la fecha al grupo apenas permanecen 40, podríamos deducir que: Las personas que ingresaron al principio ya se recuperaron y no necesitan seguir en el tratamiento o que definitivamente desertaron porque no les pareció adecuado.

Continuando con la confrontación de los resultados, podemos conjeturar que gran parte de los asistentes todavía consumen sustancias psicotrópicas. Los testimonios focalizados donde los participantes se describen desde la íntima perspectiva de su trastorno, revelan las particularidades y la profundidad del malestar que les ocasiona su dependencia. Aunque en la entrevista Semiestructurada se evidencien factores positivos que pronostiquen un adecuado encausamiento del tratamiento, en los testimonios focalizados se presentan realidades muy distintas. Es como que la información proporcionada en la entrevista se enfocar en el futuro, es

decir en cómo se visualizan o como proyectan su vida sin drogas, y en los testimonios narraran la realidad presente de sus condición de dependencia.

### **3.4 Conclusiones**

La investigación tuvo como propósito general determinar la percepción general que el grupo humano con dependencia a sustancias psicotrópicas, tenía respecto de los provechos de las sesiones terapéuticas implementadas en el grupo de apoyo del Centro Cristiano de Guayaquil, para ello se presupuestó una serie de tres objetivos específicos que permitían primordialmente definir características del grupo humano, establecer sí la metodología desde su inicio tenía un nivel alto de conformidad y consentimiento y determinar que componente o componentes del tratamiento tenían mayor aceptación o se identificaban con la mayoría de los asistentes.

Una vez obtenidos los primeros resultados no fue difícil evidenciar que los asistentes tenían mayor predisposición sobre todo para el componente espiritual. De ahí que se pretendió examinar si era este el componente que permitía la adecuada aquiescencia para iniciarse en la terapia. Luego de la selección de los dependientes a los que se aplicarían los instrumentos, se analizaron las preguntas que iban a estructurar la entrevista focalizada y de qué forma se iba a obtener los resultados asociados a las características que se pretendían observar en los objetivos específicos. Una vez definido que es lo que se pretendió alcanzar se procederá a tratar los descubrimientos relevantes de este estudio.

Otro aspecto anexo que se puede extraer de los resultados recabados por esta investigación, es que se observa una percepción general de beneplácito y provecho de las sesiones terapéuticas y esto se evidencia en comportamientos optimistas ante el provenir mediato y la recuperación del control de sus vidas, así como el apego a la fe y a las convicciones espirituales que motivan hábitos como la contemplación y el estudio de las sagradas escrituras. Estas manifestaciones, son definitivamente comunes en la muestra estudiada; por lo tanto se puede determinar que estos cambios comportamentales fueron adquiridos de forma voluntaria a través del inicio del tratamiento, lo cual no hubiera sido factible si no hubiera habido la correspondiente aceptación y conformidad con el mismo.

La narración sobrecogedora evidenciada a través de los testimonios focalizados reflejan las condiciones de incertidumbre que han experimentado producto del abuso de sustancias psicotrópicas. La mayoría de los participantes manifestaron haber tocado fondo, y haber consumido más de un tipo de droga en el último año. La desastrosa situación de su estructura familiar, observada mediante la confesión testimonial, daba cuenta de un alto índice de soledad e incompreensión producto del abandono de sus familias; por lo que se demuestra la necesidad de trabajar en la autoestima de todos los asistentes del “Grupo de apoyo”. Por otro lado, de esta información se puede concluir que las experiencias traumáticas más frecuentes en la muestra son las rupturas familiares, pérdida de valores, principios, inestabilidad laboral, empobrecimiento de la salud, física y mental, entre otros.

La situación de que, al momento de realizar el estudio, poco más de la mitad de los participantes haya expresado síntomas traumáticos relacionados a la ansiedad, depresión, son un evidente indicador de que estas experiencias fueron capaces de generar el malestar psicológico suficiente como para alterar negativamente la funcionalidad de sus destrezas cognitivas. Asociado a esto, aproximadamente el 70 % reportaron falta de interés por la vida y por su desarrollo personal (abandono de estudios y de aficiones saludables) a raíz de la agudización del “Trastorno de dependencia”, lo que lleva a suponer que la presencia vigente de estos síntomas han atacado seriamente la salud mental de los sujetos participantes, fundamentalmente en sus esferas socio afectivas.

De la información adquirida, se puede determinar que los factores de riesgo más importantes para la adquisición de la dependencia, son la desestructuración familiar, los roles parentales disfuncionales como el alcoholismo en los padres, la personalidad desestructurada que los hace proclives a probar por curiosidad las primeras sustancias, y la falta de orientación profesional presumible en las instituciones educativas tradicionales donde se priorizaba la parte académica en desmedro de la parte formativa ética.

En cuanto a la predisposición por el componente espiritual del tratamiento se revisan otras referencias bibliográficas para comparar como el “Programa para recuperación en adicciones” de la iglesia de Jesucristo de los santos de los últimos días, que hace énfasis en el factor de fijación que el componente espiritual impregna en las convicciones del paciente. De igual forma el modelo “Minnesota” para el tratamiento de adicciones prioriza el crecimiento espiritual en el adicto a fin de desarrollar una conciencia ideológica que le impida la recurrencia al

consumo por enmarcaciones disciplinarias religiosas. Lo referido anteriormente respecto a las coincidencias entre los hallazgos de la presente investigación y los estudios referentes nos plantea la necesidad de investigar probables explicaciones que ayuden a comprender el porqué de la motivación espiritual y su relación con el consentimiento y conformidad para el inicio de un programa terapéutico contra las adicciones.

Una vez hecha la discusión necesaria se encuentra como concluyente que la percepción positiva general de las personas que asisten al grupo de apoyo objeto de este estudio, respecto de la utilidad del mismo, es bastante significativa tanto cualitativa como cuantitativamente, y se deduce que la motivación principal que influye en la aceptación y conformidad con la metodología del tratamiento está directamente relacionada con el componente espiritual del mismo. A esto se podría inferir que los acontecimiento y experiencias traumáticas relatadas en los testimonios focalizados, hacen sospechar con marcada fortaleza que las personas que han experimentado situaciones sobrecogedoras por efectos de la dependencia a las drogas, tales como abandono familiar, depresión por haber llegado a cometer acciones producto de la ceguera espiritual que producen la drogodependencia, son más proclives a dar el consentimiento para intentar recuperar cuando el tratamiento bien acompañado de un factor religioso o espiritual que complementa el segmento socio-afectivo de su estructura personalógica, dañado precisamente por la experimentación de experiencias turbantes y traumatizantes.

### **3.5 Recomendaciones.**

Finalizado el proceso del análisis interpretativo que genera las conclusiones antedichas se realiza la observación basado en el planteamiento del problema central, es decir en la delimitación de la relación entre un alto nivel de aceptación y en conformidad con el tratamiento y también una elevada tasa de deserción que se evidencia en el número actual de los asistentes al centro de apoyo. Las mismas se las puntualiza a continuación:

- Socializar las conclusiones del presente informe, mediante una publicación informativa a las instituciones de salud públicas y privadas para con el objeto de posibilitar nuevas estrategias que permitan combatir el azote de las drogas cada vez más internalizado en la niñez y la juventud de nuestra sociedad.

- Replicar el modelo de tratamiento cuando se trate de poblaciones que puedan haber experimentado situaciones traumáticas de características similares a la población objeto de este estudio.
- Recomendar en las instituciones públicas y privadas que se especialicen en tratamientos para adicciones el incorporar metodologías para identificar el nivel de aquiescencia en cada paciente que ingrese a un centro de recuperación.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Arlington. VA: American Psychiatric Association.
- Barrón, A. L. (1988). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Borkman, T. (1991). *Sociedad para la Investigación y Acción Comunitaria*. Fairfax: Sociedad para la Investigación y Acción Comunitaria.
- Chávez, E. (2011). *Prevención de Recaídas*.
- Cinthia Kuhn, S. S. (2015). *Trabarse*. Mexico Df: debolsillo.
- Consep. (2012). *Cuarta encuesta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito: Consep.
- Cristina, V. q. (1996). *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: Una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional*.
- Drogas Sinteticas. (24 de julio de 2011). *El Telegrafo*, pág. 7.
- El Universo. (04 de 09 de 2016). Venta y consumo de drogas, a toda hora en calles de Guayaquil. *El Universo*, págs. 8-9.
- Enciclopedia Salud*. (s.f.). Recuperado el 19 de 09 de 2016, de <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/aquiescencia>
- Enciclopedia Salud*. (2013). Recuperado el 19 de 09 de 2016, de <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/aquiescencia>
- Fernández, A. C. (2010). *INVESTIGACIÓN-PARTICIPACIÓN E HISTORIAS DE VIDA, UN*.
- Galarza, B. G. (2011). *El Modelo Minnesota. Metodo de tratamiento en adicciones*. Bilbao.
- González, J. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach . *Publicando*, 62-77.
- INFOUNERG*. (2015). Obtenido de <http://www.infounerg.net.ve/index.php/articulos/leer/20>
- Inteligencia emocional org*. (s.f.). Recuperado el 19 de 09 de 2016, de <http://www.inteligencia-emocional.org/autorretrato-de-tu-personalidad/la-terapia-vivencial.html>
- Labrador, V. M. (2002). La eficacia de los tratamientos psicologicos. *Sociedad española de psicología clinica y salud*., 45.
- Labrador, V. M. (2012). La eficacia de los tratamientos psicologicos. *Sociedad española de psicología clinica y salud*., 45.
- Moreno, A. (1998). *Historias de vida” e Investigación*. CARACAS: CONICIT.

NARCOTIC ANONYMUS. (1993). *GUIA DE GRUPO*. NARCOTICS ANONYMUS WORD SERVICES, INC.

NARCOTICS ANONYMUS. (s.f.). <http://www.na.org/>. Recuperado el 9 de JULIO de 2016, de <http://www.na.org/>

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2014). *Informe mundial sobre las drogas* . Ginebra: UNODC.

Patrón, F. (2011). PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* . .

REGLAMENTO CONTROL A CENTROS DE RECUPERACION A PERSONAS. (2010). Registro Oficial # 272.

Rio, F. P. (2011). *ESTUDIOS SOBRE ADICCIONES*. Burgos.

Sañay, J. (2014). Colegiales ‘hacheros’. *La Revista* , 18.

Sánchez-Hervas, E. (2012). TERAPIA BREVE EN LA ADICCIÓN A DROGAS. *Papeles del Psicólogo*.

Sánchez-Hervás, E., & Gradolí, V. (2002). *TERAPIA BREVE EN LA ADICCIÓN A DROGAS*.

UNODC. (2016). *Informe mundial sobre las drogas*.

Vega, D. L. (2004). *Relaciones Humanas y Psicoterapia*. Cádiz: Jerez de la Frontera.

Verdú, F. (09 de 09 de 2015). *DROGAS. INFO*. Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de <http://www.lasdrogas.info/noticias/31069/la-pandemia-oculta-i.html>

vidal, A. S. (2007). *MANUAL DE PSICOLOGIA COMUNITARIA*. BOGOTA: PIRAMIDE.

*Wikipedia*. (s.f.). Recuperado el 21 de 09 de 2016

[www.rehabilitaciondrogas.wordpress.com](http://www.rehabilitaciondrogas.wordpress.com). (26 de 03 de 2014). Recuperado el 21 de 09 de 2016, de <https://rehabilitaciondrogas.wordpress.com/2013/03/26/cristiano-rehabilitacion-de-drogas-espiritualidad-donde-otros-tratamientos-fallan/>

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de identificación demográfica.

<b>CENTRO CRISTIANO DE GUAYAQUIL</b>		
<b>HOJA DE ESTADO SITUACIONAL.</b>		
Edad.....		
Sexo.....		
Situación sentimental actual.	Con pareja.....	Sin pareja.....
Situación familiar de apoyo.	Con apoyo.....	Sin apoyo.....
Situación laboral.	Estable.....	Irregular..... Independiente.....
Tipo de droga .....		
.....		
Tiempo de asistencia al grupo de apoyo en Meses.....		



**Anexo 2. Entrevista semi estructurada.**

**CENTRO CRISTIANO DE GUAYAQUIL  
HOJA DE ESTADO SITUACIONAL.**

1. Considera que el pertenecer al grupo de apoyo le está ayudando en su problema de dependencia a sustancias psicoactivas.  
Respuesta afirmativa.....  
Respuesta negativa.....
  
2. Usted considera que desde que la fecha que comenzó a asistir al grupo de apoyo hasta la actualidad, la relación con su familia más cercana ha mejorado.  
Respuesta afirmativa.....  
Respuesta negativa.....
  
3. Las terapias del grupo de apoyo es el único tratamiento contra la dependencia que ha recibido.  
Respuesta afirmativa.....  
Respuesta negativa.....
  
4. En la actualidad usted se siente satisfecho con logros personales obtenidos.  
Respuesta afirmativa.....  
Respuesta negativa.....
  
5. Cree usted que las personas que lo conocen piensan que usted es un fracaso en términos generales.  
Respuesta afirmativa.....  
Respuesta negativa.....
  
6. Como se visualiza usted de aquí a cinco años.  
Respuesta optimista.....  
Respuesta pesimista.....

7. Usted cree que ya se encuentra listo para continuar su vida sin necesidad de volver a consumir la sustancia que le generó dependencia.

Respuesta afirmativa.....

Respuesta negativa.....

8. Cuanto tiempo cree usted va a necesitar seguir asistiendo a las terapias grupales para retomar el control de su vida y dejar de consumir sustancias psicotrópicas.

Siempre.....

Tiempo aproximado.....

9. Que parte de las reuniones terapéuticas del grupo de apoyo considera usted que es la más le ayuda en su problema de dependencia.

Respuesta.....

Porqué.....

**Anexo 3 Testimonio Focalizado.**

**CENTRO CRISTIANO DE GUAYAQUIL  
HOJA DE ESTADO SITUACIONAL.**

Describa usted cuál es su situación actual con respecto a su problema de drogodependencia.