

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADICTOS A  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE SU PROCESO DE  
REHABILITACIÓN EN LA  
COMUNIDAD TERAPÉUTICA CONTACTO”**

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

**JENNIFER ANTONIETA GASPARICO RAMÍREZ**

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

**PSICÓLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

**LICENCIADA**

GUATEMALA, JUNIO 2011.

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde  
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG.244-2009  
DIR. 928-2011

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

28 de abril de 2011

Estudiante  
**Jennifer Antonieta Gasparico Ramírez**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVECIENTOS TRES GUIÓN DOS MIL ONCE (903-2011), que literalmente dice:

**"NOVECIENTOS TRES:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE SU PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CONTACTO"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Jennifer Antonieta Gasparico Ramírez**

CARNÉ No. 2004-16387

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Rene Abrego y revisado por el Licenciado Domingo Romero Reyes. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lamberto Lizama  
DIRECCIÓN INTERINO

/Zusy G.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM  
9<sup>a</sup> Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUMUSAC



FIRMA: [Signature] HORA: 14:40 Registro: 244-09

Reg. 244-2009  
EPS. 056-2009

08 de abril del 2011

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de Jennifer Antonieta Gasparico Ramirez, carné No. 200416387, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE SU PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CONTACTO."**

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Domingo Romero Reyes, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
COORDINADOR DE EPS



/Dg.  
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 244-2009  
EPS. 056-2009

07 de abril del 2011

Licenciado  
Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Coordinador  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **Jennifer Antonieta Gasparico Ramirez**, camé No. **200416387**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE SU PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CONTACTO."**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

  
Licenciado Domingo Romero Reyes  
Revisor



/Dg.  
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9<sup>a</sup> Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 244-2009  
EPS. 056-2009

21 de octubre del 2010

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Jennifer Antonieta Gasparico Ramírez**, carné No. **200416387**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE SU PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CONTACTO."**

De la carrera de Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado René Abrego

Asesor-Supervisor



/Dg.  
c.c. Expediente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg.244-2009  
CODIPs.816-2009  
De Aprobación de Proyecto EPS

20 de mayo de 2009

Estudiante  
Jennifer Antonieta Gasparico Ramírez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º) del Acta ONCE GUIÓN DOS MIL NUEVE (11-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 14 de mayo de 2009, que literalmente dice:

**"TRIGÉSIMO SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"IMPACTO DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE ADICTO EN LA CASA HOGAR LIBERTADORES"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**JENNIFER ANTONIETA GASPARICO RAMÍREZ**

**CARNÉ No. 200416387**

Dicho proyecto se realizará en la zona 7. Ciudad Capital, asignándose al Señor Byron Cabrera, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado René Abrego, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



Velveth S.



Contacto  
Comunidad Terapéutica

*Su Mejor Opción*

## CONTACTO COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Guatemala, febrero 2010.

A QUIEN INTERESE:

El motivo de la presente es para hacer constar que la señorita Jennifer Antonieta Gasparico Ramírez, quien se identifica con carné universitario 200416387, estuvo realizando su Ejercicio Profesional Supervisado EPS en esta institución en el período de febrero 2009 a febrero 2010; realizando su trabajo satisfactorio y denotando responsabilidad y profesionalismo en todas las actividades; quedando satisfechos y conformes por la labor desempeñada en esta oficina.

Sin otro particular se despide de usted atentamente,

Josué Muñoz  
Director



7ª. Calle "A" 11-84 Zona 7 Colonia Quinta Samayoa  
Teléfonos: 2471-8567 - 4609-2231



## **PADRINOS**

Ligia Patricia Oviedo Gasparico  
Doctora en Psicología Clínica y de la Salud  
Colegiado No. 1,314

Riquelmi Gasparico Barrientos  
Licenciado en Psicología  
Colegiado No. 312

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A DIOS:**

Por haberme permitido llegar hasta aquí y por todas las bendiciones que me ha brindado.

### **A MIS PADRES:**

#### **ORLANDO GASPARICO Y MARIA RAMÍREZ**

Por su gran amor incondicional; enseñarme el camino correcto, velar por mi bienestar, guiar mis pasos para que aprenda a ser una mejor persona, sus cuidados y estar siempre pendiente de mí; darme su cariño, aceptarme tal como soy y enseñarme a siempre ver el lado bueno de las cosas. Que mi triunfo sea para ellos, por sus esfuerzos y sacrificios. Gracias, los amo.

### **A MIS HERMANOS:**

#### **DOUGLAS Y RIQUELMI**

Por su apoyo, por compartir conmigo alegrías y tristezas; agradecerles porque siempre cuidan mis pasos, ya sea en este mundo o desde el otro, gracias los quiero mucho.

### **A MIS ABUELOS:**

**MIGUEL RAMÍREZ Y HERLINDA PÉREZ:** Por estar pendiente de mí y cuidarme siempre.

**DOMINGO GASPARICO (+) Y SOCORRO BARRIENTOS (+):** Por interceder por mí ante nuestro padre.

### **A MI AMADO:**

#### **ESTUARCO CORTAVE**

Por ser ese ángel que la vida me ha dado, por la bendición de tenerte a mi lado; por la paciencia, comprensión y apoyo incondicional, te amo.

### **A MI FAMILIA:**

A mis tías y tíos que siempre estuvieron atentos ante cualquier noticia, les agradezco su apoyo.

### **A MI COMPAÑERA:**

#### **ANDREA QUIÑÓNEZ**

Por compartir conmigo mis logros, mis fracasos, mis lágrimas y mis sonrisas.

### **A TODOS AQUELLOS:**

Que sirvieron como piedra de tropiezo y no pensaron que llegaría hasta "aquí", gracias por hacerme cada vez más fuerte; y comparto con ustedes mi triunfo.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por formar parte de mi formación educativa e instituirme en esta casa de estudio.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas, por haberme dado el conocimiento durante estos años.
- A la Comunidad Terapéutica Contacto, por darme la oportunidad de realizar mi EPS, fue una experiencia única y enriquecedora.
- A mis familiares y amigos que no mencione, gracias por su apoyo.
- A mis compañeros de EPS, por compartir esta experiencia conmigo y el apoyo mutuo que existió.
- Al encargado de este ramo de conocimiento Licenciado René Abrego
- Al licenciado Estuardo Espinoza por su apoyo incondicional y asesoría durante el proceso.
- Al licenciado Domingo Romero que llevo a cabo la revisión de mi Informe Final.
- A Dilia González le agradezco ese importante consejo.

# ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I  
ANTECEDENTES

1.1 Monografía del Lugar	1
1.2 Descripción de la Institución	3
1.3 Descripción de la Población	7
1.4 Planteamiento del Problema	8

CAPÍTULO II  
REFERENTE TEÓRICOMETODOLÓGICO

2.1 Marco Referencial	12
2.2 Objetivos	23
2.2.1 Objetivo General	23
2.2.2 Objetivos Específicos	23
2.3 Metodología de Abordamiento	24
2.3.1 Subprograma de Servicio	24
2.3.2 Subprograma de Docencia	25
2.3.3 Subprograma de Investigación	26

CAPÍTULO III  
PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Subprograma de Servicio	27
3.2 Subprograma de Docencia	30
3.3. Subprograma de Investigación	33

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Subprograma de Servicio	38
4.2 Subprograma de Docencia	41
4.3 Subprograma de Investigación	42
4.4 Análisis de Contexto	45

## CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones Generales	47
5.1.2 Subprograma de Servicio	47
5.1.3 Subprograma de Docencia	48
5.1.4 Subprograma de Investigación	48
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones Generales	49
5.2.2 Subprograma de Servicio	49
5.2.3 Subprograma de Docencia	50
5.2.4 Subprograma de Investigación	50

## BIBLIOGRAFÍA

## **RESUMEN**

Este Informe Final contiene las actividades que se realizaron en el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), realizado durante doce meses en la Institución llamada Comunidad Terapéutica "Contacto" ubicada en la Colonia Quinta Samayoa de la zona 7. Para poder llevar a cabo el EPS, se planificaron tres subprogramas, servicio, docencia e investigación.

El subprograma de servicio se dio atención a los usuarios con un programa de Terapia Psicológica; a los familiares con Terapias Breves de Emergencia, en las instalaciones de la institución, en una oficina brindaba por parte de la Administración.

En el subprograma de docencia se trabajó con los colaboradores, implementando charlas sobre diferentes temas como: Valores, Autoestima, Emociones, Sentimientos y Relaciones Humanas, para que pudieran compartirlo en su totalidad a la comunidad; que al igual que ellos, padecen de alguna adicción; así también se impartieron charlas a grupos de alumnos que como parte de su servicio asistió a la Comunidad Terapéutica solicitando charlas de Prevención en el Uso de las Drogas; se impartieron charlas a los familiares de los pacientes sobre como Apoyar a un Adicto; para involucrarse en su recuperación.

En el subprograma de investigación se buscó identificar las causas que motivaron a los usuarios, que pertenecen a la comunidad terapéutica, a depender de una sustancia; a través de las diversas técnicas que se utilizaron para recabar información, ya fuera con el paciente directamente, con los familiares y con la comunidad que le rodea, dando como resultado un amplio conocimiento y comprensión al escuchar las experiencias de cada participante de la investigación.

## **INTRODUCCIÓN**

En Guatemala el tema de la dependencia, uso y abuso de alguna sustancia tanto de índole licita o ilícita, ha ido incrementado en cuanto al consumo en los últimos tiempos, se ha observado tanto en niños como adolescentes y en adultos. Aun así, no existe documentación actualizada sobre este tipo de información; obligando a comparar datos a nivel latinoamericano para ayudar a comprender la conducta de este tipo de población.

El proyecto de EPS surgió a raíz de que las casas hogar y centros de rehabilitación han sido rezagadas tanto a nivel psicológico, social, cultural y económico; por ende su salud mental se ve en riesgo, así como su óptimo desarrollo. Se pudo observar, que los usuarios de la comunidad terapéutica, utilizan como excusa que han sido expuestos a un alto nivel de vulnerabilidad, donde sobresalen temas como: violencia, pobreza, desempleo e integrar hogares disfuncionales; estas situaciones dan como resultado que la persona consuma y evada responsabilidades de tipo familiares, laborales y sociales.

Las entidades gubernamentales no cuentan con programas de atención psicológica especializadas para este tipo de población; las casas hogar se ven obligadas a ampliar el tipo de pacientes a atender; desde un alcohólico hasta un adicto a sustancias psicoactivas, aceptando diversidad de usuarios; resaltando que en este tipo de situaciones no se discrimina clase social, credo, ni rango de edades específico. Viendo la problemática se hizo necesario realizar un programa de atención a los pacientes de la comunidad terapéutica, porque no contaban con este apoyo; para que al momento de ser atendidos, junto al programa de la casa hogar, pudieran salir adelante y no sentirse rechazados de ninguna índole cultural, familiar, ni socialmente.

## **CAPÍTULO I**

### **ANTECEDENTES**

#### **1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR.**

La zona 7 de la Ciudad Capital, se encuentra ubicada al occidente de la ciudad capital, está integrada por las colonias El Rodeo, La Floresta, San Martín, Santa Elena, La Verbena, Seis de Octubre, Landívar, Quinta Samayoa, Villas de San Juan, Castillo Lara, Kaminal Juyú I y II, San Francisco de Asís, Ciudad de Plata I, II y III, Centro América, Jardines de Tikal I, II y III, Jardines de Uatlán I y II, Altamira I y II, Residenciales Bugambilia, Residenciales la Arboleda, Zona Municipal y Toledo. En la colonia Quinta Samayoa, se encuentra la institución que es una organización no gubernamental, llamada Comunidad Terapéutica Contacto, es una colonia grande, que está contigua a la colonia Landívar, a un lado de la calzada San Juan, cerca de "El Trébol.

#### **EDUCACIÓN**

En esta colonia hay varios centros educativos tanto públicos como privados de nivel pre-primario, primario, y guarderías.

#### **COMERCIO**

En cuanto al comercio en dicha zona, se puede observar que cuenta con un mercado cantonal, dos centros comerciales: La Quinta y Econosuper, hay diversidad de negocios particulares tales como panaderías, imprentas, farmacias, veterinarias, ventas de ropa de paca, salones de belleza, negocios de 9.99, sastrerías, restaurantes así como de comida casera y de comida de rápida, tortillerías, librerías, café Internet, heladerías, tiendas de abarrotes, centros plásticos, empresas de seguridad privada, servicio de grúas.



## SERVICIOS PÚBLICOS

En esta colonia las casas son de block de más de un nivel, la comunidad terapéutica está ubicada en una casa grande de tres niveles, a la par del mercado; todas las calles están asfaltadas, cuenta con servicio de luz, agua a ciertas horas del día, aunque varias casas incluyendo la comunidad terapéutica tienen cisternas, drenajes, teléfonos, alumbrado público; es una zona que cuenta con bastante transporte puesto que circulan los buses de la calzada San Juan, Roosevelt, Trébol, y los buses que ingresan por la colonia Landívar 36,37, etc.

## SALUD

En cuanto a salud se refiere, en la colonia no hay hospitales públicos ni centros de salud, hay varias clínicas médicas, dentales y una de Psicología, todas de profesionales particulares. Aunque, cerca de la colonia está el Hospital Roosevelt.

Actualmente, la colonia se ve afectada por distintos problemas psicosociales; como la falta de empleo que afecta a un gran parte de la población, el desplazamiento incontrolable de la delincuencia, violencia, la falta de educación en el hogar, los diferentes tipos de drogadicción, la prostitución, y el abandono infantil. Las consecuencias de estos problemas son evidentes, muchas personas cuentan con trastornos depresivos, conflictos familiares, baja autoestima y trastornos de personalidad, principalmente.

## **1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.**

Esta institución fue fundada en el año 1987, como producto de la iniciativa del señor Byron Cabrera junto al lado de la que era su esposa Nelly de Cabrera; con el objetivo de crear una fundación que ayudara a personas con problemas de adicción como alcoholismo, que en la actualidad ha incrementado, y cada vez es más común; con el propósito de dar tratamiento a toda aquella persona con problemas de conducta resultado del consumo inmoderado de sustancias entre ellas alcohol y drogas.

En un proceso de superación y amplitud de horizontes y con una visión futurista se realiza un cambio a partir del día primero del mes de septiembre del año en 2009, la Casa Hogar cambia de denominación, haciéndose llamar, Comunidad Terapéutica "Contacto" nombre que figurará en todos los documentos que rigen las relaciones de toda índole. Asimismo, debido a la expansión de la institución se traslada a una nueva ubicación a una cuadra de donde se situaba anteriormente; siempre en la colonia Quinta Samayoa.

Uno de los objetivos ha surgido con la idea de cambiar la imagen que durante muchos años ha ido creciendo con respecto al tratamiento que se da al personal dependiente en Centros de Rehabilitación como Casas Hogares o Centros de Tratamientos para adictos a sustancias, de manera lícita e ilícita. Trabajando con personal que de alguna manera había olvidado sus valores y las normas que les permiten reconocer que necesitan ayuda para continuar el camino al crecimiento espiritual, mental, moral y físico.

La misión de la institución es ayudar a la persona en su proceso de rehabilitación, integrándola a una reinserción como ciudadano, fortaleciendo valores y principios que le den sentido a la vida.

La comunidad terapéutica trabaja bajo un programa estructurado que le permite al participante; utilizando conocimientos técnicos y científicos en adicciones; una inserción exitosa en la sociedad logrando con ello elevar su autoestima así como fortalecer su autoimagen, autovaloración y autoconcepto, como elementos principales del ser humano. Este programa permite trabajar integralmente la mente, el cuerpo y el espíritu.

El sistema organizativo de la institución se conforma de la siguiente estructura:

- Director
- Sub-director
- Encargado general
- Líder primero
- Asistente del líder
- Líderes de grupo
- Secretaria
- Departamento de finanzas
- Departamento médico
- Departamento de limpieza
- Departamento espiritual
- Departamento de recursos humanos

Por regla general de la institución, el compromiso que adquiere el usuario al momento del ingreso es permanecer por cuatro meses; eso es lo que cubre el programa utilizado por la Comunidad Terapéutica, sin excepción ni permiso alguno, en caso de emergencia o variante al participante se le da autorización con carta firmada por las autoridades del centro, el programa consiste en ciertas reglas y varios procesos como evaluación, adaptación, integración recuperación y abstinencia.

Se hace notar que el reglamento establece las siguientes normas y obligaciones: previo al ingreso del paciente, la familia deberá informarse a través del Director o de la persona que está encargada del Departamento de Recepción, del método de trabajo que deberá seguir durante el proceso de tratamiento que llevará su paciente; esto con el objetivo de identificar los factores que tienen influencia en el desarrollo de la adicción, así como la recuperación. A su ingreso, el residente es evaluado en su estado físico e intelectual, manteniéndose en observación durante 24 horas. Luego de pasar el período de observación se procede al corte de cabello, como primer paso en el proceso de higiene personal, que es el principio de retomar su autoestima, autoimagen y autovaloración; luego es informado de las normas de conducta y ya superado este proceso ingresa a su etapa adaptativa, integrándose al grupo de acuerdo a su capacidad espiritual, mental, moral y física, según el reglamento interno.

En esta institución, todos los usuarios realizan funciones y cargos que se les han sido asignados durante el tiempo de internamiento la mayoría de ellas son de carácter operativo; y la estructura del personal consta de la siguiente manera:

- Encargado del área ocupacional
- Operador Terapéutico
- Enfermero
- Encargado de atención al público
- Encargado de control de medicina
- Encargado de limpieza
- Encargado de áreas al aire libre
- Encargado del personal medicado
- Encargado de cocina
- Encargado de artículos de limpieza de uso personal
- Egresos o permisos especiales

La familia tiene que respetar el compromiso que adquiere al llevar el Tratamiento Familiar en el que incluye ciertas normas de conducta, encaminadas a asegurar un tratamiento efectivo; entre ellas respetar horarios de visita, pertenencias y otros. Entre los compromisos que adquiere la familia está: a) mantenerse informados de la evolución de su paciente, única y exclusivamente a través del personal administrativo (Director, Subdirector y Secretaria), evitando recibir información a través de vías alternas. La familia deberá informarse del significado de los cambios de conducta que su paciente presente como parte del proceso de abstinencia, cuidándose de hacerlo con el personal calificado para evitar una mal información.

La institución funciona con donaciones o pagos simbólicos aun contando con una cuota mensual, la situación económica del usuario no permite en varias ocasiones completarla, esta situación no impide que la institución cubra en su totalidad los servicios al usuario. Al cumplir su tiempo de compromiso el usuario tiene la oportunidad de salir de las instalaciones, llevando simultáneamente seguimiento, o capacitaciones con la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID- entidad dedicada a la prevención y tratamiento de adicciones); para así poder optar un puesto de coordinador o líder.

La institución consta con servicios básicos como sala de espera, sala de visita, pizarrón, pódium, grabadora, sala de juntas, cocina, comedor, dormitorios, baños, y área de recreo, servicio de traslado, camilla, equipos de primeros auxilios.

### **1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.**

La Comunidad Terapéutica Contacto, atiende solamente personas de género masculino; mayores de edad, en algunas ocasiones a menores, pero con los permisos pertinentes de los encargados del menor; ya que la medicina preventiva, muestra que la mayoría de trastornos mentales del adulto tienen su inicio en la niñez y la adolescencia.

Entre los pacientes hubo originarios de varios departamentos del país; aunque la mayoría radica en la Ciudad de Guatemala, entre las colonias de las zonas 7, 11 y 6; también de las zonas de Mixco y Villa Nueva, Antigua Guatemala, también se contó con la participación de pacientes de origen salvadoreño y mexicano. Es un grupo de pacientes ladinos en su mayoría, aunque se cuenta con algunos indígenas; habitantes de la metrópoli guatemalteca, la población atendida oscilan entre los 13-68 años de edad, el nivel socioeconómico es medio, pero algunos son de nivel bajo. El nivel educativo que poseen es primario en su mayoría, algunos con títulos universitarios.

Los pacientes trabajan o estudian y los que no realizan ninguna de estas dos actividades dedican su tiempo libre en beber licor y consumir drogas, las sustancias de mayor consumo son el alcohol y la marihuana; los adictos dependen perjudicialmente de las sustancias psicoactivas que influyen en la experiencia subjetiva y el comportamiento, al activar sobre el sistema nervioso. Llevando a los pacientes a varios ingresos a la institución porque no todas las ocasiones que han sido internados, es por la misma sustancia. Los usuarios afirman que inician el consumo por problemas familiares, ya que provienen de familias disfuncionales. Los pacientes comentan que el ingreso a la institución es de manera involuntaria, en su mayoría reingreso.

#### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Se pudo observar, durante el proceso de EPS, que la relación entre padres e hijos, es mala y existe una inadecuada comunicación, no hay tiempo compartido en familia. Los padres consideran que lo básico como alimento, vestido, estudio es suficiente; piensan que dándole a sus hijos cosas a cambio de tiempo y atención cubren la desatención hacia ellos; la mayoría de estos padres de familia utilizan patrones de crianza inadecuados, donde se le impone a los hijos reglas estrictas o inexistentes, esto impide que vivan en un ambiente sano y de armonía. Los usuarios comentan que han crecido en hogares donde existe la violencia, falta de trabajo, enfermedades, deudas, golpes, gritos, abandono, ausencia de una o ambas figuras paternas; dadas las circunstancias juegan roles que no les pertenece, como cuidar de sus hermanos, abandonando estudios o han sido obligados a trabajar a temprana edad, con tal de aportar a sus hogares; y los padres de familia no toman mucha importancia en las necesidades emocionales de cada uno de sus hijos; por lo que se sienten solos y ven como opción el agruparse con otros adolescentes o personas que compartan su misma situación, los cuales pueden infiltrarse, en cierta medida, dentro determinados grupos, ya sean de pandillas, adictos, alcohólicos, o cualquier otro; tomando en cuenta que en la actualidad el consumo de drogas es frecuente y el rechazar el consumo de las mismas implicaría no ser aceptado por parte del grupo al que desea pertenecer, esto generaría un sentimiento de inseguridad, al no tener la protección del grupo. Esta situación presenta una venda subjetiva que la misma sociedad les ha heredado, y limitan o acortan la visión hacia un mejor futuro y crean círculos generacionales donde la venda es trasladada a los hijos, provocando de esta manera el involucramiento al miembro de esta familia a ya no cumplir en sus responsabilidades, es sin lugar a duda una estructura que está llevando en decadencia a esta sociedad.

En Guatemala el tema de la dependencia, uso y abuso de alguna sustancia ya sea lícita o ilícita, ha incrementado durante esos últimos años, se ha observado en niños, adolescentes y en adultos, en estos dos últimos se enfocará este trabajo. La persona que consume evade responsabilidades de tipo familiares, laborales y sociales; se observa que la familia como solución extrema, decide internar a la persona drogodependiente en centros de rehabilitación, después de haberle charlado, hospitalizado, acompañado a grupos de apoyo, soporte de tipo religioso o alguna otra opción; y como última instancia el paciente llega a formar parte de estas casas hogar. En estas instituciones se les orienta, encamina y ayuda a sobreponer; desde su estado físico; ya que el paciente ingresa en un estado de decadencia, con golpes, sangrados, alguna parte de su cuerpo dañado, con el rostro desfigurado; si es un adicto a sustancias ilegales, ingresa al centro forcejando, peleando y amenazando a la persona que lo ingresa al centro; si es un alcohólico ingresa adormitado, recargado en alguien o lo ingresan dormido al módulo; al mes de su ingreso ya se le ve con una apariencia estable, recuperándose de las heridas físicas, pero en este momento brotan las heridas emocionales, salen a relucir los arrepentimientos como pérdidas materiales o humanas, los sentimientos de culpa como el desinterés hacia sus seres queridos, angustias como el incumplimiento de trabajo e irresponsabilidades económicas, sentimiento de soledad al no poder contactar a ningún miembro de su familia o algún amigo que perdió por involucrarse en esta vida; en una búsqueda de cambio, en determinado momento se genera un avance en el área social y cultural, donde le permite identificar sus necesidades y fortalezas. "Según Rosenberg, la estima de uno mismo surge a través de un triple proceso; a) como reflejo de la valoración que los demás tienen del individuo, lo que se muestra sobre todo en cómo le tratan en la vida cotidiana; b) como resultado de las comparaciones que el individuo establece entre sí y otras personas en las diferentes situaciones



de la vida; c) como resultado de la captación que de sí tiene la persona, lo que en buena parte puede ser un verse en sí mismo desde los demás”<sup>1</sup>. En esta etapa muestra sus deseos de cumplir las metas fijadas, los pasos a seguir que durante su proceso de internamiento se le fueron encaminados. El paciente expresa hacia dónde quiere llegar, cómo anhela superar cada uno de los obstáculos.

Se pudo observar que aunque el paciente cumpla con el tiempo de rehabilitación; no existe un programa especializado que permita orientar a las familias, en cuanto a las necesidades que presentan los adictos, como la ignorancia que se sostiene en relación con el problema de la adicción; volviéndose para los pacientes un ciclo de hábitos de desinterés expresados ante la vida en general, y ello les permite caer en un ciclo de consumo, recaída y rehabilitación, como ellos comentan que es costumbre que consuman cierto tiempo, la familia amenaza, ellos continúan, en determinado tiempo los internan, el paciente cumple el tiempo estipulado, sale de la casa hogar en algunas ocasiones con el deseo de cumplir sus metas, pero al llegar a sus casas encuentra malas caras, reclamos, reproches, problemas de todo tipo familiares, económicos, sociales; esta situación parece desvanecer el cambio real y efectivo en cada uno de los usuarios; caracterizando la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de éste, el llamado síndrome de abstinencia, durante el proceso de rehabilitación, pero a su vez conlleva a una recaída. Es aquí donde los pacientes exponen que buscan una escapatoria de su propia realidad, empezando a consumir y experimentar con cualquier otro tipo de droga,

---

<sup>1</sup> Martín-Baró, Ignacio. ACCION E IDEOLOGIA: psicología social desde Centroamérica. UCA. El Salvador, 1983. pág 125

legal como el alcohol y el cigarrillo o ilegal como marihuana, crack, solventes, cocaína, etc.; guiándose por cualquier vía de administración, ingestión o vía oral, fumado, inyectado, inhalado o por absorción a través de las membranas mucosas de la nariz, boca o mezclado en los alimentos o por el recto, sobrellevando años de frustraciones angustias, o vacíos que no han sido intervenidos. Cuando sobrepasa cualquiera situación tanto familiar como social, los usuarios terminan en centros de detención, intentos de suicidio, o alguna intervención psiquiátrica; así los hogares se desestructuran, como consecuencia surge la desintegración familiar; los padres se vuelven irresponsables, forman otros hogares, y los miembros de las familias terminan siendo víctimas de violencia intrafamiliar, física, patrimonial, psicológica o sexual; siendo estas algunas de las situaciones que dificultan el cumplimiento de las necesidades biológicas, cognitivas y sociales de los pacientes.

Según expedientes y testimonios de los usuarios; y los documentos administrativos de la comunidad terapéutica, las drogas de mayor consumo son el alcohol y el tabaco, este último ha sustituido de manera progresiva, en un intento de conocer nuevas sustancias inician con la marihuana, porque al igual que el cigarrillo, su vía de administración común es fumada; cuando existe un consumo de alcohol y marihuana combinado, el usuario prefiere sustituir la marihuana por el crack y explica que con una dosis, inhalada o fumada, baja los niveles de alcohol o por lo menos los síntomas de ebriedad. Las sustancias conocidas como piedra y primos, siendo la piedra un derivado del crack pero combinado con anfetaminas, es más adictivo como barato y los primos una mezcla de marihuana y piedra, haciendo que una dosis sea capaz de sustituir dos dosis de cada uno de sus ingredientes. Estas son las principales situaciones valoradas y que han dado marco de la problemática que aquí se comenta.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO**

#### **2.1 MARCO REFERENCIAL.**

Un análisis de la epidemiología de las drogas a nivel mundial menciona datos como que el alcohol y el tabaco son las sustancias de las que más se abusa en todo el mundo. De acuerdo con datos estadísticos de la OMS, el 96% de los países reportan consumo de alguna droga. Las sustancias ilegales más utilizadas son los opiáceos (87%) y los derivados de la hoja de coca (81%). Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias. Dicho de otro modo, como el número de personas que han consumido una determinada droga al menos una vez en los últimos 12 meses ha aumentado más o menos al mismo ritmo que la población, el consumo de drogas, en términos relativos, se ha mantenido estable.

En general, la contención del problema de las drogas ilícitas a una fracción relativamente limitada de la población mundial (de 15 a 64 años) empieza a parecer un logro aún más importante cuando se tienen en cuenta otras tres estimaciones. En primer lugar, se ha contenido el consumo de drogas problemáticas, que afecta actualmente a una fracción marginal (0,6%) de la población mundial de 15 a 64 años. En segundo lugar, el consumo de tabaco, una droga psicoactiva que crea adicción y cuya venta está generalizada en mercados abiertos, aunque regulados, llega a afectar al 25% de la población adulta. En tercer lugar, las estadísticas de la mortalidad demuestran que las drogas ilícitas se cobran una pequeña fracción de las vidas que se lleva el tabaco (todos los años, las drogas ilícitas causan la muerte de unas 200.000 personas y el tabaco, de 5 millones).

La proporción de los consumidores de drogas entre la población mundial de 15 a 64 años se ha mantenido estable por cuarto año consecutivo.

El informe correspondiente al año 2003 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes –JIFE-<sup>2</sup>, menciona que en América Central y El Caribe, el tráfico de estupefacientes sigue orientado principalmente hacia el cannabis y la cocaína, aunque las incautaciones de heroína han aumentado a niveles sin precedentes. De acuerdo con los reportes enviados por los Estados Americanos a la JIFE, el corredor de América Central, México y El Caribe continúan siendo las rutas de tránsito del contrabando de cocaína y heroína de Colombia a América del Norte, lo cual resulta en la contribución al aumento del uso indebido y abuso de drogas en los países que conforman estas regiones. Aunque no parece haber suficientes datos epidemiológicos actualizados, esporádicamente se detectan nuevas drogas y métodos de uso indebido. De acuerdo al estudio realizado en 2003 por las Naciones Unidas relativo a las “Tendencias Mundiales de Drogas”, en América, la cocaína sigue siendo la droga problemática y representa el 58% de las solicitudes de tratamiento de América del Sur y aproximadamente el 40% en América del Norte.<sup>3</sup>

Según el estudio, del Proyecto Ariadna el cual es un proyecto guatemalteco, que ayuda a las personas con dependencia a las drogas, las edades predominantes de inicio de consumo para todas las drogas se encuentra entre los 15 y 18 años. Para los grupos de 11 a 14 años, las drogas de consumo con mayor porcentajes son los estimulantes, el tabaco y el alcohol, seguidos por inhalantes, tranquilizantes, marihuana y cocaína. Para los grupos de 15 a 18 años las drogas de primer consumo y con mayores porcentajes son: la marihuana, la cocaína y el alcohol, seguidos por los tranquilizantes, estimulantes, tabaco y alcohol.

---

<sup>2</sup> International Narcotics Control Board; Report 2003, United Nations, New York, 2004.

<sup>3</sup> [www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/wdr08\\_execsum\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/wdr08_execsum_spanish.pdf)

Existen estudios previos que analizan el problema de drogas en Guatemala, aunque en su mayoría estos esfuerzos se han dirigido a poblaciones específicas.

En 1990 se hizo un análisis de la "Evaluación de Necesidades para un Programa Contra el Uso de Drogas en Guatemala".<sup>4</sup> Posteriormente, se han coordinado esfuerzos con la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas -CICAD- de la Organización de Estados Americanos, con la Organización Panamericana de la Salud y con el Consejo Nacional para la Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción -CONAPAD- para la realización de una serie de ventanas epidemiológicas en centros de asistencia, centros de tratamiento y de detención de la ciudad de Guatemala, durante el período comprendido entre los años 1992 a 1995.

Cada ventana tuvo una duración de una semana de investigación, con encuestadores e instrumentos dedicados a tal fin. Sus objetivos fueron identificar la prevalencia de uso de drogas y sustancias psicoactivas en salas de urgencias de hospitales, centros de detención y centros de tratamiento, así como el identificar las drogas y las sustancias psicoactivas de consumo más frecuente en la población estudiada.

A pesar del papel crucial de la región en el tráfico de narcóticos y la asociación entre las rutas comerciales de droga, comportamientos de riesgo, los ministerios de salud en Centroamérica actualmente no reconocen a los consumidores de drogas como un grupo de riesgo o prioridad para prevención<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Evaluación de necesidades para un programa contra el uso de drogas en Guatemala. Aid/development Asoc. Inc. 1990

<sup>5</sup> Un estudio para Identificar Comportamientos de Riesgo y Necesidades de prevención de VHI en Centros de Tratamiento de Drogadicción en las Ciudades de Guatemala y San Salvador. Pág. 9

Para conocer la realidad y transformarla fue necesario hacer un trabajo comprendido desde la vivencia propia en el área, al realizar una serie de actividades que durante el trabajo de campo que se desarrolló, fue necesario conocer tanto las necesidades, como problemas que afectan a los usuarios y sus familiares de Comunidad Terapéutica Contacto.

Se hace evidente que la familia es uno de los elementos fundamentales para formar al individuo en su proceso de crianza, desde sus primeros años hasta en la adolescencia y en algunos casos todavía en la adultez. Ya que la misma familia puede ayudar completamente a la recuperación del adicto hasta ser el factor de mantenimiento y empujándolo al abismo de la recaída. A partir de esto despierta la expectación de trabajar e investigar sobre los factores que influyen y despiertan la inquietud de la persona para iniciar el consumo, seguir en un uso y terminar en un abuso y dependencia de las sustancias ya sean lícitas e ilícitas.

Uno de los temas importantes a abordarse son los patrones de crianza, ya que es importante conocer la forma en que los padres están formando a sus hijos, si han cambiado o siguen los patrones con los que ellos fueron formados, también es importante conocer el contexto de la familia urbana de Guatemala.

Los complejos culturales de las distintas clases y capas sociales presentan, por supuesto, elementos fundamentales y predominantes tanto de cultura, como patrones de crianza violentos, vamos a entender como patrones de crianza "prácticas cotidianas dentro de la familia orientadas hacia la enseñanza de los valores, costumbres, normas y prácticas religiosas para

que los niños puedan desenvolverse en la sociedad en que viven<sup>6</sup>; los cuales se hacen evidentes en la actualidad en las familias guatemaltecas. Implica también que “el poder que socialmente se le otorga a los padres al igual que la responsabilidad y el liderazgo para dirigir la familia, se oriente a desarrollar el poder personal de los hijos e hijas. Educar a los hijos e hijas para que asuman de manera conciente mayor responsabilidad por su propia vida, para ser independientes, tomar decisiones propias, expresar sus ideas y necesidades sin afectarse a sí mismos o a los demás miembros de la familia.”<sup>7</sup>

Otra de las problemáticas que se abarcó en la investigación es la violencia que afecta en nuestro país de forma generalizada y cómo esta afecta en el hogar, ya que la violencia intrafamiliar, es algo que está presente en algunas familias. La violencia intrafamiliar es un tema que ha sido escuchado durante muchos años, actualmente es uno de los problemas que aqueja a la sociedad guatemalteca, es un fenómeno que tiene diversas vivencias, las cuales forman parte del diario vivir de nuestra población, en la actualidad la violencia circula en el entorno de cada individuo.

Se entiende por violencia “ a todos los actos graves que se cometen imprudentemente o premeditadamente y con poder o fuerza excesiva en contra de las personas “. En nuestro país la violencia se encuentra más enfatizada en las calles, sin olvidar la violencia dentro de los hogares guatemaltecos; lo que se puede definir como violencia intrafamiliar es:

---

<sup>6</sup> García, Manuel y Nidia Suazo, Manual de Patrones de Crianza. CHILDHOPE. Biblioteca ECP. USAC. Pág. 2

<sup>7</sup> PRONICE. La Ternura Vale más que Mil Golpes, Los patrones de Crianza para la Salud Mental de los niños y las niñas. Guatemala. 2001. Pág. 19 a la 22

todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos”<sup>8</sup> la cual se origina desde la violencia conyugal, partiendo de los gritos, empujones, jalones de pelo, insultos y burlas, hasta llegar a las agresiones físicas, psicológicas y abusos sexuales.

Mucha de la violencia juvenil, (pandillas juveniles o maras), responde, más que a la violencia por si misma o a una “rebeldía sin causa”, a las frustraciones de proyectos de vida individuales, a la falta de expectativas económicas y sociales, a la marginación, a factores del ambiente familiar y comunitario, y a la carencia de servicios básicos, fundamentalmente de educación.

Factores de riesgo en la violencia intrafamiliar: Edda Quiroz describe una serie de factores predisponentes para que se produzca la violencia. Sin embargo, ninguno de ellos constituye una justificación para ella, a continuación enunciamos lo más importante:

- “Conductas aprendidas por imitación; la violencia se aprende en el grupo familiar y se refuerza por los medios de comunicación, la escuela, el deporte, etc.
- Insatisfacción de las necesidades humanas básicas: alimentación, vivienda, empleo, etc.
- Baja autoestima.

---

<sup>8</sup> [www.violenciaintrafamiliar.cl](http://www.violenciaintrafamiliar.cl)



- Altos niveles de insatisfacción y frustración.
- Ambiente estresante.
- Legitimación social de uso de la violencia.
- Alcoholismo y drogadicción.”<sup>9</sup>

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo es un problema de salud pública ya que interviene desde la integración familiar; que conlleva desde la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, problemas económicos, bajo rendimiento escolar, depresión en hijos y cónyuge; mayor riesgo de consumo de alcohol y otras drogas. Afecta en el desarrollo y estabilidad laboral, provocando accidentes, ausentismo laboral, violencia y delitos. Interviene en la salud individual, provocando trastornos psicológicos como depresión, psicosis, ideas o intentos de suicidio y ansiedad. Provoca afecciones del sistema nervioso central; efectos inmediatos del alcohol, es absorbido por el torrente sanguíneo, los efectos del alcohol aparecen en los diez minutos siguientes al consumo, alcanzan su máximo punto en un lapso de 40 a 60

---

<sup>9</sup> UNICEF.UNIFEM/OPS/OMS/FNUAP. Violencia Intrafamiliar hacia la mujer. Guatemala. 1993 Pág. 17-21

minutos, permanece en la circulación hasta llegar al hígado, donde se metabolizan sus componentes y actúa como depresor del Sistema Nervioso Central.

El alcohol incrementa los riesgos de accidentes automovilísticos, caídas, ahogamiento y otros accidentes; suicidio y homicidio, mayor riesgo de homicidio, incremento del riesgo de embarazo no planeado o no deseado, disminución del comportamiento sexual seguro, aumento del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, riesgo de sufrir el síndrome de alcoholismo fetal en el caso de mujeres, embarazadas que consumen alcohol, dependencia del alcohol. Las consecuencias del consumo de alcohol produce una dependencia psicológica, el alcohólico empieza a "aprender" que el alcohol le da "poder" sobre la situación y sobre sus sentimientos, piensa "el alcohol funciona y es importante, creo en el alcohol". De este modo empieza a usar el alcohol en otras situaciones comenzando a esperar los efectos positivos de la bebida más y más.

Cuando el alcohólico empieza a dejar de consumir y se produce un síndrome de abstinencia del alcohol y atraviesa las siguientes fases. Primera fase: comienza entre 5 y 6 horas después de dejar de beber y se caracteriza por dolor de cabeza, agitación, temblores graves, náuseas y vómitos, gran sudoración, somnolencia, calambres e incluso alucinaciones. En la segunda fase: tiene lugar entre las 15 y las 30 horas y se caracteriza por los síntomas anteriores y actividad convulsiva; ya en la tercera fase: esta es la que propiamente recibe el nombre de delirium tremens. Cursa con confusión, ilusiones extrañas, alucinaciones muy perturbadoras, agitación.

En el deterioro familiar las consecuencias que sufre y tolera la familia en donde hay una persona enferma alcohólica, son bastante graves y conflictivas. Los hijos, si están en edades donde se dan cuenta del problema, uno de los primeros pasos que dan es de alejarse del enfermo. El cónyuge, tiene que convivir con el problema del alcoholismo, sufriendo en muchos casos maltratos psicológicos importantes.

El familiar, al igual que los hijos, lo primero que suelen sentir ante el enfermo es el rechazo, creándose un estado de desamor y un ambiente conflictivo.

La Drogadicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que le rodean. Se considera una enfermedad del cerebro porque el abuso de drogas produce cambios en la estructura y en el funcionamiento del cerebro. Debido a estos cambios en el cerebro es muy difícil para el drogadicto lograr dejar de abusar de las drogas. Afortunadamente hay tratamientos que ayudan a contrarrestar los efectos poderosamente destructores de la adicción y a recuperar el control.

Se puede lograr una recuperación sostenida y una vida sin abuso de drogas usando enfoques diseñados específicamente para tratar el patrón de abuso de drogas específico de cada paciente conjuntamente con cualquier problema médico, psiquiátrico o social concurrente.

El drogadicto pierde lo mejor de sí mismo: el autocontrol y la fuerza de voluntad. Se vuelve apático, desinteresado, ansioso. Se aísla, desprecia los vínculos familiares y amistosos, y se encierra en círculos, por lo general marginales, donde le resulta fácil conseguir la droga. Se vuelve esclavo de la sustancia hasta destruirse a sí mismo.

El proceso de drogodependencia atraviesa por el consumo experimental que son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo. El consumo ocasional, la persona conoce la droga y sus efectos; escoge los momentos con sus escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente; consumo regular consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

El drogodependiente provoca a su familia y a sí mismo un abuso psicológico: " es aquel que tiene la intención de lesionar la personalidad, autoestima, identidad y desarrollo personal de la mujer, siendo sus expresiones mas comunes los gritos, insultos, desprecios, chantajes, burlas, amenazas, falsas acusaciones, el silencio, la indiferencia etc.

Las heridas invisibles que produce son malestar emocional, temor, inseguridad, ansiedad, angustia, depresión, sentimientos de culpa, vergüenza, trastornos del sueño, reacciones violentas contra los hijos, ante estímulos mínimos por niveles de tolerancia disminuidos." <sup>10</sup>

Abuso Económico: "comprende el incumplimiento de las responsabilidades económicas de parte del hombre en el hogar, forzar a la mujer a entregarle parte o todo su sueldo cuando trabaja fuera de casa, dejarle a ella la mayoría o toda la responsabilidad de los gastos de la familia, incluye el abandono, la negación de pensión alimenticia, etc., niñez sobre trabajada, de la calle, sin estudios.

Abuso patrimonial: expropiación o negación de bienes familiares y, o de la mujer así como el hecho de romper objetos apreciados.

---

<sup>10</sup> Corsi, Jorge. Violencia Familiar. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Abuso Social: se manifiesta mediante la prohibición, control y, o vigilancia del ejercicio de la libertad de la mujer respecto a locomoción, a comunicarse con otras personas, a trabajar fuera de casa a recrearse o estudiar, el hombre violentador aleja a las amistades, vecinos y familiares, hasta que la deja sin contactos sociales, salvo con él y sus hijos.

Este aislamiento impide que la mujer pida ayuda durante los momentos de mayor violencia, haciéndola sentir irremediamente sola y atrapada en la relación abusiva”.<sup>11</sup>

Factores sociales: El Estilo De Vida: “Este concepto se utiliza generalmente en la actualidad para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad.

Considerar los comportamientos como elementos aislados, divorciados de su contexto, induce a la formulación de programas de promoción de la salud que lo que intentan es cambiar comportamientos específicos sin considerar el complejo total dentro del cual estos elementos son solo una parte, sin tomar en cuenta el nivel del sistema macro-socio-cultural que sostiene y les da sentido a esos patrones de conducta.”<sup>12</sup>

Por medio de la interpretación como proceso diferenciado donde se da énfasis a diferentes manifestaciones de lo que se ha estudiado a partir de las condiciones y necesidades de la comunidad, el compromiso se convierte en parte del proceso.

---

<sup>11</sup> Op cit

<sup>12</sup> Morales Calatayud Francisco. Introducción a la Psicología de la Salud. Pág. 145-147

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Promover la salud mental a la población que participa en el programa de rehabilitación de la Comunidad Terapéutica a través de la psicoterapia, motivando los recursos propios de la persona por medio de estímulos para así poder llegar a la resolución de los propios conflictos, y debida orientación en esas áreas afectadas.

### **2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

#### DE SERVICIO:

- Encaminar la percepción individual ante una situación de pensamientos automáticos que tiendan a influenciar en las emociones del participante; edificando los pensamientos automáticos ante una situación desfavorecedora, para que esta no influya ante una respuesta emocional, conductual o fisiológica.
- Eliminar creencias subyacentes bajo una percepción individual equivocada, así evitando una recaída.

#### DE DOCENCIA:

- Capacitar a los colaboradores, familia y comunidad terapéutica, sobre diversos temas de importancia, para que los comuniquen de una forma preventiva hacia a su comunidad.

#### DE INVESTIGACION:

- Identificar las causas que motivaron a los usuarios, que pertenecen a la comunidad terapéutica, a depender de una sustancia; y cómo lo vive particularmente la familia.

### **2.2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO.**

Para trabajar en la metodología se hizo necesario plantear objetivos que van enfocados a las necesidades de la población. La metodología planteada, se apoya en González Rey en el proceso de construcción de la información a través de la comunicación, presencia y participación constante dentro de la comunidad del investigador, participación en la cotidianidad y producción permanente de ideas, lo cual permite construir e interpretar la subjetividad.

El proyecto de EPS, se realizó durante 12 meses, en la Comunidad Terapéutica Contacto ubicada en la colonia Quinta Samayoa, la intervención del trabajo se enfocó hacia la población a la cual atiende la institución, pacientes adictos a sustancias lícitas e ilícitas, familias de todo tipo de situación socio-económica, que viven en los distintos sectores urbanos, muchas de ellas sufren diferentes problemáticas. Se trabajaron tres áreas las cuales son: servicio, docencia e investigación; son integradas sin embargo, se trabajó con sus propios métodos cada una, de la siguiente forma:

#### **2.3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

Se trabajó con cada usuario de manera individual. Se realizó un diagnóstico para conocerlos, se eligieron los pacientes, se identificaron los diferentes tipos de consumo por el cual estaba internado el paciente. Se realizaron actividades para motivar a los usuarios durante su estancia.

Durante las citas o sesiones con los pacientes se aplicó el método de la observación naturalista, método inductivo y deductivo. También se realizaron observaciones de la conducta del paciente.

La estructura de cada entrevista terapéutica se llevó de la siguiente manera:

1. Chequeo del ánimo, ansiedad o los síntomas
2. Establecer la agenda
3. Recordar la sesión previa
4. Discusión de los puntos de la agenda
5. Tareas asignadas
6. Resumen
7. Retroalimentación de parte del paciente

Durante la atención de los familiares de los usuarios se clarificó las expectativas acerca del paciente a través del tratamiento. Algunos de los aspectos tratados:

- Exponer la agenda de citas y duración del tratamiento
- Importancia de la asistencia regular
- Implementar la importancia de notificar por adelantado en caso de cancelar una cita o llegar tarde
- Brindar apoyo para poder sobrellevar la convivencia con un adicto

### **2.3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

Se trabajó con los colaboradores, en orientación en temas de importancia para la comunidad con las cuales ellos tienen relación.

- Se conoció a los colaboradores en las reuniones y se les informó sobre el subprograma.



- Se escogieron y planificaron los diferentes temas los cuales se impartirían.
- Se implementaron los temas los días lunes con los líderes y encargados.

La metodología de las pláticas se iniciaba con una dinámica rompehielo, seguido con la introducción al tema, se elaboraba una lluvia de ideas en la pizarra; se procedía a desarrollar el tema, al concluir el contenido se brindaba un espacio para aclarar dudas y preguntas; como una evaluación oral se realizaban preguntas directas y por último se fijaban las conclusiones.

### **2.3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

Teniendo conocimiento de la población que habitaba en la comunidad terapéutica; después de la convivencia inicial, luego del diagnóstico, resaltaron las necesidades de la institución e integrantes; salta la inquietud de investigación, al describir el tipo a realizar; se buscó el tema, cuando queda establecido la epesista procedió a realizar las consultas bibliográficas, en seguida la realización del planteamiento de objetivos, estos establecidos; la creación y elaboración del instrumento a utilizar, luego procede a la aplicación del mismo; cuando cuenta con la información recabada del instrumento, sigue la tabulación de información; viene a la interpretación de la misma, realiza el análisis de los resultados obtenidos, seguidamente viene la realización de las conclusiones y recomendaciones.

### **CAPÍTULO III**

#### **PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS**

En la segunda semana de febrero se realizó una observación en la institución, para identificar las necesidades que se manifiestan en los usuarios de la institución, realizando así el diagnóstico de necesidades; se identificaron y priorizaron; luego se elaboró una planificación del proyecto a trabajar de cada subprograma, actividades, temas, recursos, tiempo y evaluación.

#### **3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:**

##### Atención a usuarios

El programa dio inicio en el mes de febrero 2009, al momento de realizar la observación y diagnóstico, se deja elaborado el material inductivo para informar sobre el apoyo psicológico que se brindara a los usuarios, al momento de iniciar este subprograma, se trabajó en jornada completa de lunes a viernes con los usuarios, que son jóvenes adolescentes, adultos y padres de familia; brindando atención psicológica, tomando en cuenta la dificultad que presentó cada paciente.

**TABLA NO. 1**  
**PACIENTES ATENDIDOS**

Menores de edad	Adolescentes	Adultos	Total
2	10	40	52

Las edades de los usuarios fueron diversas desde menores de edad, adolescentes, adultos, hasta adulto mayor.

**TABLA No. 2**  
**EDADES COMPRENDIDAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS**

12 a 17	18 a 23	24 a 29	30 a 35	36 a 41	42 a 47	48 a 53	54 a 59	60 a +	TOTAL
2	10	8	7	8	6	4	4	3	52

Este proceso se inició citando a los pacientes en un horario asignado; en la primera cita, se realizó la entrevista inicial en donde se obtuvo información demográfica como los datos generales, el motivo de consulta, la historia del problema, dinámica familiar, historia escolar, historia social, historial médico, etc., al mismo tiempo se realizó el examen mental del paciente.

Durante las citas o sesiones con los pacientes se observaron las conductas: afectivas, cognitivas, motrices, sociales, se estableció rapport con los pacientes atendidos, trabajando en cada sesión aproximadamente cuarenta y cinco minutos. En algunos pacientes se aplicaron cuestionarios estandarizados sobre el consumo de adicciones, test de inteligencia emocional, pruebas autoaplicables, actividades de estimulación de acuerdo a la dificultad que presentaban los usuarios, para hacer el diagnóstico y brindarle la terapia adecuada; ya fuera con actividades sobre la terapia racional emotiva, conductual, individual, etc.

La estructura promedio de las entrevistas se formaban de la siguiente manera; se realizaba un chequeo del ánimo del usuario, identificar los signos y síntomas que presentara durante el ingreso a la clínica, dar a conocer la actividad ha ejecutarse durante la terapia, realizar un breve recordatorio del tema a tratarse durante la última sesión, discutir los puntos de la agenda programada, asignar tareas, para concluir se efectuaba un resumen, y solicitaba al paciente que retroalimentara lo sucedido durante la sesión.

La participación del señor director brindó un importante apoyo para mejorar y facilitar el proceso a través de las entrevistas previas y el trabajo realizado por él, durante el primer mes de internado el paciente, ayuda para mejorar el proceso terapéutico, así los usuarios no se sientan incómodos al momento de programarles las citas, al contrario, se mostraban motivados para iniciar su proceso terapéutico.

Resultados de los pacientes atendidos:

La asistencia de los pacientes fue regular, se trabajaba con un promedio de cuarenta y cinco minutos a una hora. De los pacientes que continuaron el proceso terapéutico, se logró que mejoraran en diversas áreas afectivas, emocionales y cognitiva conductual, para desarrollar y reforzar expresión verbal, escrita, aprestamiento, memoria y atención; que fueron las dificultades que los pacientes presentaron al inicio. Con las actividades, los pacientes se motivaron a mejorar en sus actitudes, disminuyeron los niveles de agresividad que mostraban, ya sea por la negativa del padecimiento de la adicción o por conductas presentadas durante su estancia en la casa hogar; para así incrementar su rehabilitación en la institución, mostrándose dispuestos a recibir todo tipo de apoyo.

#### Atención a familiares

En el proceso del subprograma de servicio se involucró también la participación de los padres de familia o encargados, un total de 15 personas; con ellos se trabajó la Terapia de Urgencia. Las citas programadas consistió en orientar y resolver problemas que se presentaran durante la estancia del paciente, como por ejemplo: madres de familia que expresaban la tristeza de no contar principalmente con el apoyo económico y emocional del padre de familia, esposas preocupadas por la inasistencia en el lugar de trabajo de sus esposos, inasistencia de clases, ausencia de la figura paterna para sus hijos, entre otros.

Resultados de los familiares atendidos:

Algunos de los familiares argumentaban que les hubiese gustado participar en el programa pero la falta de tiempo o no contar con los permisos necesarios en sus lugares de trabajo, les impedía asistir; otros familiares no se preocupaban por la recuperación argumentando que el problema era el interno, no ellos.

En cuanto a los que participaron, comentaron que disminuyó la angustia que sentían al momento de internar a su familiar a la institución, después de algunas sesiones pudieron controlar los sentimientos de culpa, tristezas, angustias o cualquier sentimiento que suponían al ingresar a su familiar adicto.

### **3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

La temática seleccionada surge por temas sugeridos por la institución, en su mayoría por la observación durante la estadía de la casa hogar y peticiones de los mismos usuarios, ya que eran ellos los que vivían en todo momento el diferente tipo de situaciones que se vivieron durante el proceso de EPS.

Al inicio de los talleres se realizaron dinámicas de presentación, de integración con usuarios, en su mayoría de ocasiones eran los líderes; estas actividades se realizaron en las instalaciones de la institución, los talleres y charlas se llevaron a cabo una semana al mes, distribuido por días y dependiendo del tipo de paciente; se llevaban a cabo de miércoles a miércoles; entre los talleres y charlas como Violencia, Valores de Paz, Patrones de Crianza, Autoestima, etc., surgían muchas inquietudes; así también se les concientizaba de la importancia de la asistencia a los talleres que se programaban para lograr el cambio que esperan ver en los

pacientes y lograr la convivencia pacífica ya sea en el entorno familiar o entre ellos con los otros usuarios.

En este subprograma se realizaron diversas actividades iniciando con la presentación de la epesista ante todos los usuarios, exponiendo cada uno de ellos su problemática, experiencias y tipo de sustancia, se les distribuyó cuestionarios de comprensión sobre el tema expuesto en cada sesión programada, reforzando en cada sesión los temas sobre valores, conducta inapropiada, depresión, baja autoestima, también se atendieron adolescentes y padres de familia en una minoría.

Como parte de un apoyo interno, se eligieron líderes de grupo, que fueron los usuarios seleccionados que recibían capacitación en el manejo de actividades de apoyo, para que la terapia fuera más efectiva en los usuarios, durante las actividades de carácter lúdico, motivacional y grupal.

**TABLA No. 3  
TALLERES Y CHARLAS**

<b>TALLER</b>	<b>No. de Pacientes</b>
<u>Valores:</u> Responsabilidad Sencillez Honradez Respeto	35
<u>Sentimientos:</u> ¿Qué son los sentimientos? ¿Hay sentimientos negativos y positivos?	35

<u>Emociones:</u> ¿Cómo reconocer las emociones? ¿Qué son las emociones? ¿Cómo reconoces nuestras emociones?	35
<u>Optimismo:</u> Optimismo Inteligente	5
<u>Autoestima personas de tercera edad:</u> "Ansias de vivir"	5
<u>Autoestima:</u> "El Valor de mi Persona"	10
<u>Inteligencia Emocional:</u> "Madurez Emocional"	5

#### Resultados de Talleres y Charlas:

Los temas que se lograron realizar a través de actividades participativas como talleres, charlas, dramatización, son: Violencia, Características de la Violencia, Tipos de Violencia, Prevención de la Violencia, Manejo de Emociones, Resolución de Problemas, Salud Mental, Autoestima, Valores de Paz como: Amistad, Respeto, Libertad, Tolerancia, Solidaridad, Amor y Perseverancia; con el fin de contribuir al mejoramiento de la convivencia pacífica. Dentro de esas actividades participativas se aplicaron diversas técnicas como las dinámicas de presentación, dinámicas de integración,

narración de historias, experiencias, lluvia de ideas, reflexiones, que enriquecieron el conocimiento y la aplicación de Valores a nivel Personal.

Se realizaron video-foros como parte de la formación e integración de las terapias grupales se trabajaron de la siguiente forma:

**TABLA No. 4**  
**VIDEO-FORO**

<b>VIDEO-FORO</b>	<b>No. de pacientes</b>
Una Mente Indomable	35
Río Místico	35

Resultado del video-foro:

Otra de las actividades que se realizaron fue la proyección de películas relacionadas con estos temas, dentro de las actividades se generó la discusión y el debate reflexionando sobre el cambio; la modificación de algunas conductas que no contribuyen a la convivencia familiar, social, como la agresividad, la indiferencia hacia los hijos, irrespeto, intolerancia, etc. no solamente recibieron la información sino que también reflexionaron sobre las conductas y actitudes que los pacientes manifiestan en diferentes situaciones.

### **3.3. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

En el subprograma de investigación se retoma el objetivo: Identificar las causas que motivaron a los usuarios, que pertenecen a la comunidad terapéutica, a depender de una sustancia; y cómo lo vive particularmente la familia.



**TABLA No. 5  
CUADRO DE PACIENTES ATENDIDOS**

Primera consulta	Reconsultas	Recaídas	Pacientes Ambulatorio
52	343	10	5

**TABLA No. 6  
TIPO DE CONSUMO**

DROGA	ALCOHOL	AMBOS
23	23	6

**TABLA No. 7  
DROGAS DE MAYOR CONSUMO**

ALCOHOL	MARIHUANA	PIEDRA	CRACK	COCAINA	HEROÍNA	SOLVENTE	THINNER	OTROS
27	14	15	15	9	5	2	3	2

**TABLA No. 8  
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSUMO**

Depresión	Ansiedad	Curiosidad	Influencia	Abandono	Prob. Familiares
13	15	4	3	3	14

**TABLA No. 9  
TIEMPO DE CONSUMO**

0 - 6 meses	6 meses a 1 año	1 -3 años	3 - 5 años	5-10 años	10 a 15 años	15 +
7	3	9	9	13	4	7

**TABLA No. 10  
PERSONAS ATENDIDAS**

	<b>Primeras Consultas</b>	<b>Reconsultas</b>
<b>Pacientes</b>	52	343
<b>Padres de familia</b>	15	6
<b>Total</b>	67	349

**TABLA No. 11  
ESTADO CIVIL**

Soltero	Casado	Unido	Separado	Divorciado	Viudo
22	12	12	3	2	1

**TABLA No. 12  
¿TIENE HIJOS?**

SI	NO
30	22

**TABLA No. 13  
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS**

Sin estudio	Primaria	Básico	Diversificado	Universitario
1	22	14	12	3

**TABLA No. 14**  
**¿TIENE ANTECEDENTES PENALES?**

Si	No
8	44

**TABLA No. 15**  
**¿HABÍA SIDO INTERNADO ANTERIORMENTE?**

No	Si
22	30

**TABLA No. 16**  
**¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LO INTERNAN EN ESTA INSTITUCIÓN?**

SI	NO
32	20

**TABLA No. 17**  
**MODALIDAD DEL INTERNADO**

<b>VOLUNTARIO</b>	<b>INVOLUNTARIO</b>
8	44

**TABLA No. 18**  
**PERSONA QUE LOS REFIERE**

<b>ESPOSA</b>	<b>MAMA</b>	<b>PAPÁ</b>	<b>HERMANOS</b>	<b>HIJOS</b>	<b>OTROS</b>
---------------	-------------	-------------	-----------------	--------------	--------------

13	11	3	8	3	6
----	----	---	---	---	---

Conforme se fue observando y la convivencia con los usuarios, la epesista realizó entrevistas individuales, a través de ellas obtuvo información sobre la droga de mayor consumo es el alcohol, seguido por el crack y la marihuana; los principales motivos de consumo sobresalen los problemas familiares, la mayoría de los usuarios son solteros, pero la mayoría tienen hijos, la escolaridad promedio es únicamente la primaria; la persona que los refiere son las esposas, las madres de familia o los hermanos, se identificó la relación que cada usuario tiene con la familia y en el contexto en que se desenvuelven. Los pacientes dieron a conocer anécdotas en donde se obtuvieron datos valiosos; como la evolución de la droga desde el uso, consumo hasta el abuso; la forma de sustituir un tipo de sustancia por otra, por sus efectos, precios hasta combinaciones de las mismas; las distintas conductas que tienen ante diferentes situaciones; se puede mencionar el por qué inician a consumir; argumentando que no hay otras personas que se hicieran responsables de ellos en la niñez; problemas familiares desencadenaron a elegir este estilo de vida, tipos de consumo, que drogas, tiempo que tiene de ser dependiente; la manera que la familia fue afectada y cómo fue arruinando el ámbito familiar. Aunque el factor social-económico vario en los diferentes pacientes atendidos; la mayoría de ellos, trataron de solucionar sus problemas, refugiándose en alguna sustancia, como un grito desesperado en llamar la atención de los padres, de una forma indiferente, violenta, hostil y otras de manera irrespetuosa y conflictiva.

Resultados sobre la investigación:

Como dato sobresaliente en cuanto a la investigación indica que los pacientes son internados de manera involuntaria, ya que ellos niegan padecer de alguna adicción, creen controlarla; y más de la mitad de la

población atendida había sido recluida en algún otro centro de rehabilitación similar a la comunidad terapéutica.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

La atención psicológica fue el primer subprograma que se llevó a cabo, cuando las personas encargadas de los pacientes llegaban a la institución, la secretaria les informaba sobre la atención psicológica y ellos se acercaban para conocer a la psicóloga y saber de qué forma se iba a trabajar con los pacientes.

Debido a la desconfianza que la persona adicta demuestra ante los demás durante las primeras sesiones de terapia, se les explicó sobre el programa a realizarse; al principio algunos de ellos mostraron resistencia pero conforme pasaban las semanas se mostraban realmente cómo eran; cómo ellos querían ser, no se les juzgó, ni señaló, ni se les obligó a hacer nada de los que ellos no se sintieran a gusto; porque la mayoría de los usuarios permanecían en la institución de manera involuntaria y se esperaba que las citas fueran desarrolladas de manera satisfactoria; presentándose de manera voluntaria.

Durante todas las sesiones terapéuticas por parte de la institución brindaron custodios, personas que cuidaban a la salida de la puerta de la clínica; aunque a primera instancia este acto no era más que por seguridad de la epesista; fue incómodo porque no se estaba brindando confianza de expresarse al paciente. En la primera consulta los usuarios asistían en ropa deportiva, calzado de tipo sandalias, por ser considerados peligrosos fuera de los áreas de aislamiento, en los cuales permanecían durante los primeros dos meses durante su estancia en la institución;

ingresaban con acompañante, eran presentados de manera directa con la epesista; conforme iban pasando las sesiones, los usuarios llegaban solos, ya podían utilizar vestuario a casual, cincho y calzado a su elección.

Una limitante durante este subprograma, como medida de seguridad, al inicio no era permitido brindar lápices ni crayones a los usuarios; porque el uso de sacapuntas era peligroso tanto para el usuario como para sus compañeros; durante el transcurso de las semanas era autorizado por parte de los líderes, posterior a una evaluación interna, la utilización de materiales como crayones, pinturas, plasticina, diferente tipos de papel por su tamaño, colores, texturas; sirviendo de apoyo para poder realizar actividades durante la sesión; el usuario al verse en este tipo de situación, sabia que atravesaba por un proceso de confianza y al mismo tiempo iba avanzando en su proceso de recuperación.

Con los adultos se estableció rapport el primer día de la sesión, mientras que con los adolescentes se estableció en la tercera y cuarta sesión; se mostraban más reservados, reprimiendo sus emociones y sentimientos; aparentan conocer todo y manejar bien la situación, comentando que no les importaba estar internados. Los resultados se fueron dando lentamente pero en la mayoría se obtuvo efectos positivos como: prestar más atención, realizar las tareas asignadas por parte de la institución, se reforzó la lectura y escritura; se identificaron y modificaron algunas conductas negativas: gritar, agresión a otros, desobediencia, por conductas positivas entre ellas: respeto, comunicación y tolerancia; esto también se debe a que el señor director estuvo en toda la disposición de colaborar y ayudar a los pacientes a superar las dificultades que presentaban cada uno de ellos. La mayoría de pacientes atendidos formaban parte de familias disfuncionales y fue evidente la falta de apoyo entre sí; en cuanto a los pacientes menores de edad y adolescentes, la

limitante fue que no hubo apoyo por parte de la mayoría de los encargados, padres o madres de familia, ni familiares; ésta situación dificultó el proceso terapéutico; porque sin este apoyo los jóvenes atendidos no tomaban la responsabilidad respectiva, se sentían abandonados u olvidados. Era preocupante escuchar a los encargados de los pacientes, que los catalogaban como rebeldes, que no estudian, ni trabajan, solamente eran una carga social y familiar, etc. Los papás creen que los hijos son los problemáticos y la culpa es de las madres de familia; las esposas de los usuarios consideran que la mala relación entre ellas y sus esposos, siempre es por culpa de la madre del paciente.

A través de las actividades, cuestionarios y hojas de trabajo; se indagó que en el paciente existen estímulos externos como personas, lugares y cosas; aunque estos pueden ser evitados, ellos consideran que es imposible en su totalidad, porque en la vida cotidiana son rodeados como por ejemplo amigos consumidores, discotecas o bares, reuniones e incluso familiares que también son consumidores; también existen estímulos internos que son representados por los estados fisiológicos o emocionales, que recuerda a los adictos las veces que han consumido, y ellos creen que para evitar estados ansiedad, o ideas falsas que mantienen acerca de las drogas y su uso; ellos asocian el placer que produce consumirlas y las consecuencias de como ellos creen necesitarlas para relajarse o utilizar la típica frase "en cuanto quiera dejo el cigarro" o "no soy alcohólico solamente tomé mucho". El paciente cree que existe una buena razón para utilizar las drogas o que no hay razón para mantenerse abstemio, dándose los llamados permisos, argumentando como lleva más de cuatro meses internos, es el momento oportuno, para en cuanto salga de la institución lo primero que hará es consumir y no sentir ningún sentimiento de culpa. Pero lamentablemente pasaba todo lo contrario, el paciente recae, lo

internan de nuevo; otra vez se siente fracasado y que ha perdido todo lo que había ganado, volviéndose en un círculo interminable.

#### **4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

El proceso del Ejercicio Profesional Supervisado, según la experiencia de la epesista le ayudó a aprender a vivir más de cerca la realidad de la persona dependiente a sustancias, esto contribuyó a sensibilizar y valorar el trabajo. La dificultad que se presentó durante este subprograma fue que muchas veces los usuarios no tenían con quien compartir lo que les sucedía, o simplemente se cerraban e ignoraban lo que emocionalmente atravesaban en ese momento; cuando se iniciaron los talleres en la institución, los usuarios mostraron su interés, pocas veces manifestaron su malestar, se identificaban con los temas, en las relaciones con sus esposas, parejas, hijos, etc.; a través de las charlas expuestas se comunicaban, expresaban e incluso identificaban entre ellos.

Aunque se dificultaba trabajar con algunos pacientes medicados, la mayoría de las ocasiones, trataban de poner de su parte, poniendo atención y participando; se les brindaron rompecabezas, crucigramas, sopas de letras y juegos de mesa, porque no podían sostener lecturas continuas como libros, hojas de trabajo, guías, cuestionarios; pero aún así se podían sentir parte de la actividad.

Fue enriquecedor integrar a los colaboradores y líderes en las actividades porque ellos eran un elemento fundamental, se les aplicaba primero a ellos las pruebas, cuestionarios, hojas de trabajo y si existían dudas sobre el trabajo a realizar, ellos podían anotar instrucciones para así darlas a la población en general; porque no había acceso directo con los usuarios en su totalidad; aunque las razones eran claramente específicas, que no todos los usuarios se encontraban en condiciones de recibir visitas fuera



del horario establecido; esto limitó la participación completa de los pacientes.

Al momento de citar a la familia o encargados; se presentaban hasta treinta minutos más tarde, se tomaba como medida reducir el tiempo de trabajo porque habían otros pacientes citados que esperaban ser atendidos a su hora, algunos empezaron a ser puntuales y otros se retiraban; al momento de notificarles la nueva cita, argumentaban que ellos no tenían tiempo para estarlo perdiendo. Esta limitante sirvió para comunicarles valores como la responsabilidad y la puntualidad. Aunque fueron pocos los padres de familia que dieron a conocer que los temas impartidos ayudaron a mejorar la calidad de vida en su hogar, otros que mencionaban que es muy difícil cambiar o mejorar las relaciones familiares, porque tienen la "costumbre" de educar a sus hijos de una forma autoritaria, indiferente o liberal.

#### **4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:**

En el subprograma de investigación se indagó las causas que motivaron a los usuarios, que pertenecen a la comunidad terapéutica, a depender de una sustancia; y cómo lo vive particularmente la familia; se buscó conocer los motivos que impulsaron al usuario a ser dependiente de alguna sustancia, ya fuera lícita o ilícita.

Los hallazgos identificados fueron, que la mayoría de las familias de los pacientes atendidos están desintegradas; la violencia intrafamiliar, el desempleo o el sobretrabajo de uno o ambos padres, las drogas y el alcoholismo por parte de otros miembros de la familia, la violencia social, la falta de interés por parte de los padres de familia; la inadecuada convivencia con el prójimo, pérdida de integración social; con estos

elementos se les hace difícil apoyarse entre sí o aprovechar los recursos comunitarios, centros de rehabilitación, grupos de apoyo y autoayuda, instituciones religiosas o de algún tipo para lograr así la calidad de vida que desean tener.

De los hallazgos arriba mencionados, cabe destacar, que se identificaron los tres principales que desencadenan las causas que motivaron a los pacientes a consumir, abusar y depender de las sustancias psicoactivas. Formar parte de una familia disfuncional o desintegrada; mencionaban los usuarios que esta situación les causaba angustia, al ver a sus madres luchar por salir adelante; ellos desempeñando un rol invertido, el de padre de familia; acumulando un grupo de tensiones, temores y odio hacia ellos mismos, al ver que no cumplían y no llenaban las expectativas de su propia familia; orillándolos a buscar pertenecer a otro tipo de "familia" o grupo en donde fuesen aceptados.

El segundo factor identificado fue la violencia intrafamiliar; pertenecer a un hogar en donde los golpes eran algo usual y común en su vida cotidiana; el maltratador abusaba físicamente de los integrantes de su propia familia; le causaba un dolor bastante grande, sentirse humillado de las manos de su propio progenitor, los impulsaba agarrar valor a enfrentarse a él; la manera mas fácil para ellos, era refugiándose en cualquier sustancia lícita o ilícita, escapando de su propia realidad.

El tercer factor predominante fue que uno o más miembros de su núcleo familiar también consumía; acá se pudo observar que la madre de familia, aceptaba e incluso ella misma apoyaba como agente de mantenimiento; argumentando que como su pareja sentimental, la había abandonado a ella y a sus hijos, prefería darle a su hijo y mantenerle el vicio para que él no la abandonara también, convirtiendo a su propio hijo en un

desobligado, olvidándose de sus responsabilidades o simplemente ignorándolas.

La comunidad terapéutica en años posteriores no ha contado con el servicio de psicología, la ausencia de este recurso ha incrementado ciertas necesidades que crea el usuario; un comportamiento desequilibrado en el cual se distorsionará la calidad de vida como persona; las necesidades observadas en el centro demandaron atención psicoterapéutica y con el propósito de ser parte de la promoción de la salud mental y de la orientación psicológica.

Los padres de familia viven en un mundo o en una situación en particular que no se dan cuenta que sus hijos los necesitan, y solo el hecho de que ellos hubiesen dado cuenta del grito de ayuda que piden sus hijos, haría el cambio en muchas de las conductas que a ellos como padres no les gustan, hablan de sus hijos como si fueran televisores que no funcionan, y los llevan con el técnico; en este caso la casa hogar; y quieren que se los arreglen. Los padres de familia todo el tiempo hacen comparaciones y dicen no entender cómo un hijo sí puede sobrellevar los problemas y otro no, esto es una falsa creencia que tienen; que todos somos iguales y que hay que soportar los problemas, en todo momento de su vida.

Lo que se observó en las personas de esta institución es que algunos usuarios cuentan con excelentes cualidades y facultades, buenos sentimientos y tratan de salir adelante; plantean proyectos a futuro, recuperar la confianza de sus seres queridos, reconstruir la familia; búsqueda de empleo entre otros planes; pero por su parte otros parece que se quedaron conformes con su estilo de vida y pareciera que así quieren seguir; se contó con diversidad de situaciones socioeconómicas, pero se observó que esto no interviene en lo absoluto, simplemente lo que

cambia es el tipo de sustancia y precio, pero de una forma u otra el usuario siempre consigue recursos para mantener su adicción.

#### **4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO**

En Guatemala existen pocas estadísticas en cuanto a la incidencia de drogas específicas; la mayoría de estudios que hay son investigaciones sobre las drogas en general y arrojan datos comparativos con respecto a las otras drogas.

Realizar el EPS en la comunidad, exigió integrarse a tiempo completo para conocer, interactuar con estas personas, que es algo que aporta mucho a la vida, el hecho de aprender a entender que no todos pensamos ni mucho menos actuamos igual, la empatía hacia las experiencias propias que cada persona manifestaba, permitió comprender que todos los seres humanos tienen reacciones distintas para cada situación, o también a su vez muy similares.

Se pudo comprobar las capacidades con las que cada persona cuenta, dejar atrás tantos señalamientos que la misma sociedad hace sobre las personas adictas, ya que todo mundo habla de ello, pero son pocas las personas que se acercan para conocer y comprender muchas de sus situaciones. El guatemalteco tiene la costumbre de ser muy prejuiciosos y hacer de menos a las demás personas, estigmatizando; está tan encerrado en sus propios problemas que no quiere ver los de los demás mucho menos escucharlos.

Los conocimientos que se recibieron en la formación académica fueron muy valiosos porque ayudaron como referencia, para conocer y entender muchas cosas, aunque también hay situaciones que los libros no enseñan a afrontar y ante todo porque antes de ser profesional se es un ser humano, el valorar y estar agradecida con lo que se tiene.

Varias familias que residen en esta colonia vienen de distintos puntos de la República de Guatemala; desarraigarse de su propio origen, el desempleo, sobretrabajo, economía, desatención de los padres hacia los hijos, la formación integral y otros factores psicosociales influyen en la conducta personal, familiar y social del individuo que llega a generar la violencia de cualquier tipo, porque no sabe cómo solucionar las dificultades que se le presentan constantemente, también se incluyen las familias que siempre han vivido en la ciudad capital pero que han tenido problemas para integrarse a la sociedad creen que la solución de problemas está en sus manos olvidando el derecho de las demás personas.

Cuando se les citaba a la familia o encargados; muchos de ellos manifestaron algunas veces su malestar con respecto a la institución, a veces se les exigía de su tiempo y ellas decían que tenían familia que atender y no podían estar descuidando sus hogares o trabajos por salir corriendo a la institución, aun cuando las normativas y reglamento de la institución lo requiere.

Las familias necesitan recobrar la confianza en sí mismos para mejorar a nivel personal, familiar y social a través de la sensibilización e ir satisfaciendo poco a poco sus necesidades básicas, aprovechando los recursos no solamente naturales, sino que también institucionales; una de las ventajas de esta colonia es que existen instituciones que ayudan a mejorar la condición de vida de las personas que tienen el deseo y la disposición de hacer un cambio, entre ellas están las Iglesias, Escuelas, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), Centros de Salud, Proyectos de la Municipalidad, Policía Nacional Civil, etc.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

##### **5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES:**

- La atención psicológica de cada uno de los usuarios, como de sus propias familias, es necesaria para tener en cuenta las diferentes necesidades que presenta cada individuo.
  
- El proceso terapéutico es un programa básico para mejorar la Salud Mental, que ayuda a resolver problemas que se presentan en la vida cotidiana de las personas que lo necesitan.
  
- Los usuarios demandan espacios de participación, para expresar sus necesidades e intereses, donde puedan interactuar entre sí, de manera sana y entretenida, aprovechando su tiempo libre.

##### **5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:**

- La mejor forma en la que un usuario pueda expresarse es a través de las terapias, porque desarrolla sus destrezas; exterioriza sus sentimientos y emociones sin ser señalado, o desvalorizado.
  
- Los pacientes atendidos depositan la confianza en la psicoterapeuta, para que les ayude a resolver problemas; no solamente de adicciones, sino que también personales, emocionales y sociales.
  
- Los pacientes sostienen la falsa creencias que tienen permiso de consumir sustancias psicoactivas al salir de la institución, ya que invirtieron parte de su tiempo en rehabilitación.

### **5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:**

- Los valores son un apoyo que se promueven en estas comunidades; ya que en su mayoría se han perdido o en algunos casos no han sido implementados.
- La participación de la familia es una responsabilidad y un derecho, en donde debe existir un apoyo y seguimiento del proceso terapéutico que se lleva a cabo en este programa.
- Los jóvenes tienen capacidad para aprender y transmitir la información en su entorno; cada vez que se adopte una metodología con base participativa; y se trabaje de acuerdo a las necesidades e intereses propios de la etapa de su vida.

### **5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN:**

- Formar parte de una familia disfuncional, violencia intrafamiliar y que uno o más miembros de su familia también consumía, fueron las causas que motivaron a los usuarios a depender de una sustancia psicoactiva.
- La poca participación por parte de los familiares de los pacientes atendidos, perjudica el tratamiento psicológico de los usuarios.
- La indiferencia del padre de familia ante la educación de sus hijos contribuye a que la madre cargue con toda la responsabilidad familiar.
- La actitud de los padres hacia sus hijos determina la conducta de los usuarios posteriormente, debido a los patrones de crianza aplicados.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

### **5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES:**

- Continuar con el servicio de EPS de Psicología, en la Comunidad Terapéutica Contacto, con el fin de minimizar los índices de consumo y abuso de sustancias lícitas e ilícitas.
- Realizar campañas de sensibilización, promoviendo la Salud Mental y la importancia del Rescate, que necesitan estos usuarios que abusan de las drogas.
- Trabajar con el personal de la institución, dándoles capacitaciones relacionadas sobre relaciones humanas, manejo de conflictos y trabajo en equipo.

### **5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO**

- Continuar con este programa de servicio para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los que residen en este tipo de instituciones, promoviendo la Salud Mental.
- Sensibilizar e involucrar a los padres de familia y encargados de los pacientes que son atendidos en el programa para obtener resultados más efectivos.
- Motivar la disposición de colaborar, participar y modificar actitudes negativas en los adultos que afectan especialmente a los pacientes que están en pleno proceso de rehabilitación.



### **5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

- Establecer normas de convivencia y aprovechar los acontecimientos que surjan en el centro; para resaltar la importancia de los valores y el fortalecimiento de los mismos.
- Continuar con el proceso de capacitación sobre diferentes temas de suma importancia para los usuarios y sus familias.
- Motivar a los colaboradores con diferentes actividades como educativas y recreativas para una mejor relación durante su estancia en la institución.
- Ampliar el programa preventivo desde las escuelas comunidades para el desarrollo y formación integral del niño para evitar consumos desde tempranas edades.

### **5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Buscar la forma en la que se pueda impartir temas de ayuda a los padres de los usuarios; con el fin de involucrarlos en el proceso de una forma integralmente y apoyar a sus hijos durante el proceso de rehabilitación.
- Realizar actividades en conjunto, con sus encargados, donde canalizan y enfocan la energía que poseen de manera positiva para el aprovechamiento del tiempo libre.
- Capacitar a los padres de familia para aceptar y promover un cambio de actitudes así buscar la aceptación de la enfermedad de sus hijos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Bernal del Riesgo, Alfonso (Dr.). "ERRORES EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS". La Habana Cuba. Editorial La Oveja Negra Ltda., Bogotá. 140 Págs.

Bellak, Leopold, "MANUAL DE PISCOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA". Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México. 1983. 58 Págs.

Cooperación Técnica Alemana. "VIOLENCIA JUVENIL: EPIDEMIOLOGÍA Y MARCO CONCEPTUAL. INSTITUCIONES RESPONSABLES: PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE". Lima, Perú; Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos; Pontificia Universidad Católica de Chile.

Corsi, Jorge. "VIOLENCIA FAMILIAR". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Evaluación de necesidades para un programa contra el uso de drogas en Guatemala. Aid/development Assoc. Inc. 1990

García, Manuel y Nidia Suazo, "MANUAL DE PATRONES DE CRIANZA" CHILDHOPE. Biblioteca ECP. USAC.

González Rey, Fernando Luis. "INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA". Editorial Thomson. México. 2000. 122 Págs.

González Rey, Fernando. "SUJETO Y SUBJETIVIDAD". Editorial Thomson. México. 2002. 248 Págs.

Hernandez, Sampieri. "METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN". Editorial Mc Graw-Hill. México. 2003. 705 págs.

International Narcotics Control Board; Report 2003, United Nations, New York, 2004.

Martín-Baró, Ignacio. "ACCIÓN E IDEOLOGÍA: psicología social desde Centroamérica". UCA. El Salvador. 1983.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL". Programa Nacional de Salud Mental. Guatemala. Junio 2008. 71Págs.

Morales Calatayud, Francisco. "INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD." Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Offor D; Bennett K. Prevention: En: "CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY". Rutter M y Taylor E, eds. 4th Edition. Blackwell Publishing. India. 2004.

PRONICE. "LA TERNURA VALE MÁS QUE MIL GOLPES, LOS PATRONES DE CRIANZA PARA LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS". Guatemala. 2001

Quinto Barrera, See King Emilio (Dr). "EI MODELO COGNITIVO: LA PSICOTERAPIA". Guatemala. 2002. 78 Págs

Un estudio para Identificar Comportamientos de Riesgo y Necesidades de prevención de VHI en Centros de Tratamiento de Drogadicción en las Ciudades de Guatemala y San Salvador.

UNICEF. UNIFEM OPS/OMS/FNUAP. "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR HACIA LA MUJER". Guatemala. 1993.

### Referencias Bibliográficas virtuales

[www.cicad.oas.org/Fortalecimiento\\_Institucional/eng/National%20Plans/Guatemala.PDF](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/eng/National%20Plans/Guatemala.PDF)

[www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/mg.htm](http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/mg.htm)

[www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=897](http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=897)

[www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/wdr08\\_execsum\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/wdr08_execsum_spanish.pdf)

[www.violenciaintrafamiliar.cl](http://www.violenciaintrafamiliar.cl)