

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y  
RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE  
REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS".**

**LUIS ADALBERTO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ**

**GUATEMALA, JULIO DE 2,011.**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y  
RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE  
REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS”.

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

POR

LUIS ADALBERTO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO

GUATEMALA, JULIO DE 2,011.

# **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.252-2009  
DIR. 1,140-2011

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

04 de julio de 2011

Estudiante  
**Luis Adalberto Rodríguez Hernández**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL CIENTO DIECISEIS GUIÓN DOS MIL ONCE (1,116-2011), que literalmente dice:

**"MIL CIENTO DIECISEIS:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Luis Adalberto Rodríguez Hernández**

CARNÉ No. 2004-16241

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 ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour L...  
DIRECTOR INTERINO



/Zusy G.



**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

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC

**RECIBIDO**  
27 JUN 2011

FIRMA: *[Signature]* HORA: 18:50 Registro: 252-09

Reg. 252-2009  
EPS. 057-2009

21 de junio del 2011

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Infomo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- Luis Adalberto Rodríguez Hernández, carné No. 200416241, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS."**

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

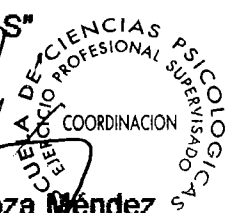
Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Domingo Romero Reyes, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*[Signature]*

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. 252-2009  
EPS. 057-2009

15 de junio del 2011

Licenciado  
**Rafael Estuardo Espinoza Méndez**  
Coordinador de EPS  
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 **Luis Adalberto Rodríguez Hernández**, camé No. **200416241**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS."**

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 ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Domingo Romero Reyes  
Revisor  
USAC

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
REVISOR  
USAC

/Dg.  
c.c. Expediente



**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. 252-2009

EPS. 057-2009

17 de enero del 2011

Licenciado  
Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Coordinador de EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Luis Adalberto Rodríguez Hernández, camé No. 200416241, titulado:


**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN EL HOGAR DE REHABILITACIÓN LA LUZ DE JESÚS."**

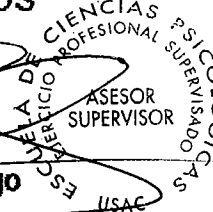
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

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.252-2009

CODIPs.812-2009

De Aprobación de Proyecto EPS

20 de mayo de 2009

Estudiante

Luis Adalberto Rodríguez Hernández

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO OCTAVO (28º) 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:

**“VIGÉSIMO OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILÍCITAS EN LA CASA HOGAR LA LUZ DE JESÚS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**LUIS ADALBERTO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ**

**CARNÉ No. 200416241**

Dicho proyecto se realizará en la zona 1, ciudad capital, asignándose al Sr. Rolando Ariola Castillo, 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.



Hogar de Rehabilitación  
Alcoholismo y Drogadicción



Guatemala, Junio de 2,011

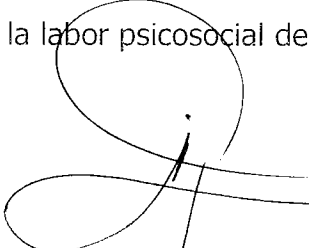
Licenciado Estuardo Espinoza  
Coordinador Ejercicio Profesional Supervisado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala.


Respetable Licenciado:

Por este medio lo saludamos con el deseo que sus actividades sean del todo exitosas.

El motivo de la presente es para informarle que el estudiante, Luis Adalberto Rodríguez Hernández con número de carné 200416241, realizó satisfactoriamente el Ejercicio Profesional Supervisado durante el ciclo 2,009 en el hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús", en Santo Tomás Milpas Altas de la granja Basel km 35, municipio de Sacatepéquez, con el trabajo titulado: ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y RECAIDAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS ILISITAS EN EL HOGAR DE REHABILITACIÓN "LA LUZ DE JESÚS".

Esta institución agradece la labor psicosocial desarrollada por el estudiante.

  
Rolando Arriola.  
Director.



Santo Tomas Milpas Altas Casa No.42  
Teléfonos 54038826-40268135  
Laluzdejesus.gt@hotmail.com  
www.hogarlaluzdejesus.org

## ACTO QUE DEDICO

A DIOS	Por su Gracia y una Salvación tan grande por medio de su hijo Jesucristo.
A MI APOSTOL	Dr: Sergio Enríquez Oliva, mi padre espiritual.
A MIS PADRES	Gregorio Rodríguez, en la presencia del Señor, a mi madre María Teresa Hernández por su fe.
A MIS HERMANOS	Amparito, Daniel y Jorge, con mucho cariño.
A MI ESPOSA	Por sus virtudes y talento para ser una comprensiva esposa, quien me apoyó en todo tiempo, todo mi amor para ella.
A MIS HIJOS	Luis Adalberto, Karen Lizeth, Oliver Estuardo, Daniel Jonathan, Vagny Josué, Jorge Kevin, bendiciones para ellos.
A LA ESCUELA PROFETICA	Por su enseñanza
A MIS COMPAÑEROS	Jennifer Gasparico, Heleana García, por su apoyo en la lucha.
A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA	
A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS	
AGRADECIMIENTOS	A la casa de restauración "La Luz de Jesús" especialmente a su Director Señor Rolando Arriola, por su incondicional esfuerzo y apoyo.
A PROFECIONALES	Lic Rene Abrego, Lic Rafael Estuardo Espinoza, Lic Domingo Romero, por su apoyo y orientación.

## INDICE

	Pag
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
Capitulo I	
ANTECEDENTES	
1.1 Monografía del Lugar	01
1.2 Descripción de la Institución.	02
1.3 Descripción de la Población Atendida.	04
1.4 Planteamiento del Problema.	05
Capitulo II	
REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO.	
2.1 Marco Referencial	07
2.2 Objetivos.	35
2.2.1 Objetivo General.	35
2.2.2 Objetivos Específicos	35
2.3 Metodología del Abordamiento.	36
2.3.1 Subprograma de Servicio.	36
2.3.2 Subprograma de Docencia.	38

2.3.3 Subprograma de Investigación.	39
-------------------------------------	----

### Capitulo III

#### PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS.

3.1 Subprograma de Servicio	41
3.2 Subprograma de Docencia.	45
3.3 Subprograma de Investigación.	48

### Capitulo IV

#### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Subprograma de Servicios	54
4.2 Subprograma de Docencia	57
4.3 Subprograma de Investigación.	59
Análisis de Contexto.	61

### Capitulo V

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	62
5.1.1 Conclusiones Generales	63
5.1.2 Subprograma de Servicio	63
5.1.3 Subprograma de Docencia	64
5.1.4 Subprograma de Investigación	64
5.2 Recomendaciones.	
5.2.1 Recomendaciones Generales	64
5.2.2 Subprograma de Servicio	65
5.2.3 Subprograma de Docencia	65
5.2.4 Subprograma de Investigación	66
BIBLIOGRAFÍA	67
GLOSARIO	68
ANEXOS.	73

## RESUMEN:

El Ejercicio Profesional Supervisado se describe en este informe final. Durante el proceso se trabajaron programas de atención y prevención psicológica dirigidos a pacientes que padecen de alguna drogodependencia, a través de diversas estrategias, técnicas y actividades psicoterapéuticas, en donde se involucró a familiares de los afectados, líderes de grupos y personal del hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús".

Los subprogramas que se trabajaron fueron los siguientes:

**Servicio:** Atención psicológica a los pacientes, con programas de prevención, programa de seguimiento ambulatorio para evitar recaídas, aplicación de psicoterapias a pacientes individuales y aplicación cine foro grupales.

**Docencia:** Se hizo énfasis en la aplicación de talleres para líderes y personal del centro, a través de una participación individual y colectiva, que incluyó los siguientes temas: "Cómo trabajar en grupo", Autoestima, Valores, La familia, Qué es la Adicción. Los familiares de los pacientes también se involucraron en el programa para reforzar dentro y fuera del centro, la prevención. Talleres para relajación dirigido al personal del centro de rehabilitación, para aplicarse a los pacientes de nuevo ingreso.

**Investigación:** A través de las diversas técnicas que se utilizaron para recabar información, se identificó la diversidad de formas de consumo que se genera en nuestro país, identificación de los fenómenos psicosociales que intervienen en la problemática, los efectos psicológicos que alteran la conducta.

## INTRODUCCIÓN

La Universidad de San Carlos a través de la Escuela de Ciencias Psicológica inicia en el año 2008 el primer curso Taller de Adicciones dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas, y es donde se despierta la inquietud por darle seguimiento al tema psicosocial de las adicciones; se invita a los directores de centros de rehabilitación para alcohólicos y adictos que operan en la ciudad, a participar dentro del plan piloto sobre la intervención psicológica y las adicciones en sus respectivos centros de tratamiento. Se les ofrece un servicio de EPS y un plan de práctica supervisada, a lo cual los directores acceden evidenciando el deseo de la intervención inmediata. Ante la demanda de dicha solicitud, se diseña un programa de capacitación propedéutico que permite preparar a los epesistas, técnica y científicamente para la realización de EPS. En respuesta a la convocatoria realizada por la Escuela de Psicología, el hogar de rehabilitación La luz de Jesús solicita estudiantes de EPS.

El presente Ejercicio Profesional Supervisado, se realizó para atender a la población afectada, en el hogar La Luz de Jesús. Se les brindó programas de atención psicológica a los ingresados sujetos a los programas establecidos por la casa de rehabilitación que comprendía 90 días de atención para la desintoxicación. Se trabajó individual y colectivamente con terapias de relajación, cine foros y diversos talleres, que brindaron al afectado una mayor comprensión de su problemática adictiva. De igual forma se atendió a los familiares como codependientes de los pacientes internos, con charlas relacionadas a las situaciones psicosociales y familiares que involucran a los afectados.

## CAPITULO I ATECEDENTES.

### 1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR.

Santa Lucia Milpas Altas, Municipio del Departamento de Sacatepéquez, se encuentra localizado a 34.5 Km. De la Ciudad Capital y a 8 de la Cabecera Departamental Antigua Guatemala. Se encuentra organizado de la manera siguiente: Aldea Santo Tomás Milpas Altas, Colonia Santa Isabel, Colonia Seis de Enero. Aldea La Libertad, Parcelamiento Santa Rosa, Colonia El Paraíso, Colonia San José Las Cañas, Caserío El Triunfo, Asentamiento La Pinada.

La Aldea Santo Tomás Milpas Altas, se desconoce por el momento, quién fue su fundador, pero se le atribuye a Francisco de Monterroso. Sus primeros habitantes procedían del vecino municipio de Magdalena Milpas Altas, Villa Nueva, Amatitlán y en menor escala de otros lugares del interior de la República. No se encuentran rasgos de algún grupo étnico en forma definida, no se habla ningún idioma indígena, ni se viste traje típico.

El acceso a la Aldea Santo Tomás es por vía carretera proveniente de la ciudad capital que conduce a la ciudad de La Antigua Guatemala, retornando por dicha carretera su principal acceso es por la entrada principal al parque Ecológico "Florencia", situado en un terreno plano, el clima es frio, abundante agua, que viene de la montaña llamada Magdalena; hay un acueducto de ladrillo y varias pilas con sus lavaderos. Se cultivan cereales, legumbres y la mayor parte de sus habitantes trabajan en las fincas.

La aldea de Santo Tomás Milpas Altas cuenta con una alcaldía que vela por sus habitantes y con sus servicios necesarios: Calles asfaltadas de



fácil acceso, Puestos de Salud, Estación de Policía, Escuelas Públicas de primaria y secundaria, colegios privados, Mercado Municipal, Centros Comerciales, Parque, Iglesia Católica, iglesia Evangélica, la comunidad está muy bien organizada con comités pro-mejoramiento y de festejos, celebran su fiesta titular del 16 al 22 de diciembre en Honor a Santo Tomás Apóstol.

El Crecimiento de la Aldea ha sido desmesurado en los últimos años, siendo necesario la creación de colonias habitacionales privadas por demandas de viviendas, se están creando complejos habitacionales a lo largo de la entrada y salidas principales, creándose nuevas zonas con nomenclaturas municipales.

## 1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.

El Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), fue realizado en "El hogar de rehabilitación La Luz de Jesús", ubicado en la Aldea Santo Tomás Milpas Altas, casa # 42 de la granja Basel, kilometro 35. Dicho centro nace el 1 de febrero de 2006, dirigido por el señor Rolando Arriola Castillo quien es su fundador, con el propósito de brindar tratamiento para personas con problemas de Alcoholismo y Drogadicción, de género masculino, inicia en la 13 avenida 5-14 Zona 2 de la ciudad capital, durando un período de 11 meses en ese lugar, el 31 de diciembre del mismo año se traslada a la 13 Calle 0-54 de la Zona 1 de esta ciudad capital, posteriormente se traslada en el mes de agosto del 2,009 a Santo Tomás Milpas Altas, donde actualmente se ubica.

La casa hogar alberga alrededor de 25 a 30 pacientes, cuya finalidad es rehabilitarlos para reinsertarlos a la sociedad como entes productivos. Una de las características de este centro de rehabilitación, es su filosofía como herramienta terapéutica que consiste en proporcionar al referido

charlas iniciales de doctrina espiritual basado en la relación Dios y hombre que tiene un período de duración consecutivo de 90 días como mínimo, pudiéndose extender, dependiendo de la necesidad o voluntad del paciente. Dicha casa cuenta con amplios espacios y un ambiente acogedor, área verde donde el paciente puede meditar, respirar aire fresco y puro puesto que está rodeada de bosques y áreas de siembra que forman un clima muy fresco.

Dentro de la estructura administrativa cuenta con:

- Una dirección general administrativa,
- Contador.
- Servicio Médico.
- Secretaría.
- Cocineros.

Las instalaciones cuentan con sus servicios básicos, cocina, comedor, dormitorios, baños, y un área amplia de recreo, contribuyen además grupos de apoyo como iglesias cristianas que colaboran con charlas de género espiritual.

Dentro de los servicios prestados por El Hogar de rehabilitación, están: Desintoxicación, evangelización, adjudicación de responsabilidades, cargos específicos ocupacionales dentro del centro para los pacientes como parte de la terapia, cargos específicos fuera del centro con supervisión, terapias psicológicas individual y grupal.

Existen servicios de atención ajenos a la institución pero que están obligados a atender por mandato de La Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –SECCATID- por lo que se atendió a personas con problemas de conducta Y abandono.

### 1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

El EPS, se ejecutó con población de género masculino de 18 a 78 años originarios de distintas zonas de la ciudad capital como de algunos departamentos del país, por problemas de alcoholismo en su mayoría así como problemas con otras drogas, dentro de ellas inhalantes, mariguana, cocaína, crack o piedra, poli consumo, entre otras.

En su mayoría son personas de familias de escasos recursos, procedentes de familias disfuncionales, con gran carga psicosocial, padres solteros, divorciados, abandonados, desempleados. Para la mayoría de la población atendida ha sido difícil salir adelante por las condiciones que conlleva la problemática de las adicciones, dificultad para establecer una estabilidad laboral, familiar y social, se sienten rechazados por la sociedad; por la misma situación en la que viven presentan signos de ansiedad, estrés, depresión y poca tolerancia a la frustración; por ello buscan en el alcohol y las drogas, la aparente solución o evasión a sus problemas. Los familiares les visitan con frecuencia y también son atendidos con charlas relacionadas a la problemática familiar y las adicciones.

El centro cuenta con varios grupos de ayuda provenientes de iglesias evangélicas, quienes brindan a los pacientes acompañamiento de tipo espiritual, así como grupos de Alcohólicos Anónimos.

Manifiesta su director que los pacientes requieren del servicio psicológico individual y grupal, es por ello que abre la institución para darle la bienvenida a este tipo de servicio.

#### 1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El problema principal que se ha detectado en la mayoría de los centros de atención a los adictos y alcohólicos, es la falta de atención y tratamiento psicológico, la carencia de programas de atención psicoterapéutica que beneficien al paciente, a las familias afectadas que se convierten en codependientes de igual forma las comunidades.

Los factores económicos de la población guatemalteca no permiten que las instituciones que brindan este apoyo de la prevención contra las adicciones y el alcoholismo se puedan desarrollar y no sobreviven, puesto que están sujetas a donaciones esporádicas. Esta carencia frena el objetivo tanto de la prevención como de la abstinencia, puesto que el mantenimiento por paciente suele ser de alto costo. Estas instituciones albergan una cantidad considerable de pacientes y se ven obligados a atender hasta donde les sea posible a su población, o su factor económico le permita, mermando de esa manera la efectividad de la abstinencia como de la prevención, provocando de esa forma las recaídas. La mayoría de las instituciones en Guatemala desconocen los programas psicológicos y se basan en los programas de A.A para aplicarlos en sus terapias que durante muchos años les han sido efectivas, sin embargo, la cultura psicológica (interpretéese como la aceptación de la Psicología en la cultura) va avanzando poco a poco para revertir y optimizar la psicoterapia de las adicciones.

Dada la complejidad de la conducta adictiva, que es fundamentalmente consecuencia de un proceso de mala adaptación al ambiente en que se vive (donde son de capital importancia los factores psicosociales), sólo pueden establecerse terapias que sean efectivas desde un conocimiento profundo de esta patología. Hoy día está admitido que en las adicciones, sean químicas o no, están entrelazadas variables biológicas, ambientales

y socioculturales, sobre las que no siempre tiene control el individuo. Ya que la mayoría de los conocimientos obtenidos tanto de estudios clínicos como experimentales se refieren a las adicciones químicas, la mayor parte de esta materia está centrada en la problemática de las drogodependencias.<sup>1</sup> A este respecto se sabe que los factores biológicos son importantes porque median en la vulnerabilidad o la resistencia individual a la drogadicción, así como en los riesgos asociados de dependencia y abuso. Los factores psicológicos son igualmente importantes porque se sabe que el riesgo de convertirse en un sujeto adicto está influido por las creencias personales de los sujetos, sus expectativas y sus atribuciones sobre los efectos de las drogas psicoactivas. Los factores socioculturales también son importantes, pues se sabe que las disfunciones familiares incrementan el riesgo de caer en la drogadicción. De igual modo, la pertenencia a grupos determinados aumenta el riesgo de abuso de drogas debido a la presión de los amigos sobre pautas de comportamiento que se consideran esenciales para la pertenencia al mismo.

---

<sup>1</sup> NIDA National Institute On Drug Abuse

## CAPITULO II

### REFERENTES TEÓRICOS METODOLÓGICOS.

#### 2.1 ABORDAMIENTO CIENTÍFICO TEÓRICO METODOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS

En el campo de La Salud Mental menciona, entre otras cosas, Elvio Sisti en su libro Salud mental de base. "Al sector de la salud mental lo llamamos salud mental base, entendiendo como tal la estrategia de estimular a las personas para que alcancen un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades que a su vez las capacite psicológicamente para enfrentar su problemática objetiva"<sup>2</sup>.

Las múltiples disciplinas y metodologías así como los modelos operativos que conlleva las adicciones en el medio social guatemalteco están plagadas de intervenciones que buscan satisfacer la necesidad inmediata del paciente como de su entorno familiar y laboral, es decir que el adicto salga de su estado de abstinencia y deje la bebida para caer de nuevo en ese círculo. La pretensión de La Salud Mental Base es precisamente el estímulo del alcance del nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades pero que los capacite psicológicamente para enfrentar sus problemas. Regularmente el adicto no tiene satisfacciones dentro su grupo primario (familia, seres queridos), ni satisfacción secundaria, (laborales, estudiantiles, sociales), mucho menos psicológica, convirtiéndose la intervención terapéutica en un paradigma psicosocial de múltiples aristas. Agrega de nuevo Elvio Sisti "La Salud Mental Base significa una combinación interdisciplinaria de metodologías y modelos operativos. Tiene por objeto dar respuestas integrales a las dinámicas psicosociales que afectan a comunidades determinadas y fortalecer la capacidad de relaciones satisfactorias en los grupos más pobres en poder interactivo para alcanzar un nivel mínimo de calidad de vida.

---

<sup>2</sup> Sisti Elvio "Salud mental de base", Editorial UCA 1995, pag 26-27.

Como ejemplo de dicha salud mental de base se desarrolló un proyecto en una ciudad de Uruguay, en una institución de intervención adictiva llamada Casa Keirós, la cual ofrece resultados muy positivos que bien pueden ponerse a prueba en nuestro entorno social. Dice el programa entre otras cosas:

*"El contexto social estaba atravesado por la eclosión (aparición) del consumo de pasta base de cocaína, llevando rápidamente a un gran deterioro físico y mental, violencia, inmediatez y en la gran mayoría de los casos marginalidad más allá del nivel sociocultural. Saturación de plazas de tratamiento, dificultades económicas de las instituciones y de la población, desempleo, desacreditación del modelo de Comunidades Terapéuticas, en el contexto general y fundamentalmente por parte del Estado. Otro de los agravantes ha sido la inexistencia de convenios con la red de salud privada – mutualistas.*

*Fue planteada como experiencia piloto ya que no existían en nuestros medios programas similares. Tampoco contábamos con financiación que le pudiera dar sustento a largo plazo. Estos hechos nos llevaron a elaborar una propuesta que marcara un perfil diferente y diera respuesta a las carencias de la red asistencial. El modelo de residencia breve podría constituir una alternativa paralela o complementaria a los 4 modelos de Comunidades Terapéuticas existentes y a las internaciones psiquiátricas, generando así un espacio para quienes cursaban distintas problemáticas vinculadas a la salud mental relacionadas con el consumo de drogas. "Brevedad de residencia" no es sinónimo de brevedad de tratamiento, sino que este tiempo constituiría el primer eslabón para enfrentar la problemática, entenderla y buscar las herramientas terapéuticas apropiadas.*

*Por todo lo antedicho la residencia breve era más fácil de visualizar, concretizar. Cumple con la urgencia a la vez que evita la marginación y estigmatización. Llega a constituir un tiempo de acogida desalienante a la vez que alienta a seguir con los procesos de socialización que ya se hubieran construido. Por otro lado con grado de motivación no muy claro, este tipo de propuesta limitada en el tiempo fue más fácil de aceptar. La inmediatez de la vivencia temporal del adicto, se acentuaba en el consumo de pasta base.*

*Apostamos inicialmente a una residencia de 28 días, para que una vez visualizada la situación, la misma familia y el residente tuvieran la opción de ampliar la estadía, y así sucedió en algunos casos*

*Propuesta terapéutica: Desde lo individual se aportaron espacios psicológicos terapéuticos dos a tres veces a la semana, con un terapeuta a cargo de cada persona. Desde el primer día se promovió que las personas pudieran enfrentarse con la historia personal reconstruyendo a través de la línea de la vida, su "historia vital" (Elizabeth Lukas, 1994). Elaborar heridas, mentalizar situaciones conflictivas, vivenciar experiencias vinculares de sostén afectivo, obteniendo un mayor conocimiento de sí mismos y posibilitando aceptarse en la dificultad para desde allí generar cambios.*

*A nivel grupal se trabajó en forma de grupos participativos con distintas dinámicas, sobre temas vinculados al consumo, temores internos, familia, secretos, relaciones interpersonales, mitos, fracasos, autoestima. Con fuerte énfasis en prevención de recaídas. Gimnasia, caminatas, actividades recreativas, juegos,*



*TV, videos, música de interés, favorecen el disfrute de las cosas sencillas.*

*Cada residente debía encargarse semanalmente que se evaluaba en una reunión de trabajo en la cual participaban los integrantes de la chacra y presidida por el encargado de la producción.*

*A nivel familiar se brindaron dos espacios: A) Sesiones externas entre la familia del participante y el terapeuta, tenía como objetivo central que se pudieran reconocer como parte del problema y futuras soluciones. Revisión de los roles y esclarecimiento de las normas y límites. B) En el local de la residencia, en reuniones conjuntas con la familia y el residente se planteaba lograr modificaciones en la convivencia diaria, reorganizando las actividades futuras. Un elemento central fue el esclarecimiento de sentimientos y pensamientos "no dichos" y secretos.*

*Con respecto a la dimensión social, desde el ingreso, se trabajaron las posibilidades de inserción social, laboral o educativa. Perspectivas que fueron claves a la hora de tener que pensar en construir proyectos saludables y estilos de vida realistas de acuerdo a la necesidad y formación de cada participante.*

*La dimensión espiritual estaba presente en la cotidianeidad, buscando y encontrando el sentido en cada actividad, llevando a la realidad los valores de la Comunidad Terapéutica: solidaridad, respeto, responsabilidad, participación, apertura, amor responsable.*

*Fueron particularmente importantes las reflexiones sobre el sentido de la culpa, el dolor, la muerte. El tomar una actitud sana frente a las propias limitaciones, aceptándolas y trascendiéndolas.*

*De esta manera el consumo y la patología previa se integran a la vida no quedando como algo oscuro que solo se deba modificar sino que incluso lleve a ayudar a otros que pasan por la misma situación.*

## **RESULTADOS**

*En lo familiar, la mayoría de los residentes optaron por vivir en distintos hogares.*

*Se produjeron recaídas con connotaciones distintas: una disminución del daño real con sus cuerpos o hacia los otros. En cuanto a la meta psicología el fortalecimiento yoico permitió una mejor conciliación entre el superyó y el ello. Expresando cambio en sus conductas y estados de ánimo.*

*En lo educativo-laboral, aparecieron las mayores dificultades en cuanto a la permanencia y calidad. Estas variantes tienen que ver con las graves carencias de la red existente en nuestro país, en materia de trabajo protegido.*

*En lo social, la vinculación con pares y ampliación de redes afectivas se mantuvieron las dificultades para nuevas relaciones sociales con grupos de no consumidores.*

*En la esfera sexual han entablado vínculos menos promiscuos y aparecieron intentos de formar pareja estable.*

*En la esfera existencial, una mejor comprensión del lugar de la patología y la salud en su historia de vida, capacidad de tomar distancia de lo vivido para asumir opciones responsables, un*

*aumento de la motivación hacia el cambio para el logro de realizaciones de sentido en su vida, experiencias de perdón y reconciliación consigo mismos y con los demás, cambios en la concepción de su propia vida y escala de valores”.*<sup>3</sup>

**LA NEUROCIENCIA:** se ocupa de todas las funciones del sistema nervioso, y en especial del cerebro. Las sustancias psicoactivas tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el humor y el pensamiento.

*Consumo de sustancias ilícitas:*

Los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) muestran grandes decomisos de cocaína, heroína, cannabis y estimulantes del tipo de las anfetaminas en diferentes partes del mundo. La disponibilidad de la cocaína, la heroína y el cannabis depende de la extensión de su cultivo en los países productores, y del éxito o fracaso de las organizaciones de traficantes. No obstante, incluso con mayores actividades policiales, parece que siempre habrá bastante para suministrar a los consumidores.

*Consecuencias adversas de las sustancias psicoactivas y sus mecanismos de acción*

Generalmente las personas consumen sustancias psicoactivas porque esperan beneficiarse de su consumo, incluido el social, se ha obteniendo placer o evitando el dolor. Pero el consumo también es potencialmente nocivo, sea a corto plazo o a largo plazo. Los principales efectos nocivos del consumo de sustancias pueden dividirse en cuatro categorías. En primer lugar, tiene efectos crónicos sobre la salud. En el caso del alcohol, esto incluye la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas; en el caso del tabaco consumido en forma de cigarrillos, el cáncer de

---

<sup>3</sup> Keiros@asinet.com.uy Información adquirida.

pulmón, el enfisema y otras enfermedades crónicas. Debido al uso compartido de agujas, el consumo de heroína inyectada constituye un importante medio de transmisión de agentes infecciosos, como el VIH y en varios países los virus de las hepatitis B y C. En segundo lugar, las sustancias tienen efectos a corto plazo sobre la salud biológica; en el caso de los opioides y el alcohol destacan las sobredosis.

También se incluyen en esta categoría las muertes debidas a los efectos sobre la coordinación física, la concentración y el juicio en circunstancias en las que estas cualidades son necesarias, grupo en el que destacan las muertes por conducir bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, pero también se incluyen otros accidentes, los suicidios y, al menos en el caso del alcohol, las agresiones. La tercera y cuarta categorías de efectos nocivos comprenden las consecuencias sociales adversas del consumo de sustancias, esto es, problemas sociales agudos, como la ruptura súbita de relaciones o los arrestos.

#### *Mecanismos cerebrales: neurobiología y neuroanatomía*

El cerebro está altamente organizado en varias regiones diferentes con funciones especializadas. La región conocida como rombo encéfalo contiene estructuras vitales para el mantenimiento de la vida, como los centros que controlan la respiración y la vigilia. El mesencéfalo es una región que contiene muchas zonas importantes para comprender la dependencia de sustancias, pues están implicadas en la motivación y el aprendizaje de importantes estímulos ambientales, así como en los comportamientos reforzadores que tienen consecuencias placenteras y de mantenimiento de la vida, como el comer y el beber. El pros encéfalo es más complejo, y en los seres humanos la corteza cerebral pros encefálica está muy desarrollada para posibilitar la capacidad de pensamiento abstracto y planificación, la asociación de ideas y la memoria. Con las técnicas de visualización del cerebro se han

identificado regiones específicas del pros encéfalo que son activadas por estímulos que inducen el deseo compulsivo de consumir la sustancia en personas con dependencia, y otras que funcionan de forma anormal tras el consumo agudo o crónico de sustancias, así como en la dependencia.

En el cerebro la comunicación tiene lugar entre células individuales las neuronas que se comunican entre sí a través de mensajeros químicos liberados en las sinapsis. Cuando se excita una neurona, ésta envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular, a lo largo de un proceso alargado, llamado axón, que puede ser relativamente corto cuando conecta con neuronas cercanas, o muy largo cuando se comunica con otras regiones cerebrales. Al final del axón se encuentra el botón terminal. Para comunicar el mensaje desde el botón terminal de un axón a la neurona siguiente hay que cruzar un espacio, conocido como sinapsis o hendidura sináptica. La neurona que envía el mensaje, la neurona pre sináptica, libera mensajeros químicos hacia la neurona receptora, pos sináptica. Estas sustancias químicas, llamadas neurotransmisores, tienen estructuras y funciones específicas en función al receptor bloquea la función normal se conocen como antagonistas físicas, y el tipo de neurotransmisor liberado depende del tipo de neurona. Entre los neurotransmisores mejor estudiados que son importantes en lo que respecta a las sustancias psicoactivas se encuentran la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, el ácido aminobutírico (GABA), el glutamato y los opioides endógenos.

El cerebro contiene docenas de tipos diferentes de mensajeros químicos. Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico, como una llave entra en su cerradura. La unión del neurotransmisor al receptor puede producir varios cambios diferentes en la membrana postsináptica. Los receptores se denominan según el tipo de

neurotransmisor al que se unen preferentemente (por ejemplo, los receptores de dopamina y los receptores de serotonina). También hay muchos subtipos de cada tipo de receptor. Las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, o endógenos, o interferir la función cerebral normal, bloqueándola, o alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. Un mecanismo importante a través del cual actúan las sustancias psicoactivas consiste en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor tras su liberación por la terminación presináptica. La recaptación es un mecanismo normal mediante el cual el transmisor es eliminado de la sinapsis por la membrana presináptica. El bloqueo de la recaptación exagera los efectos normales del neurotransmisor. Las sustancias psicoactivas que se unen a los receptores y aumentan su función se conocen como agonistas, mientras que aquellas cuya unión al receptor bloquea la función normal se conocen como antagonistas.

*La dependencia como proceso de aprendizaje en el que se ven implicadas regiones cerebrales clave*

El desarrollo de la dependencia puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que las interacciones entre las sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas producen cambios de conducta perdurables. Una persona toma una sustancia y experimenta un efecto psicoactivo que es muy recompensante o reforzante y activa circuitos cerebrales que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita.

No obstante, por sí solos, los efectos recompensantes no bastan para explicar por qué algunas sustancias psicoactivas pueden producir todos los comportamientos asociados con la dependencia. Del mismo modo, la dependencia física de las sustancias, puesta de manifiesto por los

síntomas de abstinencia al interrumpir su consumo, también puede contribuir al consumo y a la dependencia, pero por sí sola no explica por qué se desarrolla y mantiene la dependencia, especialmente tras largos períodos de abstinencia. ¿Qué tienen las sustancias psicoactivas para que las personas pierdan su trabajo y su familia con tal de conseguir esas sustancias? ¿Cuál es el proceso mediante el cual el consumo de una sustancia evoluciona en algunos individuos hacia pautas compulsivas de búsqueda y consumo de la sustancia que tienen lugar a expensas de la mayoría de las demás actividades y cuál es la causa de la incapacidad para dejar de tomar la sustancia, esto es, el problema de la recidiva? La responsable parece ser una compleja interacción de factores psicológicos, neurobiológicos y sociales.

#### *Procesos bioconductuales subyacentes a la dependencia*

El cerebro dispone de sistemas que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos que son esenciales para la supervivencia. Por ejemplo, los estímulos asociados con la comida, el agua y la pareja activan vías específicas y refuerzan comportamientos que llevan a la consecución de los respectivos objetivos. Las sustancias psicoactivas activan artificialmente estas mismas vías, pero de forma muy intensa, produciendo un aumento de la motivación para continuar con este comportamiento. Así pues, según esta teoría, la dependencia es el resultado de una interacción compleja de los efectos fisiológicos de las sustancias sobre zonas cerebrales asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el aprendizaje sobre la relación entre las sustancias y las señales relacionadas con ellas.

#### *Vía dopaminérgica mesolímbica*

Cada clase de sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo de acción farmacológico principal, pero muchas también activan la vía

dopaminérgica mesolímbica, aunque cada una lo haga a través de diferentes mecanismos. La vía dopaminérgica mesolímbica está situada en una zona del cerebro conocida como mesencéfalo, y es el sistema más implicado en la capacidad de las sustancias psicoactivas para producir dependencia. Dos zonas muy importantes para la dependencia de sustancias son el área tegmentaria ventral y una zona con la que está comunicada, denominada núcleo accumbens. El área tegmentaria ventral es una zona rica en neuronas que contienen el neurotransmisor dopamina. Los cuerpos celulares de estas neuronas envían proyecciones hacia regiones del cerebro implicadas en la emoción, el pensamiento, la memoria y la planificación y ejecución de los comportamientos. El núcleo accumbens es una zona del cerebro muy importante que está implicada en la motivación y el aprendizaje y en el señalamiento del valor motivacional de los estímulos. Las sustancias psicoactivas aumentan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, y se cree que esto es un acontecimiento importante en el reforzamiento.

### *Motivación e incentivo*

Motivación e incentivo son conceptos importantes en la dependencia de sustancias. Se ha demostrado que la vía dopaminérgica mesolímbica está muy implicada en los procesos motivacionales; esto significa que el cerebro concede especial importancia a los estímulos reconocidos como importantes para la supervivencia. La motivación consiste en la asignación de recursos atencionales y conductuales a los estímulos en función de sus consecuencias previstas. Los incentivos son estímulos que provocan una respuesta en función de sus consecuencias previstas. Por ejemplo, si una persona no tiene hambre, los estímulos visuales y olfativos asociados a la comida (incentivos) tendrán escaso efecto sobre su comportamiento o atención (motivación). En cambio, si tiene hambre, el hecho de ver y oler la comida puede llamar su atención,



haciendo que emprenda las acciones necesarias para obtener comida. Si tiene hambre y no dispone de medios para obtener comida, puede robarla o cometer un delito con tal de conseguirla. Esto se conoce como respuesta incentivo motivacional, o sea, la respuesta en función tanto del valor incentiva al del estímulo como de la motivación para obtener el estímulo.

En la dependencia, las sustancias psicoactivas activan repetidamente los sistemas motivacionales del cerebro que normalmente son activados por estímulos importantes, como la comida, el agua, el peligro y la pareja. El cerebro es engañado por las sustancias, que lo llevan a responder como si estas y los estímulos asociados a ellas fueran biológicamente necesarios. A medida que la exposición se repite, la asociación se hace cada vez más fuerte y produce una respuesta conductual y neuroquímica cada vez mayor. Esto se conoce como sensibilización al incentivo, y consiste en el hecho de que las sustancias psicoactivas y los estímulos asociados a su consumo adquieren cada vez más importancia motivacional y conductual. Mediante procesos de aprendizaje asociativo, la motivación para consumir sustancias psicoactivas puede ser activada intensamente por estímulos (ambientes, personas, objetos) asociados al consumo de la sustancia, causando así el intenso deseo que puede vencer a la persona y hacer que vuelva a consumir la sustancia, incluso tras largos períodos de abstinencia. Esto también ayuda a entender por qué los síntomas de abstinencia, por sí solos, no son suficientes para explicar todas las manifestaciones de la dependencia, puesto que incluso las personas que han abandonado completamente el consumo de una determinada sustancia pueden volver a consumirla tras verse expuestos a una amplia gama de situaciones diferentes.

Al reflexionar sobre la dependencia es importante recordar que a lo largo de su vida muchas personas prueban varias sustancias potencialmente productoras de dependencia, pero la mayoría no se vuelve dependiente. La susceptibilidad a la dependencia también presenta diferencias individuales que se deben a factores ambientales y genéticos.

### *Base genética de las diferencias individuales en la susceptibilidad a la dependencia de sustancias*

Hay muchos factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales que convergen para aumentar o reducir las posibilidades de que un determinado individuo consuma una sustancia psicoactiva y en qué medida. Aunque los factores están más relacionados con la iniciación en el consumo de sustancias que con la dependencia, muchos de ellos son comunes a ambos fenómenos.

Uno de los aspectos investigados por la neurociencia es cómo actúan las sustancias psicoactivas en términos de la herencia biológica común a todos los seres humanos. El contrapunto a esto es la investigación genética centrada en las diferencias individuales de la acción de las sustancias que son atribuibles a diferentes herencias genéticas. Además de los factores sociales y culturales, hay diferencias en la dotación genética que explican una considerable proporción de la variación individual en el consumo y la dependencia de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, no es tarea fácil identificar los genes implicados.

Aunque algunas enfermedades son causadas por un único gen, como la enfermedad de Huntington, otros trastornos, llamados complejos,

parecen ser causados por la interacción de varios genes con factores ambientales. La dependencia de sustancias es uno de esos trastornos complejos. Así pues, la exposición a sustancias psicoactivas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no poseen esa vulnerabilidad. Esto también complica el estudio de la genética de la dependencia de sustancias, aunque en los últimos años se ha progresado mucho en la identificación de los genes que pueden contribuir a su aparición. Los estudios de las pautas de herencia en las familias, en gemelos monocigóticos y dicigóticos y en individuos adoptados proporcionan información sobre la importancia del papel desempeñado por los factores hereditarios en la dependencia de sustancias. Otros tipos de estudios investigan la herencia de rasgos relacionados entre sí, con el fin de intentar identificar regiones de genes que pudieran ser importantes. Los estudios de genes candidatos examinan genes de los que es razonable suponer que podrán estar implicados en la dependencia de sustancias, como los genes de los receptores de opioides en el caso de la dependencia de opioides.

Hay pruebas de una importante heredabilidad del consumo de tabaco en diferentes poblaciones, sexos y edades. Los estudios indican que es probable que haya muchos genes diferentes que contribuyen al desarrollo y persistencia del hábito de fumar. Los genes implicados en el metabolismo de la nicotina pueden ser factores de riesgo importantes y es probable que sus variaciones constituyan un determinante significativo de las concentraciones y de la acumulación cerebral de nicotina.

Existe una importante heredabilidad de la dependencia del alcohol, así como de la frecuencia del consumo y de la cantidad consumida. Los

genes que pueden ser importantes en esta asociación son los implicados en el metabolismo del alcohol y los genes de los receptores de los neurotransmisores GABA, serotonina y dopamina. Las variaciones genéticas de las enzimas que metabolizan el alcohol también son posibles factores subyacentes en la variación del consumo de alcohol. Algunos estudios han aportado pruebas de que la heredabilidad de la dependencia de opioides es elevada, cercana al 70%. Esto puede deberse a diferencias hereditarias en los receptores de opioides o en las enzimas que metabolizan los opioides. También hay una contribución genética al consumo y a la dependencia conjunta de alcohol, tabaco y otras sustancias. Según algunas estimaciones, el riesgo de dependencia está aumentado ocho veces en los familiares de personas con dependencia de sustancias, en comparación con los controles, y esto se aplica a una amplia gama de sustancias, entre ellas los opioides, el cannabis, los sedantes y la cocaína que encierra la investigación genética. Esos datos genéticos se pueden utilizar, y de hecho se han utilizado, para mejorar nuestra comprensión de los orígenes de la dependencia de sustancias, y de la variación del riesgo entre los individuos. Una vez que se hayan identificado los genes que alteran la predisposición a la dependencia, uno de los grandes retos será comprender cómo interacciona la función de estos genes con los factores ambientales que influyen en la dependencia. Esa información puede constituir la base para la creación de nuevas herramientas diagnósticas y nuevos tratamientos farmacológicos y conductuales.

El tamizaje genético, basado en los resultados de la investigación, podría identificar subgrupos de la población con mayor propensión a la dependencia o a los efectos nocivos de una sustancia psicoactiva en particular. Sin embargo, esto plantea muchos problemas éticos, dado que la identificación se hace en términos de probabilidades, no de

certezas. Entre las acciones que se podrían emprender tras la obtención de un análisis positivo se encuentran la notificación a la persona afectada (o a sus padres o tutores en el caso de los niños), y las intervenciones preventivas, tales como la educación terapéutica u otras destinadas a reducir la vulnerabilidad al consumo y a la dependencia de sustancias. Todo esto tiene evidentes repercusiones éticas desde el punto de vista de la estigmatización, la privacidad y el consentimiento del tratamiento.

Las diferencias genéticas pueden influir en muchos aspectos del consumo de sustancias, como los efectos subjetivos placenteros. Los factores genéticos también pueden modificar mucho la toxicidad de una sustancia, en lo que se refiere tanto a las sobredosis como a los efectos crónicos sobre la salud. La genética también puede afectar a la intensidad de los efectos psicoactivos de determinadas formulaciones y dosis de una sustancia, al desarrollo de tolerancia, a los síntomas de abstinencia y al deseo compulsivo de consumirla. Además, la dependencia de sustancias puede compartir rasgos neurobiológicos con varias formas diferentes de enfermedad mental, lo cual indica que las estrategias terapéuticas y preventivas comunes podrían ser útiles en ambos trastornos.<sup>4</sup>

## **PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL SOBRE EL ABUSO DE DROGAS, (por sus siglas en inglés), NIDA**

1 No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos

---

<sup>4</sup> Catalogación por la Biblioteca de la OMS

2 El tratamiento necesita estar disponible fácilmente

3 El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas

4 Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y medicado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona

5 Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento

6 El counseling (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción

7 La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el counseling y otras terapias conductuales

8 Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada

9 La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo

10 El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo

11 El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente

12 Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como counseling que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección

13 La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento

## **EL PAPEL DEL PSICÓLOGO ANTE EL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA**

El consumo de drogas es uno de los nuevos problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad y un reto para el que, hasta hace relativamente poco tiempo, no había respuesta clara. La prevención de las drogodependencias también es nueva, como lo es de hecho el campo de la prevención en general, y es tan sólo en la última década cuando ha recibido un verdadero impulso para su desarrollo, al menos en España y en Europa.

Esta estrategia de intervención ha ido ganando su espacio, entre otras alternativas, en el abordaje de ésta y otras problemáticas en las que la conducta humana juega un papel central. Este hecho ha surgido de manera progresiva, a medida que se ha ido generando un cuerpo de evidencias sobre los que basar sus actuaciones.

A la construcción de este cuerpo de conocimientos contribuyen, además de la Psicología, otras disciplinas como la Antropología, la Sociología, la Epidemiología, la Estadística, las Ciencias Políticas, Medicina Preventiva, etc. Cada una de estas disciplinas aporta elementos importantes para la comprensión del fenómeno y el desarrollo de estrategias de

intervención, pero indudablemente la psicología ha jugado y juega un papel central en todo este proceso.

El conocimiento, que desde la Psicología se establece, tanto del origen y mantenimiento de la conducta como de las variables que la determinan y la predicen, la proveen de un protagonismo que no debemos desestimar, aprovechando nuestra posición central para modificar no sólo los comportamientos, individuales y/o grupales, sino también los contextos y las organizaciones donde se desarrollan.

Pero ¿qué han aportado la Psicología y los psicólogos a la prevención?, ¿qué supone la prevención como nuevo campo de trabajo para el psicólogo?

## APORTACIONES DEL PSICÓLOGO EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE LA PREVENCIÓN

Los psicólogos hemos comprendido, desde siempre, la importancia de su papel en el campo de las drogodependencias. El bagaje teórico-científico y flexibilidad que nos proporciona nuestra disciplina y todas sus áreas de estudio (clínica, educativa, comunitaria, social, etc) nos capacita ampliamente para desarrollar técnicas de intervención que tengan validez en diferentes entornos comunitarios, difundir nuestros conocimientos a otros agentes sociales, iniciar investigaciones que den soluciones a las diferentes problemáticas que abarcan las conductas adictivas, y, en definitiva, para detectar, difundir y generar los cambios sociales necesarios que posibiliten estilos de vida saludables (Bender, 1972, Silverman, 1978, Costa y López, 1986). En este panorama el psicólogo se presenta, junto a otros agentes sociales, como una figura fundamental capaz de modificar e influir en los entornos y en los



propios individuos para favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables.

Ya en 1986 el Colegio de Psicólogos publicaba una serie de artículos en Papeles del psicólogo (Vol. 4 nº 24; enero 1986 ) sobre nuestro rol en el campo de las adicciones. Precisamente en su editorial se nos avisaba de la necesidad de no cometer los mismos errores que otros sectores que no habían cuidado la fundamentación, la calidad y consistencia de las intervenciones, apuntándose la necesidad de proponer, desde la psicología, criterios y estrategias que así lo garantizaran.

Realmente se puede decir, mirando atrás, que en todos estos años se ha jugado un papel importante en el desarrollo de la prevención y se han hecho grandes aportaciones para su crecimiento. No sólo ha aportado fundamentos teóricos relevantes, también se ha realizado investigaciones, asesoramientos útiles para el progreso de políticas y actuaciones generales; diseño de programas, aplicándolos y evaluándolos e incorporando instrumentos y técnicas que son propias. No olvidar que hoy en día muchos programas, especialmente los educativos, están contruidos en base a criterios aportados desde la psicología.

Los psicólogos han logrado ubicar en posiciones que abarcan el continuo entre la teoría, la práctica y la gestión de la prevención. Así, se encuentra en la actualidad con psicólogos trabajando en prevención en las universidades; en departamentos específicos de la administración central, autonómica y local; en el ámbito laboral, integrados en servicios de prevención; en asociaciones y ONGS, etc.

En definitiva, tanto su ubicación como su cualificación profesional le capacitan para realizar grandes aportaciones en la mejora del conocimiento y de la práctica preventiva, tales como:

- La mejora de la calidad de las intervenciones: los psicólogos tienen una formación que les capacita para diseñar y planificar programas de calidad, pasando a ser un garante del rigor metodológico de los programas. Su preparación de base le sirve para iniciar todas esas tareas, además de la gestión y coordinación de equipos debido a los conocimientos añadidos que le aportan los fundamentos teóricos de la Psicología. Por otro lado, estos fundamentos primigenios proporcionan la visión necesaria para resolver futuras cuestiones que vayan surgiendo, aportando la flexibilidad suficiente para adaptarse a nuevos retos.

- Integración de conocimientos teoría-práctica: el psicólogo está en un lugar idóneo para combinar la información proveniente de la teoría y la práctica, es decir, ocupar el lugar intermedio entre la investigación y la acción. Su trabajo, en colaboración con otras disciplinas, le permite tener en cuenta perspectivas y elementos cruciales que muchas veces son clave para el éxito de los programas. En definitiva, le permite adaptar los programas desde una perspectiva ecológica. No se debe olvidar que en la actualidad éste es uno de los retos de la prevención: comprender por qué programas similares no dan los mismos resultados en distintos contextos de intervención. Asimismo, es necesario conocer las claves de las buenas prácticas. La Universidad debe escuchar a los profesionales que aplican los programas y conocen la realidad, así como los impedimentos que surgen en la aplicabilidad de los mismos; si no, se corre el riesgo de generar estupendos programas alejados de la comunidad.

- Capacitación de profesionales de otros sectores: muchas veces su labor consiste en que otros integren sus perspectivas y los elementos que las componen en sus planteamientos. Es el caso de la prevención escolar, donde trabajar junto con el profesorado es imprescindible; de los medios de comunicación, donde hay que colaborar y asesorar a profesionales de la información; en el sistema sanitario; en las familias, etc. En todos estos casos, el psicólogo aporta sus conocimientos y sus técnicas para que sean aplicadas por otros.

- Transferencia del conocimiento: a pesar de que en los últimos años los psicólogos han realizado importantes esfuerzos en elaborar y difundir las evidencias en prevención, se debe insistir en este aspecto. Además, aún existe una gran cantidad de literatura internacional relevante que no se traduce o no se difunde lo suficiente.

- Papel de referentes expertos: en la situación actual hay una clara confusión de mensajes sobre drogas, que llegan a la población, a través de informaciones contradictorias; por otra parte también hay, entre los propios profesionales del campo, ambivalencia a la hora de optar por las mejores estrategias de intervención. Es necesario conseguir credibilidad y ocupar una posición de expertos en ambos sentidos, tanto de cara a la sociedad como al cuerpo de profesionales del sector.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, se proponen a continuación algunos de los contenidos formativos, habilidades y retos que debe asumir el psicólogo para desarrollar adecuadamente éstas y otras funciones en el campo preventivo.

## HACIA UN PERFIL DEL PSICÓLOGO QUE TRABAJA EN PREVENCIÓN

La prevención de drogodependencias ha supuesto un cambio en el rol tradicional del psicólogo más centrado en el área asistencial. Hoy es

asumido por todos que los programas de prevención se deben encuadrar dentro de la Promoción de la Salud (Plan Nacional sobre Drogas, 1985, 2000.), cuyas estrategias están dirigidas a modificar los entornos y los estilos de vida, entendiendo éstos como constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos y estables, que están claramente condicionados por el entorno donde viven las personas (Costa y López, 1996). Esto implica que el psicólogo debe abandonar su rol clínico tradicional, adoptando un papel más activo, sin esperar pasivamente que los problemas acudan a él e implicándose, inexcusablemente, con la colectividad objeto de su intervención para dar respuesta a las necesidades y demandas detectadas.

Por otro lado, la propia complejidad del fenómeno le exige tener una perspectiva mucho más global de los problemas que aborda, no tan centrada en el sujeto, obligándole a intervenir en distintos niveles que van desde la elaboración teórica y la investigación, al asesoramiento de políticas de intervención, la formación, el diseño de programas, la aplicación directa de los mismos y su evaluación, tal y como se ha descrito.

Esta complejidad le fuerza a trabajar entre diferentes disciplinas con las ventajas e inconvenientes que esto conlleva. Entre las ventajas más determinantes destaca la posibilidad de dar respuestas integrales y ajustadas a estas problemáticas, aumentando la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones diseñadas. Sin embargo, el trabajo interdisciplinar implica un mayor esfuerzo de concreción a la hora de definir las funciones de los diferentes profesionales implicados, una formación más global pero al mismo tiempo más específica, que aporte un marco de referencia desde el que guiarnos, y un lenguaje común a través del cual diseñar nuestras intervenciones.

Se debe evitar, en la medida de lo posible, dos de los fallos más comunes que pueden darse en el desarrollo de la labor interdisciplinar: la mera suma de funciones, que aleja de la globalidad de la acción emprendida; y el solapamiento de tareas, que aboca a una confusión en la metodología y, por ende, al desconcierto entre la población a la que se dirige.

Para realizar con éxito estas tareas, el psicólogo debe conocer una serie de elementos, teóricos y prácticos, que le permitan llevar a cabo con éxito su trabajo. Ya en la creación del Plan Nacional sobre Drogas se apuntaba (PND, 1985) la necesidad de asegurar la correcta formación en drogodependencias, incluida la prevención, a los estudiantes de las disciplinas relacionadas más directamente con este ámbito (sanitarios, educadores sociales, sociólogos, psicólogos...); al igual que apoyar los esfuerzos encaminados a la actualización y reciclaje de los profesionales ya en ejercicio. En la consecución de estos objetivos, la labor de los diferentes colegios profesionales y los planes de estudio de las universidades son fundamentales.

Los colegiados psicólogos en su mayoría, creen que es conveniente que la formación del psicólogo abarque diferentes aspectos si se desea que se presente como una profesión competitiva en el ámbito de la prevención de drogodependencias. Entre estos contenidos se sugiere, los siguientes:

-Bases teórico- prácticas de la promoción de la salud y la prevención de las drogodependencias: conocimientos sobre los modelos teóricos explicativos del consumo, sobre factores de riesgo y protección y sobre las diferentes estrategias preventivas de promoción y educación de la salud.

-Conceptos teóricos relativos a las drogas y las drogodependencias, así como conocimientos sobre las sustancias, sus características, efectos y riesgos; sobre los distintos perfiles de consumidores y las tendencias de consumo.

-Conocimiento sobre planificación y evaluación de programas.

-Conocimiento sobre investigación aplicada y metodología científica.

-Información sobre los programas y recursos existentes en prevención.

-Comprensión de los elementos que determinan la toma de decisiones en políticas de salud para lograr que éstas tengan en cuenta la evidencia.

-Marco legislativo sobre drogas.

-Técnicas de transmisión de la información científica, fundamentalmente la dirigida a la población y a otros profesionales.

-Nociones sobre las diferentes opciones de tratamiento y la evidencia sobre su efectividad.

-Comprensión de las diferentes etapas evolutivas para adaptar los programas a las edades de los destinatarios.

-Habilidades y estrategias para el trabajo individual, grupal y comunitario ajustadas a los distintos niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.

-Coordinación y motivación de equipos de trabajo.

Estos contenidos deberían materializarse y garantizarse tanto en los estudios de grado, como los de postgrado y master haciendo énfasis, en unos u otros aspectos, en función de la ubicación profesional.

Sin embargo, en el caso de los psicólogos que trabajan en programas selectivos e indicados, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos:

Tradicionalmente el psicólogo ha desarrollado primordialmente su trabajo de manera más eficaz en contextos de intervención controlados, donde el individuo acude, con más o menos reparos, a manifestar un malestar que le impide desarrollar su vida cotidiana de una manera satisfactoria. En estos entornos los límites de la relación terapéutica se establecen con cierta facilidad. La comunicación verbal y no verbal, la condición de expertos, incluso la separación física que permite el propio mobiliario entre ese individuo y el psicólogo facilitan dichos límites. Al servicio o consulta acude, a solicitud del psicólogo y siempre que es posible, su familia, pareja, amigos, etc. En definitiva, se está en el terreno del psicólogo.

En la prevención en general, y en el ámbito de la población en riesgo en particular, el psicólogo se sitúa ante el reto de intervenir con subgrupos de población que no manifiestan ninguna necesidad del servicio, donde la condición de expertos no queda reflejada por un título colgado en la pared, donde los códigos y canales de comunicación son desconocidos, en muchas ocasiones, por el psicólogo y donde el entorno le exige una mayor implicación y compromiso, dificultando la delimitación del rol profesional. Se está en el terreno del paciente

Debido a los elementos que componen este ámbito, la formación del psicólogo va a requerir de un especial entrenamiento, tanto a nivel de conocimientos como de habilidades, basada fundamentalmente en los

principios de la prevención pero encuadrada dentro de un panorama más amplio donde confluyan: la Psicología Educativa, Evolutiva, Social, Comunitaria, Clínica...En este área, tan importante es conocer y actualizar los principios por los que se rige la adquisición del comportamiento adictivo como saber qué conocimientos se desea transmitir, las estrategias que permiten un mejor aprendizaje y afirmación de los mismos, cómo modificar el entorno para facilitar la ejecución de comportamientos saludables, qué condicionantes evolutivos, culturales o de género rigen su comportamiento o cómo posibilitar cambios en los individuos, entre otros aspectos.

En este terreno se debe abandonar prácticas inmovilistas, captando activamente a la población, analizando sus necesidades, conociendo in situ cómo se relaciona con su entorno y cómo éste, a su vez, determina el desarrollo o inhibición de comportamientos saludables y la aplicabilidad real de los programas que se han diseñado. Para realizar estas tareas, el compromiso e implicación con las mismas es fundamental, ya que tradicionalmente estos subgrupos de población se mueven en contextos poco incentivos, donde la relación existente entre expectativas y resultados es claramente insatisfactoria, promoviendo comportamientos de rechazo y desconfianza ante todo lo que proviene de elementos ajenos a su grupo natural, fundamentalmente si las respuestas provienen de servicios institucionales.<sup>5</sup>

## PSICOTERAPIA

Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que es atendida («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una

---

<sup>5</sup> Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.



mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

#### **TERAPIA INDIVIDUAL.**

Por la localización de la enfermedad, concretamente en el sistema límbico, donde se encuentra la gestión de las emociones y los centros de recompensa y placer, estas funciones quedan gravemente afectadas por lo que es necesario trabajar estos aspectos a través de un tratamiento de terapia individual.

#### **TERAPIA DE GRUPO**

El paciente toma consciencia de su enfermedad, de cómo cuidarse y comprende los beneficios de la vida abstinente, las terapias grupales son efectivas por el apoyo que genera el otro.

#### **TERAPIA FAMILIAR**

El entorno del paciente necesita por un lado el descanso del infierno por el que ha pasado, y a su vez instrucciones de cómo puede colaborar en la recuperación de su ser o seres queridos. Una persona que sufre la adicción de un familiar llega a desarrollar patologías asociadas de dicha convivencia, lo que se denomina coedición.

#### **TRATAMIENTO AMBULATORIO:**

- 1 Visitas regulares, individual con su terapeuta de referencia.
- Asistencia a todas las terapias grupales que se realizan en el centro
- Asistencia a las familias en el centro
- Asistencia a todas las terapias de familia
- Asistencia a todas las terapias de pareja

**Cine fórum.** Visionado de documentales terapéuticos permiten la participación de grupos, despierta mucho interés, permite conocer la subjetividad de los participantes.

**Musicoterapia.** Técnicas de relajación y respiración, con ejercicios corporales, permite tranquilizar los momentos de mucha tensión, principalmente momentos estresantes, que son comunes en los consumidores en abstinencia.

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Definir un proceso de acompañamiento al hogar de rehabilitación, con la creación de programas de atención psicológica individual grupal, familiar y comunitaria, programas ambulatorios de seguimiento a los pacientes que ya han cumplido con la fase terapéutica.
- Crear un trabajo multidisciplinario con programas de prevención para evitar recaídas, Programas ambulatorios, Programas de prevención sobre uso de drogas a nivel de familia, programas de prevención comunitaria por uso de alcohol y drogas.

### **2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

#### **SUBPROGRAMA DE SERVICIOS.**

- Crear programas de atención psicológica individual y grupal, atención psicológica familiar.
- Brindar tratamiento psicoterapéutico individual y de grupos.

- Brindar actividades alternativas como, relajación terapéutica con ejercicios individual y grupal para evitar el stress y ansiedad, cine-fórum.

#### **SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.**

- Propiciar en el personal y grupos de ayuda, la creación de programas de atención psicológica con talleres específicos.
- Propiciar la organización de las diferentes actividades que se deben ejecutar con los grupos de ayuda que visitan el hogar de rehabilitación.
- Brindar programas de intervención para evitar recaídas con talleres a grupos familiares.
- Brindar programas de prevención a grupos familiares de los pacientes en tratamiento y comunitarias.

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

- Determinar causas que conlleva la adicción en los pacientes del hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús"

### **2.2,3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO.**

Para la ejecución de este Ejercicio Profesional Supervisado, se realizaron diversas actividades que a continuación se describen por subprogramas:

#### **2.3.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO,**

Para la ejecución de este subprograma se realizó un diagnóstico institucional en el hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús" para establecer las necesidades prioritarias del centro, se habilitó un departamento adecuado de atención psicológica, con privacidad; posteriormente se evaluó con Historias Clínicas para cada uno de los

pacientes internos, evaluación e historias clínicas para el personal, del centro, atención de casos, se aplicó sistemas conversacionales donde se determinó la aplicación psicoterapéutica adecuada. Se trabajó en forma de grupos participativos con distintas dinámicas, sobre temas vinculados al consumo, temores internos, familia, relaciones interpersonales, fracasos, autoestima. Con fuerte énfasis en prevención de recaídas, actividades recreativas, juegos, TV, videos, música. Prevención familiar en horarios de visitas. Sesiones externas entre la familia del paciente y el terapeuta, revisión de los roles y esclarecimiento de las normas y límites que entre la familia se debería tener.

Las psicoterapias se basaron en: Modificación de conducta relacionada con el control de impulsos. Medios alternativos para combatir el estrés, la ansiedad y posibles conductas adictivas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, a través de terapias y talleres grupales.

Combinado con las actividades anteriores se realizaron diversas actividades alternativas como técnicas de relajación, cine-fórum, visionado de documentales.

Se trabajó todos aquellos hábitos y actitudes, que a causa de la adicción se han ido perdiendo o degenerando a través de un seguimiento ambulatorio, seguimiento a los pacientes que van saliendo con consultas al centro, por lo menos una vez al mes para recibir las charlas.

El paciente realizó una introspección y posterior catarsis en la que él expresó sus experiencias y angustias del consumo, con grupos terapéuticos de autoayuda, contando sus testimonios, reforzando así la idea de abstinencia permanente, de esa manera conseguir la recuperación total.

Los grupos familiares atendidos visualizaron aquellas conductas que propiciaron la conducta de su paciente y fortalecieron aquellas

conductas que ayudarán a la recuperación de los lazos familiares perdidos o que nunca estuvieron en el hogar, aprendieron que el entorno en que se desenvuelve su paciente es un factor negativo.

La atención a otros grupos afines como casas hogares del entorno también se favorecieron con charlas y micro talleres de autoestima y del rol del psicólogo ante la problemática de las adicciones.

### **2.3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

Para la elaboración de dicho subprograma se requirió de la asistencia del personal de atención y servicio a los ingresados, así como a los grupos externos que prestan servicios sociales y de ayuda; A.A, iglesias cristianas, grupos de familiares y centros invitados, para indicarles los planes de asistencia y organización específica desde la perspectiva de la psicología, elaboración conjunta de los planes de atención requerida tanto al personal como a los pacientes, cómo y cuándo la atención grupal y familiar, el por qué de la atención, los resultados obtenidos sirvieron de apoyo para futuras aplicaciones. Trabajo conjunto con el personal para la aplicación de programas en relación a la prevención de recaídas.

Programas de prevención a nivel familiar como herramienta profiláctica para el paciente.

Coordinación de psicoterapias grupales, cine fórums, y otras alternativas ocupacionales conjuntamente con los subprogramas de servicio. Capacitaciones al personal, a los grupos de ayuda, y personal de otros centros invitados, sobre adicciones tipos de drogas y los riesgos de enfermedades infectocontagiosas entre otras el VIH-SIDA.

Estos mismos talleres se realizaron en la Casa de Restauración "Hogar de Dios", ubicado en La Granja San Francisco de Santo Tomas Milpas Altas a inmediaciones del hogar de Rehabilitación "La Luz de Jesús" y en la casa hogar "La Nueva Esperanza" de la 1ª Avenida 10-32 Zona 3 de la Ciudad Capital.

La proyección de los cine foros como herramienta de enseñanza tanto para los pacientes como para lo grupos formados externos, familiares y otros grupos se tomaron como talleres muy positivos puesto que los temas de adicciones generó mucha discusión y debates entre los participantes.

### **2.3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

Se definió como tema a investigar "Determinar causas que conlleva la adicción de los pacientes en el hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús"

La mayoría de los conocimientos obtenidos tanto de estudios clínicos como experimentales se refieren a las adicciones químicas, la mayor parte de esta materia está centrada en la problemática de las drogodependencias. A este respecto se sabe que los factores biológicos son importantes porque median en la vulnerabilidad o la resistencia individual a la drogadicción, así como en los riesgos asociados de dependencia y abuso. Los factores psicológicos son igualmente importantes porque se sabe que el riesgo de convertirse en un sujeto adicto está influido por las creencias personales de los sujetos, sus expectativas y sus atribuciones sobre los efectos de las drogas psicoactivas. Los factores socioculturales no son menos relevantes en esta problemática, pues se sabe que las disfunciones familiares incrementan el riesgo de caer en la drogadicción. De igual modo, la

pertenencia a grupos determinados aumenta el riesgo de abuso de drogas debido a la presión de los iguales sobre pautas de comportamiento que se consideran esenciales para la pertenencia al mismo. Los resultados de la investigación a nivel individual como los grupales sirvieron como pauta para especificar los factores psicosociales más comunes y las recomendaciones pertinentes para las intervenciones en el hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús".

Las historias clínicas sirvieron de instrumentos directos para recabar datos. Las entrevistas familiares respecto a la forma en cómo se estaban desarrollando los resultados terapéuticos de sus pacientes fueron muy útiles para construir las estrategias de los talleres de prevención para la evitación de recaídas.

Se recopiló la información obtenida, se clasificó para luego analizarla y de esta forma presentar los cuadros obtenidos, conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO III

### PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS.

#### 3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Con la participación del "PRIMER CURSO TALLER DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ADICCIONES" Impartido por La Escuela de Ciencias Psicológicas de La Universidad de San Carlos de Guatemala que finaliza en el mes de octubre del año 2008, se crea la idea de la participación de la Psicología en el terreno de los centros de atención a adictos que funcionan en la ciudad de Guatemala. Se hace la invitación a algunos centros de rehabilitación, los cuales aceptan la intervención dentro de ella La Casa de Rehabilitación "La Luz de Jesús".

El Subprograma se realizó directamente en la Casa de Rehabilitación "la Luz de Jesús" antes y después de su traslado a Milpas Altas. Se entregó los planes del Ejercicio Profesional Supervisado al director del Centro a finales del mes de febrero de 2,009, dándose inicio la atención directa con los pacientes en el mes de marzo del mismo año. En ese momento la casa de rehabilitación cuenta con 32 pacientes internos de los cuales cinco de ellos prestan servicio de atención en una fase terapéutica de servicios a la misma casa. Son estos cinco pacientes los que reciben las primeras atenciones de EPS

Este subprograma se presta en dos jornadas, por la mañana se atienden a los pacientes de servicio y por la tarde se atiende a los pacientes internos. De esta forma se ejecutan las estrategias de servicio tomando poco a poco cuerpo organizado.

Se asignan horarios de atención a los pacientes los días lunes, martes, miércoles, en jornadas de dos horas matutinas y dos horas vespertinas.



En las entrevistas y levantado de historias clínicas se obtiene información, datos generales, motivo de consulta, historia social, historial médico, historial escolar, Examen Mental, etc. Con ello se elabora un expediente con el cual se ejecuta el seguimiento sugerido.

En algunos pacientes se aplicaron psicoterapias cognitivas conductuales pues se hacia necesario cambiar formas de pensar, de actuar y sentir. Por los efectos del síndrome de abstinencia algunos presentaban mucha ansiedad, otros depresiones altas, poca tolerancia a la frustración, baja autoestima, agresividad o pensamientos negativos.

Al trasladarse la casa de rehabilitación a Santo Tomas Milpas Altas, se aplicaron Psicoterapias al Aire Libre puesto que el centro de rehabilitación cuenta con amplio espacio y área verde. Aplicación de psicoterapia de relajación, enseñándoles a los encargados cómo aplicarlas no solamente como terapia sino como ejercicio matutino de relajación saludable.

## Resultados

Las psicoterapias de relajación y ejercicios corporales se imparten continuamente sin necesidad del psicoterapeuta.

Otra alternativa es la terapia de grupos, en donde los pacientes se reúnen todos los días donde expresan sus experiencias en un programa llamado "Mi Testimonio", de esa manera ellos liberan tensiones, son espontáneos, experimentan liberaciones o desplazamiento de dolores internos y exponen sus ideas.

Los días jueves se planeó trabajos en grupos iniciando con cines foros que fue una experiencia nueva para ellos y muy aceptada ya que el

encierro les produce mucha frustración. Los debates sobre el tema de las películas les creaban muchos deseos de participación proyectando en algunos con su participación ideas compulsivas, algunas positivas y otras negativas, con sentimientos, resentimientos, afectos, dolores, en otras palabras su subjetividad.

Los trabajos en grupo, como contar sus experiencias adictivas, generó la proyección de mecanismos de defensa, como la negación, el autoengaño, el desplazamiento y mucha racionalización, de igual manera la distorsión. Esto se pudo observar por la forma en que cada uno contaba sus experiencias.

A cada paciente que salía se le hablaba de la importancia de un seguimiento terapéutico pues debía estar consciente de que el programa no era suficiente y de los planes de un programa ambulatorio. No se encontró eco, durante los primeros meses nadie se acercó, sin embargo un paciente pidió ayuda y quería una intervención; se le invitó a acercarse al programa, se le atendió por tres sesiones, luego se dio el traslado del centro a Milpas Altas lo que dio lugar a la ausencia del paciente por la lejanía.

Se planificó una forma para que los pacientes se apegaran al plan del programa ambulatorio, comprometiéndose a cumplir con dicho programa al terminar su estadía; ninguno se acercó al programa ambulatorio.

Los pacientes que finalizaron el programa de 90 días en su mayoría tuvieron recaída, afirman además, los familiares que en esta ocasión ya conscientes del daño que pudieran causar por dicha conducta, ellos mismos pidieron que se les reingresara para continuar con el programa.

Resultados con el personal de servicios y grupos de ayuda. Con el personal de servicio fue muy cómodo trabajar, puesto que su permanencia en el hogar de restauración es de 24 horas por lo que siempre se encontraban dispuestos, solamente fue de establecer los horarios para acoplarlos con los grupos de ayuda para la ejecución de los talleres. El personal de servicio como los grupos de ayuda sufrieron cambios por el tiempo, por ejemplo el personal fue variando por los privilegios ganados y porque a medida que cumplían con su tiempo de programa iban saliendo y entrando nuevo personal, de igual forma los grupos de ayuda se iban alternando y cambiando, por lo que los talleres se repitieron, se tomó como referencia la sumatoria total de las personas que recibieron los temas.

CUADRO No-1  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA

TIPO DE DROGA	INDIVIDUAL	GRUPAL
Alcohol	46	9
Mariguana	28	6
Cocaína	12	4
Solvente	21	5
Policonsumo	31	8
Total	138	32

Se atendieron 138 casos individuales de pacientes con diversos problemas de adicción, notándose prevalencia de consumo de alcohol y poli consumo, para la atención grupal, se dividieron los grupos por categorías de adicción.

CUADRO No- 2  
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Taller	Total de Participantes
COMO TRABAJAR EN GRUPOS	103
AUTOESTIMA	103
VALORES	98
TIPOS DE DROGAS	98
ADICCIÓN	98
FAMILIA	103

Las psicoterapias están relacionadas a los diversos talleres, basados en modificación de conductas, control de impulsos, combatir estrés, conductas adictivas.

CUADRO No- 3  
ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

ACTIVIDAD	ASISTENCIA
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	103
JUEGOS DE SALÓN	103
CINEFORUM	103

Las actividades alternativas tienen como fin la modificación de conductas, combatir el estrés que causa el síndrome de abstinencia.

### 3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.

En este subprograma se realizaron diversas actividades, como el proceso de planificación, principalmente en las actividades, aunque los participantes aportaron algunas sugerencias a las propuestas presentadas, porque eran participativas e interactivas, logrando el objetivo de impartir los talleres adecuados a los temas, de igual manera

se realizaron las charlas atendiendo a la invitación de los centros "Casa de Restauración Hogar de Dios" y "la Casa hogar La Nueva Esperanza".

Se invitaron a los grupos que regularmente contribuían con labores sociales y grupos cristianos, así como al personal que en aquel momento prestaba sus servicios, a escuchar una charla taller donde se les explicó la importancia y la necesidad de implementar los servicios psicológicos, las terapias grupales se fortalecieron con talleres de Autoestima, Valores, Como Trabajar en Grupos, Que son Las Drogas, La Familia.

CUADRO No- 4  
TALLERES ESPECIFICOS

TEMA	NUMERO DE GRUPOS
LA IMPORTANCIA DE LOS SERVICIOS PSICOLOGICOS	5
COMO TRABAJAR EN GRUPOS	4
AUTOESTIMA	4
VALORES	5
DROGAS	5
ADICCIÓN	5
FAMILIA	3

Las reuniones con los familiares regularmente se realizaban los días sábados, después de la visita, muchos se iban, puesto que siempre andaban urgidos, no colaboraban en su mayoría y eran muy pocos los que se quedaban a la reunión o a las charlas psicológicas de prevención. Se lograban resultados cuando los pacientes ya habían cumplido con su programa y estaban por salir, de esa forma se lograba impartir las

charlas familiares, como; "que son las drogas, enfermedades de transmisión sexual, valores y autoestima"

CUADRO No-5  
TALLERES.

TALLERES	POBLACIÓN
AUTOESTIMA	6 COMO PROMEDIO POR TALLER
LIDERAZGO	6
TRABAJANDO EN GRUPOS	6
LOS TIPOS DE DROGAS	6
PRIMEROS AUXILIOS	6
MANEJO DE EMOCIONES	6
RIEZGO DE ENFERMEDADES	6
INFECTOCONTAGIOSAS Y VIH-SIDA	

Resultado de Talleres y Charlas (En grupos de 6 pacientes cada sesión o taller)

Se realizaron diversos talleres y charlas como parte de la formación e integración de las terapias individuales, en ocasiones se trabajó de la siguiente forma:

- Con los pacientes referidos
- Con los padres de los pacientes.
- Con los pacientes y sus familiares.

## CUADRO No- 6

### PROGRAMA DE EVITACIÓN DE RECAIDAS Y PREVENCIÓN.

ATENCIÓN	TEMA DE TALLER
PACIENTES	COMO EVITAR RECAIDAS
FAMILIARES	PREVENCIÓN FAMILIAR
PACIENTES Y FAMILIARES	PROGRAMAS AMBULATORIOS

La asistencia fue regular principalmente en los talleres con los padres de familia o familiares del paciente, puesto que manifestaban que el problema es del paciente. Para la asistencia de estas charlas o talleres se presentaron algunas dificultades, como la ausencia de uno de los familiares invitados.

Se creo un centro integral de tratamiento ambulatorio en adicciones llamado "CITAA" dentro de La Escuela de Ciencias Psicológicas CUM, que funciona en el edificio "A" 4º Nivel salón 408. Se referían a los pacientes que concluían con el programa de intervención en el hogar de rehabilitación.

### **3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

Este subprograma tiene como base el objetivo de explorar causas que conlleva las adicciones.

De acuerdo a las observaciones, las entrevistas, las historias clínicas, los cuestionarios; se logró recabar información valiosísima. Por ejemplo se comprobó que de 130 pacientes entrevistados, 98 de ellos afirma que uno de sus padres consume o consumieron más de alguna droga

incluyendo el alcohol. 35 de los 130 presentaron síntomas depresivos, 68 violencia, 12 tolerancia a la frustración.

De los pacientes que se sabe que están recuperados y que en la actualidad se encuentran realizando trabajos formales son 6 reportados de 23 que terminaron con el programa.

De 23 pacientes recuperados de problemas de alcoholismo según los reportes de las hojas de seguimiento de los pacientes egresados, han recaído un número de 12, más de una vez en el término de este año, 8 de ellos son reincidentes. Cabe mencionar que ellos son los que han pedido que se les reingrese, los cambios sociales experimentados por ellos son evidentes como: Disminución de altercados con sus familiares, disminución de agresividad, disminución de robo a sus familiares, mejora en la comunicación de pareja o familiar.

Los datos investigados arrojan un consumo o frecuencia adictiva en su orden un mayor consumo de:

- Alcohol.
- Consumo de Coca incluye el Crack o piedra.
- Consumo de Marihuana.
- Inhalante.
- Anfetaminas.



CUADRO No-6  
CAUSA BIOLÓGICA

No- DE PACIENTES	FACTOR BIOLÓGICO.
98	Genética: Uno de los padres consumen o consumieron una o más drogas incluyendo alcohol.
27	Patologías heredadas: Diabetes, Estados depresivos, otros.

Estos datos se tomaron de los cuestionarios adjuntos a las historias clínicas.

CUADRO No-7  
CAUSA PSICOLÓGICA

No- DE PACIENTES	FACTORES PSICOLOGICOS
35	Síntomas depresivos.
68	Violencia, Agresión.
12	Poca tolerancia a la Frustración.

Datos tomados de las historias clínicas y de los cuestionarios

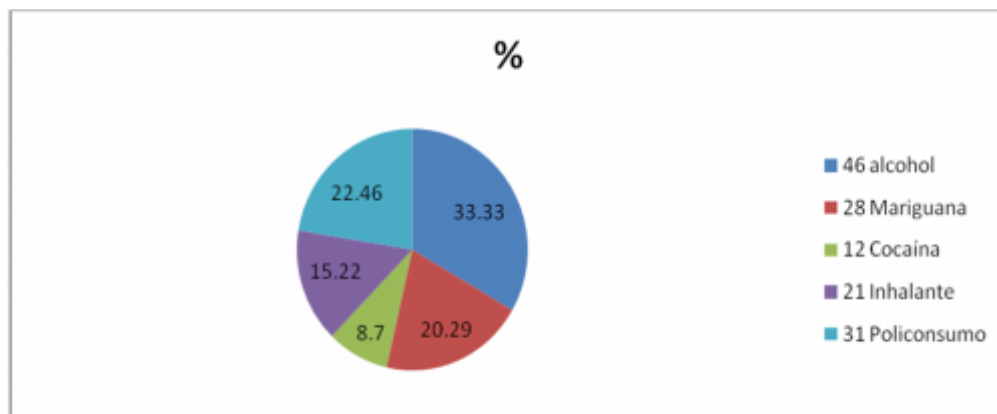
CUADRO No- 8  
CAUSA PSICOSOCIAL

No- DE PACIENTE	FACTOR PSICOSOCIAL.
37	Disfunción Familiar
53	Perteneció a algún grupo (mara u otro)

12	Abandono de uno de los padres.
5	Abandonado por ambos padres.
3	Huérfano.

Datos tomados de las historias clínicas.

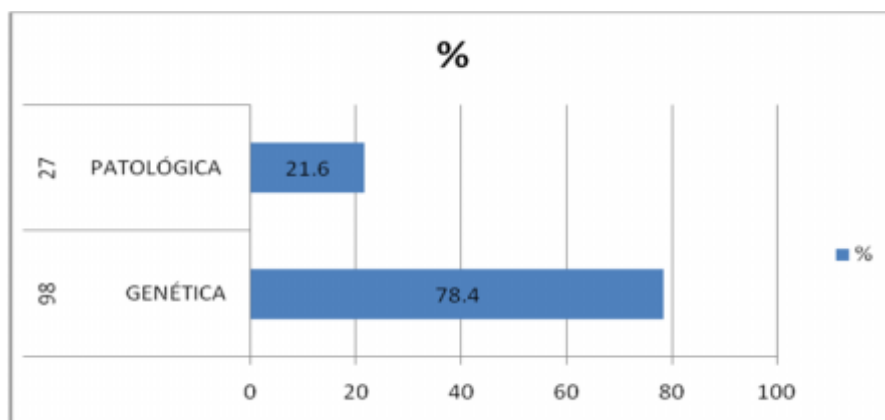
### ESTADISTICA DE USO DE DROGAS



Tomado del cuadro de Pacientes atendidos y uso de drogas

El mayor porcentaje de los pacientes atendidos en la casa de restauración "La Luz de Jesús" es por uso de Alcohol mientras que el 8.7% es por uso de Cocaína o Crack.

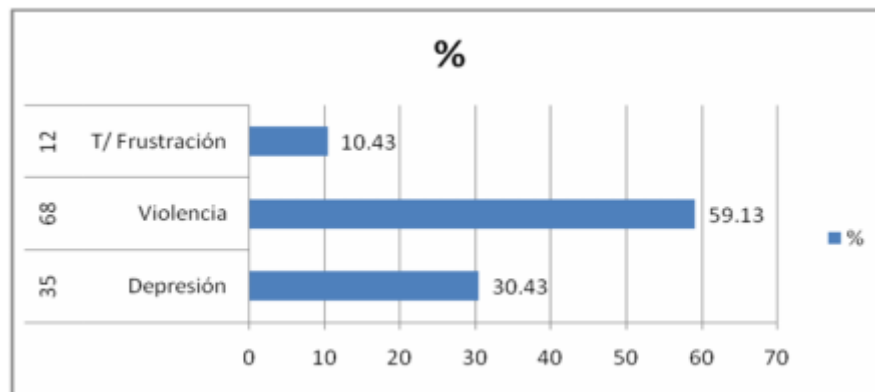
### ESTADISTICA DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS



Tomado del cuadro de los factores Biológicos.

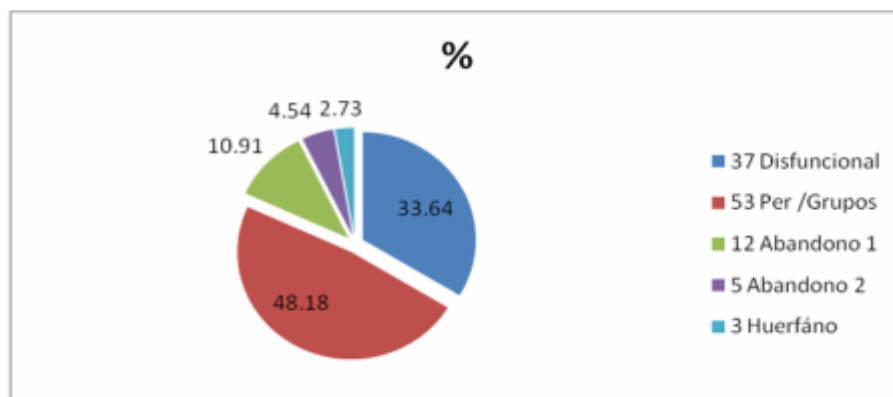
El 78.4% de los casos atendidos Alguno de los padres consume o consumió mas de alguna droga, mientras que el 21.6% alguno de los padres padeció de alguna enfermedad relacionada al consumo.

#### ESTADISTICA DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS



De los pacientes atendidos el 59.13 %, durante o después del consumo de la droga incluyendo alcohol su conducta suele ser de violencia, mientras que el 30.43% presentan síntomas depresivos durante o después del consumo y el 10.43% no tolera el echo de sentirse frustrado.

#### ESTADISTICA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES



El 48.18% ha participado en grupos (maras o pandillas), el 33.64

proviene de familias disfuncionales, el 10.91% ha sido abandonado por uno de sus padres, el 4.54% ha sido abandonado por ambos padres y convivió por algún familiar y el 2,73% son huérfanos.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

#### 4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

El objetivo propuesto fue brindar apoyo psicoterapéutico de acuerdo a la problemática que se manifiesta en las personas que buscan este servicio, también reforzar el proceso de rehabilitación y el de prevención de la drogodependencia a la población atendida. La búsqueda de un acompañamiento psicoterapéutico a la institución.

La institución no brindaba este servicio, por lo que la primera dificultad que se obtuvo fue la de condicionar un lugar apropiado para la elaboración del servicio psicológico, la percepción de los pacientes atendidos con relación a la labor psicológica fue muy bien recibida puesto que la urgencia y prioridad del paciente por ser atendido además ser escuchado fue latente y vivencial, no fue dificultoso establecer rapport con el paciente, la mayoría de pacientes pasaban de los 18 años todos adultos, la aplicación de las historias clínicas son tan necesarias para establecer el punto de inserción del fenómeno de adicción. Los sistemas conversacionales arrojaron valiosa información por los pacientes, puesto que generan una responsabilidad compartida que facilita que cada uno de los participantes, pueda sentirse como sujeto del proceso. (Investigación Cualitativa y Subjetividad Gonzales Rey pag 70).

La subjetividad como factor psicológico individual nos permite la intersubjetividad de cada paciente como una historia escrita con testimonios ricos llenos de información que dan origen a la ontología individualizada. Es por ello que cada paciente es tratado individualmente

como individual es su problemática adictiva, no hay historia igual, lo común en ellos son los fenómenos culturales de pobreza, valores sociales, y la falta de oportunidades de desarrollo que ofrece este país.

El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico.

Dos de los principios para el tratamiento efectivo del NIDA hacen mención indirecta o directa a la necesidad de atender a la variabilidad psicológica. El primer principio indica que "No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos" y el octavo advierte que "Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada".

Las variables psicológicas de un individuo con problemas de adicción están afectadas por su entorno social y familiar por lo que resulta complejo su tratamiento individual, el punto es que cuando se habla con el sujeto, y relata los componentes detonantes para su adicción siempre está vinculada la familia o su entorno social.

Todos los pacientes atendidos fueron tratados individualmente, sin embargo, la efectividad se obtuvo con aquellos cuyas familias se acercaron a las terapias, puesto que ellos alcanzaron ganancia secundaria, permitiendo reconocer aquellos factores que dan origen a la problemática individual, convirtiéndola en algo común para el grupo familiar como sujetos dependientes y codependientes.

Se cumplió con el objetivo principal de acompañamiento y elaboración de un programa de atención psicoterapéutica, la asistencia psicológica es ahora de vital importancia para la casa de restauración. Los pacientes que han recibido este beneficio lograron no solamente conocer de cerca sino de participar y hacer cultura psicológica, aprendieron que es necesario conocerse y conocer de los que nos rodean, que los factores sociales, culturales y personales son parte de lo que somos y de la manera en que nos comportamos y actuamos, que sí hay formas y disciplinas que pueden modificar positivamente nuestra vida.

El servicio prestado a los pacientes que recayeron nos dio la pauta para crear hipótesis sobre el beneficio psicológico que ellos percibieron, puesto que ahora están conscientes que requieren ayuda psicológica, además aceptan que es un proceso que deben confrontar y que deben someterse a un control más seguro.

A través de este subprograma se pudo acumular experiencias en el área de la subjetividad del dependiente, por ejemplo, casos de consumistas de cocaína, ellos crean un grupo que podríamos llamarle subcultura de consumidores de cocaína, en el caló de ellos les llaman "coqueros", o "cocos", estos crean grupos afines por varias razones, primero porque dentro del grupo encuentran siempre lo que quieren cuando uno de ellos no tiene, ó cualquiera del grupo sabe dónde obtener el producto cuando este escasea en el "punto" (lugar de distribución), de la misma manera lo hace el que ingiere bebidas alcohólicas, les llaman a esos grupos "Los Charas" o los "Químicos", también están los poli consumistas, quienes mezclan drogas distintas en un mismo cigarrillo, se les conoce como "Primos", aunque cualquier miembro puede por momentos estar en uno u en otro grupo, sin embargo, tienen sus preferencias aún cuando se trabajó en grupos para realizar talleres ó charlas, siempre permanecían

muy unidos, otra característica muy notable es que después de las recaídas, se reencontraban, y siempre buscaban su grupo de afinidad. Lo extraordinario es que detrás de cada coquero de cada mariguano, flexero, primo, o alcohólico aparece muy dentro de ellos, un ser humano pidiendo en su inconsciente una ayuda psicológica como una esperanza para volver a su estado natural por no decir normal.

La respuesta obtenida con las actividades alternativas como los ejercicios de relajación fueron muy provechosas puesto que generan tranquilidad y quietud, disminuyendo los pensamientos que producen ansiedad, sobre todo los pacientes de nuevo ingreso que generalmente entran con síndrome de abstinencia. El sano entretenimiento para los paciente que se internan en una institución donde no se les exige mayor cosa que mantener los espacios libres y ordenados, deja mucho tiempo de ocio y aburrimiento, es por ello que se llenan esos espacios con actividades alternativas, mientras se acercan actividades con grupos externos o ayudas.

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

El subprograma de docencia tiene la facultad de la flexibilidad del aprendizaje por lo que los grupos participantes se vieron complacidos con cada taller, aún con las charlas motivacionales la tomaron tan en serio que los temas se iban extendiendo y muchas veces no bastaba con dos o tres sesiones por taller.

El compartir de cerca la realidad del tema de las adicciones nos hace reflexionar sobre la necesidad de actualizarse en los temas psicosociales que conlleva este complejo.

El impacto que tiene el taller grupal con relación al tema "Mi testimonio"



se asemeja a la catarsis realizada por los grupos de A.A, con la diferencia de que el participante aporta sus ideas para los cambios que a él le han sido positivos y de aquellos que le han beneficiado. "Mi testimonio", consiste en reflejar cómo empezó a insertarse la adicción en el participante, a qué lugares lo condujo su conducta adictiva, cómo superó las dificultades, qué le provocaron esas conductas, dónde se encuentra hoy, y qué piensa en este momento de todo lo acontecido. La reflexión dictada por cada participante genera una Abreacción, descargando o liberando su tensión emocional producida por el recuerdo.

La implementación de los cine foros fue una experiencia extraordinaria puesto que es fácil para ellos abrirse a su subjetividad de cómo ve cada uno de ellos las cosas, de cómo perciben cada tema, cómo lo entienden y de la manera en que ellos actuarían ante las escenas plasmadas. Se pudo experimentar con este concepto, cómo se adentran los participantes en los personajes principales, anhelando aquello que en algún momento desearon alcanzar o lo que lograron y experimentaron en alguna escena de su vida, pudiéndose dar cuenta de que cada uno de ellos tiene capacidades innatas que pueden desarrollar en el futuro, además de que tienen las capacidades de aprender nuevas formas de vida y encontrarle un nuevo sentido, un nuevo rumbo y encaminarse a una vida productiva y promisoría.

En el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado el epeista pudo hacer una reflexión sobre el valor del conocimiento del tema de adicciones y la labor psicoterapéutica que requieren los pacientes que necesitan la intervención psicológica, pues vivir y compartir de cerca la realidad del paciente y la realidad de la problemática psicosocial que vive nuestro país, sensibilizó esa parte profesional adquirida a través del

proceso de aprendizaje, aumentando la ética profesional necesaria para prestar un servicio lo más apegado posible a nuestra realidad, con valores de solidaridad y tolerancia para los afectados de esa problemática.

Las instituciones invitadas a participar de las charlas quedaron muy complacidas con los mini talleres que se lograron impartir puesto que experimentaron una nueva forma terapéutica para ponerla en marcha en sus centros.

Con las familias se trabajó poco, puesto que había que programar espacios sin calendario porque no tenían fechas destinadas para llegar a ver a sus pacientes o no asistían a las invitaciones, sin embargo, con las familias que se logró trabajar se realizaron charlas relacionadas a los factores predisponentes de las recaídas, factores detonantes de las adicciones, así como técnicas participativas reconociendo muchas veces el desconocimiento de las causas y aceptando las nuevas formas de convivencia familiar.

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

Este subprograma se formula el objetivo: Determinar causas que conlleva la adicción de los pacientes en el hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús" .

Las entrevistas como las historias clínicas fueron herramientas de gran utilidad ya que es a través de ellas, como se obtiene la información necesaria para las intervenciones, individuales como grupales.

Para el paciente que llenó el cuestionario de ítems relacionados a la inserción de la droga provocó mucha incertidumbre, puesto que no es

común que se realicen preguntas directas, como por ejemplo, ¿alguien de su familia cercana, padre o madre, hermano, consume o consumió cualquier tipo de droga? Indique cuál, en su mayoría cuestionaron, ¿es necesario responder esta pregunta?; se les explicaba que todas las preguntas eran muy importantes pues es parte del proceso y que mantendremos una ética profesional dentro del centro.

Los pacientes con síndrome de abstinencia se les atendía en cubículos especiales cuando era necesario, especialmente cuando su conducta solía ser agresiva, se descubrió más adelante que lo hacían de esa manera como un mecanismo de defensa, por los malos tratos que recibían en otros centros, poco a poco fueron desapareciendo los cubículos especiales, ellos le llamaban bartolinas. Cuando un paciente llegaba con síntomas agresivos, se le explicaba que en ese lugar no habían bartolinas y que no era necesario comportarse agresivo y que si colaboraba todo sería más fácil, fue de esa manera como desaparecieron las habitaciones de encierro o castigo.

Las conductas de las recaídas iniciaban en los hogares de los pacientes por diferentes causas, malas relaciones familiares, poca tolerancia a la frustración, por lo que fue necesario diseñar historia clínica adecuada a la adicción así como de cuestionario para recabar dicha información. Este subprograma evidenció la necesidad de implementar el servicio psicológico de carácter urgente en los centros que realizan la labor social de prevención y atención a consumidores adictos.

De acuerdo a los resultados de las causas que conllevan las adicciones en nuestro país se puede afirmar la gran afinidad psicosocial de este fenómeno desde la perspectiva biogenética como causa, si no principal, en un alto porcentaje; por cultura, la mayoría de las familias

guatemaltecas los dos o uno de los padres han ingerido o consumido más de una droga, sea esta autorizada, como el tabaco, alcohol ó cualquier otra droga ilícita conocida, mariguana, cocaína, etcétera; ingerido éste muchas veces en su juventud temprana o tardía, la población guatemalteca justifica su conducta adictiva por festejos diversos, cumpleaños, bautizos, bodas, compadrazgos, fiestas patronales, que ganó el equipo preferido, fin de semana o quincena, etc. Los problemas psicológicos sufridos por la población adicta, son de conducta muy polarizada que va desde un estado de euforia a estados depresivos, algunas veces llega ésta a desencadenar violencia, abusos sociales, frustración, en algunos casos antes, durante y después del consumo, la pertenencia a grupos afines a partir de subculturas determinadas, por el tipo de drogas de consumo o por la pertenencia a grupos delincuenciales, son causadas por problemas psicosociales que incluyen familias disfuncionales, madres solteras, divorcios, abandono, hijos no deseados, violaciones, pobreza. Pero más allá de estos aspectos psicosociales, los aspectos políticos han ido generando en la población adictiva el consumo de drogas ilícitas con mayor facilidad de obtención, como consecuencia de la ineficacia de las autoridades correspondientes, al no frenar los índices altos de narcoactividad en nuestro país.

## **ANALISIS DE CONTEXTO**

Es importante mencionar que la experiencia adquirida y vivida en el Ejercicio Profesional Supervisado en el Hogar de rehabilitación "La Luz de Jesús" con relación a la drogodependencia, es una labor psicosocial en donde se logran los objetivos propuestos, es evidente que el trabajo psicológico del tema de Las Adicciones deben continuar en este centro, por la necesidad psicosocial de servicios psicológicos que requiere la población guatemalteca de los últimos tiempos. Las adicciones cada día

cobran muchas víctimas en nuestro país, la enfermedad sigue avanzando a pasos agigantados y los centros que prestan estos servicios siguen creciendo para frenar, pero la labor psicológica aún tiene mucho camino por recorrer no solamente para adquirir el conocimiento necesario sino para actuar en aras de su objetivo de una salud mental.

Es de suma importancia para el psicólogo que está determinado a la labor de la atención de la drogodependencia y para el que estará pensando en la labor de prevención de las adicciones, tomar muy en cuenta los problemas psicosociales de pobreza que atraviesa nuestro país, así como las limitaciones sociales de las entidades gubernamentales destinadas a este tema, pues no existe una asistencia real de esta problemática, en su mayoría las entidades que prestan los servicios de tratamiento y prevención costean sus insumos con el cobro que le exigen al paciente, pero dicho cobro está regulado a la realidad económica del país así como del entorno socioeconómico operante. Aún no existe un programa gubernativo para la salud mental que facilite los insumos en la salud médica social. Es importante fortalecer los programas de atención psicológica social comunitaria para la prevención de las adicciones y presentar proyectos para iniciativas gubernamentales en este tema. Otro factor que es muy importante para esta problemática es la carencia de una cultura psicológica, es decir que la psicología no es aceptada por los sectores de pobreza pues aún contiene estereotipos de que la Psicología es para enfermos mentales, asociando la psicología con la Psiquiatría. Por lo que se sugiere la creación desde la base de la Escuela de Ciencias Psicológicas una labor del desarrollo de una conciencia psicológica para la población guatemalteca impulsando a la población estudiantil primaria, luego la sociedad en general de la importancia de la psicología en nuestro país.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

#### 5.1 CONCLUSIONES.

##### 5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES.

- Después de haber llevado a cabo el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado se concluye que en su mayoría se cumplieron los objetivos propuestos al inicio del mismo, por los diferentes factores que incluyeron en el proceso, como la participación, la disposición tanto de la población atendida, la atención del epesista, el lugar, las condiciones, etc.
- El objetivo más importante para la labor del psicólogo como de la Psicología en sí, es el sujeto y su subjetividad, los factores de vulnerabilidad que le afectan con relación a la Adicción y la prevención como un elemento profiláctico para su liberación.

##### 5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

- El proceso terapéutico es un programa básico para mejorar la Salud Mental, encontrar los factores psicofísicos, psicosociales, y psicoculturales que afectan al adicto y mejoran las relaciones con la familia afectada.
- La participación del paciente como elemento dependiente y el familiar como codependiente en los programas de prevención como atención directa son indispensable para la recuperación de los sujetos psicosociales afectados.
- Las actividades alternativas como herramientas profilácticas minimizan los síntomas psicológicos negativos de los pacientes.

### **5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.**

- La institución crea los espacios necesarios para la labor del especialista, de aprendizaje y enseñanza para futuros programas
- La participación psicológica fomentó una estrategia organizada de atención en el terreno psicoterapéutico de las adicciones.
- Las actividades de intervención para evitar recaídas, que se realizaron con el personal fortalecieron la cognición relacionada a la participación psicológica necesaria en la recuperación de los pacientes, a atender en el futuro.
- Los pacientes y sus familiares sienten mayor confianza en el proceso terapéutico.

### **5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.**

- Se determinó que los factores psicosociales, culturales y psicológicos son responsables de la ontología adictiva en la población atendida.
- La aplicación metodológica relacionada a la atención de adicciones y técnicas asociadas a las necesidades de los pacientes permitió el restablecimiento saludable de los afectados.
- Los riesgos psicosociales que provocan los detonantes de las recaídas como las malas relaciones familiares se pueden identificar a través de Historias clínicas.
- La participación familiar conjunta es de vital importancia, como proceso para la recuperación de los pacientes.

## **5.2 RECOMENDACIONES.**

### **5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES.**

- Por la situación actual que la población guatemalteca está viviendo, es necesario continuar con este proyecto, con el fin de minimizar los niveles de adicciones, mejorando así la convivencia pacífica en las familias afectadas.
- Realizar campañas de sensibilización, promoviendo la Salud Mental y la importancia del conocimiento de las consecuencias de las drogas y alcoholismo.
- Reforzar los programas psicológicos relacionados a las drogas en la Escuela de Ciencias Psicológicas con la participación de los directores de los diferentes centros de rehabilitación, que prestan este tipo de servicio.

#### **5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.**

- Que el psicólogo se sumerja dentro de las instituciones y participe directamente en ellas.
- Sensibilizar e involucrar a los centros que prestan servicios de atención para alcohólicos y drogas sobre los programas de atención y prevención psicológica, para obtener resultados más efectivos
- Se recomienda brindar tratamientos psicoterapéuticos adecuados para los pacientes de nuevo ingreso y tratamientos familiares para evitar las recaídas en sus pacientes.
- Reforzar actividades alternativas dirigidas a las necesidades de los pacientes con síndrome de abstinencia, como a los pacientes en recuperación

#### **5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.**

- Creación de talleres de drogas y adicciones para padres de familia, estudiantes de los diferentes grados de los niveles primaria y secundaria, que reciben servicios de práctica supervisada de la



escuela de Ciencias Psicológicas.

- Que se realicen actividades en donde se promueva la prevención del uso de las drogas a nivel institucional y comunal involucrando a Maestros, Padres de Familia, Instituciones, Líderes de las Comunidades, niñas, niños, etc.

#### **5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.**

- Crear un modelo de historia clínica con los ítems adecuados que generen la información de la inserción de la adicción.
- Crear un modelo de intervención psicológica de acuerdo a las realidades psicosociales, culturales, y económicas de nuestro país.
- Investigar metodologías psicológicas sobre neurociencia y drogas, apegadas a las realidades psicosociales.

## BIBLIOGRAFÍA.

Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997).  
Barcelona. Paidós Studio.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1997) APA. Barcelona. Masson.

Frankl E. Viktor. La psicoterapia al alcance de todos. Barcelona Editorial Herder.1986

González Rey Fernando. Investigación Cualitativa y Subjetividad. Editorial Tinta y Papel S.A apoyada por Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2006.

Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. 2,008

John P. J. Pinel Biosociología 4ª Edición Pearson Educación S.A. Madrid 2,001.

Keiros@asinet.com.uy

NIDA Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

Sisti Elvio "Salud mental de base", Editorial UCA 1995.

## GLOSARIO.

**Abstinencia, síndrome de.** Conjunto de signos y síntomas que se producen tras existir una dependencia de carácter físico o/y psíquico hacia una droga y cesar bruscamente su empleo.

**Agresividad.** Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien.

**Alucinógenos.** Son sustancias capaces de provocar trastornos sensoriales, afectando a las emociones y el pensamiento. Pueden producir ilusiones y alucinaciones (ver o sentir algo que no existe en la realidad).

**Anfetamina.** Derivado químico y potente estimulante del sistema nervioso central. Disminuye el apetito y provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad y verborrea. Tienen un gran poder de adicción y crean una alta dependencia.

**Ansiolítico.** Fármaco que hace disminuir y desaparecer la ansiedad.

**Antidepresivo.** Fármaco que eleva el tono del ánimo; se usa para combatir la depresión.

**Barbitúrico.** Nombre genérico de los fármacos derivados del ácido barbitúrico, de fuerte acción hipnótica.

**Claustrofobia.** Fobia a los lugares cerrados

**Cocaína.** Estimulante que proviene de la planta de la coca, arbusto perenne de América del Sur. De ahí sale la *pasta de coca* o clorhidrato de cocaína, un polvo blanco que actúa como estimulante del SNC. Provoca una gran euforia y excitación, con sensación de bienestar. No se siente cansancio físico ni psíquico, por lo que la persona que la ha consumido sobrevalora sus capacidades.

**Delirium Tremens.** Constituye una espantosa reacción del enfermo alcohólico presa de horribles alucinaciones. El terror experimentado es tan intenso que puede provocar la fuga, el suicidio o incluso el asesinato.

**Endorfinas.** Son opiáceos naturales producidos en el cerebro y en la glándula pituitaria. Se las considera una clase de neurotransmisores.

**Esquizofrenia.** Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad.

**Estimulante.** Fármaco que aumenta la actividad motriz y psíquica del individuo.

**Éxtasis.** Droga alucinógena de síntesis que se fabrica en laboratorios clandestinos. Son derivados anfetamínicos, capaces de alterar el comportamiento y las funciones vitales del organismo.

**Ideación paranoide.** Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

**Marihuana.** Denominación popular del extracto de una parte del cannabis, produce euforia y sensación de flotación.

**Medicamento agonista.** Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

**Medicamento agonista/antagonista.** Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

**Medicamento antagonista.** Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

**Morfina.** Principal alcaloide extraído del opio; tiene propiedades terapéuticas, sobre todo como analgésico y espasmolítico. Es también una droga

**Narcótico.** Sustancias químicas que provocan la aparición del sueño

**Neuroléptico.** Fármaco psicológico con efectos sedantes, ansiolíticos y antipsicóticos.

**Neurotransmisor.** Es un "mensajero" químico que permite que una neurona excite o inhiba la despolarización (o sea, la "descarga") de otra neurona adyacente a ella.

**Obsesión.** Irrupción en el pensamiento de una idea, un sentimiento o una tendencia, que aparece en el enfermo en desacuerdo con su pensamiento consciente, pero que persiste a pesar de todos los esfuerzos que hace el sujeto por deshacerse de él.

**Obsesivo-compulsiva, neurosis.** Neurosis en las que las obsesiones y compulsiones se han hecho crónicas, perturbando la vida normal del sujeto.

**Paranoia.** Delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica aparentemente perfecta y sin deterioro intelectual. La paranoia es raro que se establezca de forma pura, por eso es más conveniente hablar de personalidad paranoica, cuyos rasgos esenciales son una exagerada susceptibilidad, una hipervaloración del yo, desconfianza y una construcción mental peculiar.

**Placebo.** Sustancia farmacológica o tratamiento sin ningún efecto pero que proporciona alivio al paciente por un fenómeno de persuasión.

**Psicofármaco.** Sustancia química capaz de modificar el psiquismo normal o patológico.

**Resistencia.** Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad.

**Sedante.** Sustancia que atenúa los estados de excitación emotiva o motriz.

**Síntoma.** Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador

**Somatización.** Proceso por el cual se transforman o convierten problemas emotivos en síntomas somáticos.

**ANEXOS.**



## HISTORIA CLÍNICA

### *DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:*

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Condición económica actual: \_\_\_\_\_  
Situación Legal: \_\_\_\_\_

### *DATOS DEL ACOMPAÑANTE:*

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Situación Legal: \_\_\_\_\_

### *MOTIVOS DEL INGRESO:*

Voluntario: \_\_\_\_\_ Forzado: \_\_\_\_\_ Seguimiento: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_ Indique: \_\_\_\_\_

### *HISTORIA SOCIO-FAMILIAR:*

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la esposa(o): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de los hijos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*HISTORIA TOXICOLÓGICA:*

Tipo de sustancia: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Sustancia de preferencia: \_\_\_\_\_

Combinación con alguna otra sustancia: \_\_\_\_\_

Intentos previos para dejar de consumir: \_\_\_\_\_

Motivos para tomar la decisión de dejarla de consumir: \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido en dicha ocasión: \_\_\_\_\_

Motivo de recaída: \_\_\_\_\_

Consecuencia por el consumo (psicológico, familiar, sexual, laboral, económico o legal):

\_\_\_\_\_

Importancia del alcohol o sustancia en su vida: \_\_\_\_\_

---

Formas de adquisición de la sustancia: \_\_\_\_\_

Costos de la sustancia: \_\_\_\_\_

Hábitos de consumo (lugares): \_\_\_\_\_

---

¿En qué condición? (solo, acompañado): \_\_\_\_\_

Expectativas del uso de la droga: \_\_\_\_\_

---

¿Qué razones tiene para consumir? \_\_\_\_\_

¿Qué razón tendría para dejar de consumir? \_\_\_\_\_

Edad de inicio: \_\_\_\_\_ Droga de inicio: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Enfermedades (incluir contagiosas): \_\_\_\_\_