

---

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y C.S. DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

---



**EL ROL QUE CUMPLE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN  
CON PACIENTES FARMACODEPENDIENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO  
“SAN JUAN DE DIOS”**

Tesis de grado presentada a la Universidad Mayor de San Simón, en cumplimiento parcial de los requisitos para la obtención del título de licenciatura en Trabajo Social.

Autor: Roger Sanchez Lopez

Tutor/a metodológica: Marina Arratia Ph.D.

Tutor/a temática: Lic. Esther Delgaldillo

**COCHABAMBA – BOLIVIA**

La presente Tesis de Grado es presentada en cumplimiento a requisitos exigidos para obtener el Grado Académico de Licenciatura en Trabajo Social, realizado por: Roger Sanchez Lopez

Fue aprobada en la ciudad de Cochabamba en fecha.....de.....de 2021.

Obteniendo la nota de.....puntos.

La comisión evaluadora estuvo conformada por:

.....  
Sandra Verónica Carretero Valdez Ph.D  
**LECTOR TRIBUNAL**

.....  
Mgr. Elizabeth Mercedes Hinojosa Luizaga  
**TRIBUNAL**

.....  
Lic. David Enrique Aranibar Brañez  
**TRIBUNAL**

.....  
Marina Arratia Jiménez Ph.D.  
**TUTOR METODOLÓGICO**

.....  
Lic. María Esther Delgadillo Bazoalto  
**TUTOR TEMÁTICO**

.....  
Mgr. John Reynaldo Loredó Olivares  
**DIRECTOR DE CARRERA DE  
TRABAJO SOCIAL**

.....  
Lic. Rene Gonzalo Rivera Miranda  
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN**

## DEDICATORIA

*Dedicarles este trabajo a mi familia que me brindaron su apoyo incondicional, mi hermano, mi hermana y mis papas, pero especialmente a mi mamá, Elva López por su esfuerzo de cada día a día por darnos las mejores comodidades de la vida en nuestro hogar.*

## **AGRADECIMIENTOS**

De forma muy sincera agradezco a Marina Arratia Ph.D. por el apoyo incondicional, por guiarme y animarme a concluir la tesis de grado, a pesar de las adversidades de la vida que he enfrentado. También agradecer a la Lic. Esther Delgaldillo por ser la tutora temática de la tesis de grado.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| DEDICATORIA .....   | 3         |
| AGRADECIMIENTOS .....   | 4         |
| ÍNDICE.....   | 5         |
| INTRODUCCIÓN.....   | 8         |
| <b>CAPÍTULO I: PRESENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.....</b>          | <b>11</b> |
| 1.1. Planteamiento del problema.....                                    | 11        |
| 1.2. Preguntas de investigación .....                                   | 16        |
| 1.2.1 Pregunta principal.....   | 16        |
| 1.2.2 Preguntas específicas.....  | 16        |
| 1.3. Objetivos de investigación .....                                   | 17        |
| 1.3.1 Objetivo general .....  | 17        |
| 1.3.2 Objetivos específicos .....                                       | 17        |
| 1.4. Justificación .....  | 17        |
| <b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE INVESTIGACION.....</b>                   | <b>20</b> |
| 2.1. Tipo de investigación.....   | 20        |
| 2.2. Población y muestra .....  | 21        |
| 2.2.1 Población.....  | 21        |
| 2.2.2 Muestra .....   | 21        |
| 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información .....        | 22        |
| 2.3.1 Revisión documental .....   | 22        |
| 2.3.2 Observación etnográfica .....                                     | 23        |
| 2.3.3 Entrevista .....  | 24        |
| 2.4. Trabajo de campo.....  | 25        |
| 2.5. Procesamiento de la información.....                               | 26        |
| <b>CAPITULO III: MARCO TEORICO .....</b>                                | <b>27</b> |
| 3.1. La farmacodependencia o drogadicción.....                          | 27        |
| 3.1.1 Droga o fármaco .....   | 27        |
| 3.1.2 Drogo dependencia .....   | 28        |
| 3.1.3 Sustancias psicoactivas .....                                     | 28        |
| 3.2. Los factores de riesgo .....                                       | 28        |
| 3.2.1 Tipos de factores de riesgos .....                                | 29        |
| 3.3. Los Factores de protección .....                                   | 30        |
| 3.3.1. Tipos de factores de protección.....                             | 30        |
| 3.4. La Comunidad Terapéutica del psiquiátrico “San Juan de Dios” ..... | 32        |
| 3.4.1 Proceso de rehabilitación.....                                    | 32        |
| 3.5. Tipos de tratamiento .....   | 33        |
| 3.5.1 Tratamiento farmacológico .....                                   | 33        |
| 3.5.2 Tratamiento conductual .....                                      | 34        |
| 3.5.3 Tratamiento con internación o residencial .....                   | 34        |
| 3.6. Familia.....   | 36        |

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| 3.6.1   | Tipos de constitución familiar .....  | 37        |
| 3.7.  | Estructura familiar .....   | 38        |
| 3.7.1   | Subsistema conyugal .....   | 38        |
| 3.7.2   | Subsistema parental .....   | 39        |
| 3.7.3   | Subsistema fraterno .....   | 39        |
| 3.8.  | Rol de la familia .....   | 39        |
| 3.8.1   | Roles conyugales .....  | 40        |
| 3.8.2   | Roles parentales .....  | 40        |
| 3.9.  | Condiciones socioeconómicos de la familia .....   | 42        |
| 3.9.1.  | Situación económica familiar .....  | 42        |
| 3.9.2.  | Situación social familiar .....   | 43        |
| 3.10.   | Comunicación familiar .....   | 45        |
| 3.11.   | Trabajo Social y salud mental .....   | 45        |
| 3.11.1  | Métodos de intervención social .....  | 46        |
| 3.11.2  | Intervención social a nivel familiar .....  | 47        |
| 3.11.3  | Protocolos de atención en Trabajo social del Hospital San Juan Dios .....                                       | 48        |
| <b>CAPÍTULO IV: MARCO CONTEXTUAL .....</b>          |   | <b>52</b> |
| 4.1.  | El instituto psiquiátrico “San Juan de Dios” .....  | 52        |
| 4.1.1   | Antecedentes históricos .....   | 52        |
| 4.1.2   | La misión, visión y objetivos institucionales .....   | 54        |
| 4.1.3   | Unidades e instalaciones del Hospital "San Juan de Dios" .....  | 55        |
| 4.1.4   | Servicios de atención y especialidades .....  | 58        |
| 4.1.5   | La organización institucional (organigrama) .....   | 62        |
| 4.2.  | Área de Trabajo Social del Psiquiátrico San Juan de Dios .....  | 62        |
| 4.2.1   | Objetivos del área de Trabajo Social .....  | 63        |
| 4.2.2   | Métodos de intervención social .....  | 64        |
| 4.2.3   | Método de intervención de caso .....  | 64        |
| 4.2.4   | Funciones desarrolladas en la atención de caso .....  | 65        |
| 4.2.5.  | Intervención social a nivel familiar .....  | 69        |
| <b>CAPÍTULO V: HALLAZCOS DE INVESTIGACION .....</b> |   | <b>70</b> |
| 5.1.  | Presentación de estudios de caso .....  | 71        |
| 5.1.1.  | Caso 1: Angy .....  | 71        |
| 5.1.2   | Caso 2: Roberto .....   | 78        |
| 5.1.3   | Caso 3: Jhony .....   | 85        |
| 5.2.  | Análisis de los casos .....   | 92        |
| 5.2.1   | Situación socioeconómica de los pacientes y sus familias .....  | 92        |
| 5.3.  | Las familias de los pacientes: Tipología y relaciones intrafamiliares .....                                     | 97        |
| 5.3.1   | Composición de las familias .....   | 97        |
| 5.3.2   | Relación de los pacientes con los miembros de su familia .....  | 100       |
| 5.4.  | El rol de la familia en el tratamiento de los pacientes .....   | 103       |
| 5.4.1   | Responsable familiar del paciente .....   | 104       |
| 5.4.2   | Motivación y resiliencia familiar en proceso de recuperación del paciente .....                                 | 107       |
| 5.4.3   | Participación de los miembros de la familia en actividades del proceso de rehabilitación de los pacientes ..... | 109       |

|  |            |
|--|------------|
| <b>5.5. El rol del Trabajador Social en la rehabilitación de los pacientes drogodependientes y sus familias.....</b> | <b>114</b> |
| <b>5.5.1 Consulta externas en área de Trabajo Social .....</b>   | <b>115</b> |
| <b>5.5.2 Estudio de caso como estrategia de intervención.....</b>  | <b>118</b> |
| <b>5.5.3 Educación social como estrategia de intervención terapéutica familiar .....</b>                             | <b>121</b> |
| <b>5.5.4. Metáforas lingüísticas como estrategia creativa en la intervención con las familias.....</b>               | <b>126</b> |
| <b>5.5.5. Implementación creativa de colores y dibujos como intervención en familias ....</b>                        | <b>127</b> |
| <b>5.5.6. La familia como dos caras de la moneda en proceso de recuperación del paciente.....</b>                    | <b>128</b> |
| <b>CAPÍTULO VI .....</b>   | <b>130</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>   | <b>130</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>  | <b>137</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>141</b> |

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el consumo de drogas y alcohol ha aumentado hasta llegar a adicciones provocando conductas desadaptadas o muertes, según informes a nivel internacional fallecieron cerca de 450.000 personas por el consumo de drogas en todo el mundo (UNODC, 2017) . A nivel nacional se ha reportado una creciente en el consumo de alcohol y marihuana en la población de jóvenes y personas adultas. A nivel de Cochabamba se registraron 213 casos de consumo y microtráfico de drogas en Unidades Educativas públicas, fiscales, de convenio en los operativos de la policía.

La aparición del consumo de drogas está asociada a la presencia de algunos factores, estos son los factores de riesgo que son condiciones que facilitan el consumo de drogas, pero también existen los factores de protección que son condiciones de prevención e intervención frente a las drogas, que hacen que sea más difícil que aparezca el consumo. Uno de los factores de protección es la familia y el rol que cumple está en el proceso de prevención e intervención.

La presente investigación se realizó en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” en la unidad farmacodependientes que ofrece un programa terapéutico comunitario, para personas con problemas de adicción al alcohol y drogas, brindando tratamientos multidisciplinarios (médico, psicológico, educativo, social y espiritual) en donde involucran actividades de rehabilitación con participación de las familias de los pacientes con el propósito que el paciente mejore su calidad de vida y la de su entorno social.

Con base de la problematización y el contexto de investigación, el objetivo de la tesis es: Analizar el rol de la familia en el proceso de rehabilitación de pacientes fármaco



dependientes internados en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de la ciudad de Cochabamba, en la gestión 2019-2020. Los objetivos específicos son: a) analizar la composición y dinámica de los miembros de la familia de los pacientes drogodependientes, b) describir la situación socioeconómica de la familia de los pacientes drogodependientes, y c) indagar la participación y actividades que cumple la familia en el protocolo de atención a los pacientes drogodependientes

La metodología tiene un enfoque cualitativo con base etnográfica, que ha permitido describir y analizar los conocimientos, percepciones, actitudes y experiencias de los actores involucrados en el estudio. El método análisis de la “categorización abierta” que provee la Teoría Fundamentada, ha permitido identificar los principales conceptos emergentes de los discursos de los pacientes sobre su familia y su rol que cumplen en el proceso de tratamiento, apoyados por un equipo interdisciplinar de profesionales en salud mental del hospital.

La relevancia de este estudio, desde el campo del Trabajo Social, por un lado, es el estudio de los aspectos socioeconómicos familiares y culturales que inciden en el origen y desarrollo de la drogodependencia y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando la problemática. Por otro lado, el estudio de la familia como unidad básica de organización social, de amparo y protección de sus miembros. En nuestro caso, el rol de la familia es de vital importancia, como agente recuperador de personas farmacodependientes, es decir, en el proceso terapéutico, la familia es considerada como una “herramienta” más para la recuperación de pacientes con problemas de alcohol y drogas en la sociedad. La familia coadyuva en el proceso de recuperación y el desarrollo de capacidades psicosociales, basadas en la comunicación, el afecto, y también en el establecimiento y desarrollo integral de normas y hábitos de vida saludable de sus miembros.

Este documento está organizado en seis capítulos: 1. presentación del tema de investigación, 2. metodología de investigación, 3. marco teórico, 4. marco contextual, 5. hallazgos de la investigación, y 6. conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO I

### PRESENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Planteamiento del problema

A fin de determinar a qué se refiere el problema del consumo de drogas es necesario definir qué son las drogas. El término “droga” es “de uso variado, en las diferentes disciplinas. En varias convenciones de las Naciones Unidas y en la declaración sobre reducción de la demanda de drogas, se refiere a sustancias que son objeto de control internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia que son objeto de control prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En la farmacología, el termino droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el termino drogas se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia a drogas ilícitas” (Alonso, et al. 2000, p.64).

El Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC<sup>1</sup> (2017) presentado a representantes del gobierno y la sociedad civil, cuyo Informe destaca que el 2015 fallecieron cerca de 450.000 personas por el consumo de drogas en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. De esas muertes, 168.000 estaban relacionadas con los trastornos por consumo de drogas, principalmente sobredosis. En 2016, cerca de 275 millones de personas entre 15 y 64 años consumió drogas en al menos una ocasión. El informe de la UNODC destaca en Bolivia que el 56,8% consumieron alcohol al menos una vez en 2016, de los cuales el 18,3% son bebedores en riesgo o con un uso perjudicial, con una significativa mayor proporción entre los hombres que entre las mujeres: 26,6% y 12,7%, respectivamente. Entre

---

<sup>1</sup> La Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

los consumidores de alcohol en el último año, un 15,2% presenta signos de dependencia, la cual alcanza al 17,7% en los hombres y al 12,4% en las mujeres (UNODC, 2017, p.37).

Entre las drogas ilegales, la más consumida es la marihuana, los resultados muestran que el 5% de los universitarios ha consumido marihuana alguna vez en 2016 en comparación al 3,6% en 2012. El consumo de la marihuana llegó en 2016 a 6,6% entre los hombres y a 3,5% en las mujeres. El Estudio señala que la segunda droga ilegal más consumida entre los estudiantes universitarios es el LSD. La cocaína es la tercera droga ilegal consumida entre los universitarios de Bolivia (UNODC, 2017, p.38).

Particularmente en Cochabamba, la Secretaría Municipal de Desarrollo Humano informó que el 2017 se registraron 213 casos de consumo y microtráfico de drogas en Unidades Educativas públicas, fiscales, de convenio y particulares de la ciudad de Cochabamba. Entre los casos más sobresalientes están 170 reportes de estudiantes en posesión de pipas de marihuana y dos estudiantes que tenían cocaína en su poder (Manzaneda, 2018, p. 14). La edad promedio de inicio en el consumo de alcohol en la adolescencia Cochabambina es de 16 años y la más baja a los 14 años en el uso del tabaco. En cuanto a las drogas ilícitas la edad promedio, en la mayoría de los casos, es a los 15 años, sin embargo, se comienza a consumir de forma precoz inhalables entre los 12 y 13 años. Los porcentajes de consumo drogas ilícitas en la juventud de Cochabamba son la Marihuana con 15,1%, pasta base 14,9 %, inhalables 12,6 % y otras drogas 13,4% (Aguilar, 2018, p.8).

El uso de las drogas en adolescentes, jóvenes se ha reportado esporádicamente en las zonas rurales, periurbanas y urbanas de Cochabamba ha sido motivo de consulta en el servicio de salud cuando ha producido síntomas de trastornos psiquiátricos. La población

está dándose cuenta de las conductas anormales o de riesgo que consumen las sustancias psicoactivas. El hospital psiquiátrico “San Juan de Dios” de Cochabamba ofrece el programa de Comunidad Terapéutica. Las personas mayores de edad de 18 a 60 años de edad sean varones o mujeres que desean superar su adicción a las sustancias psicoactivas como ser: los depresores (opiáceos, alcohol etílico, disolventes volátiles, sedantes y ansiolíticos), los estimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, cafeínas y nicotina) y los alucinógenos (marihuana, LSD 25, mezcalina, psilocibina y feniliciclidina) encuentran una alternativa de tratamiento multidisciplinario en la Comunidad Terapéutica del psiquiátrico, sin embargo otras personas drogodependientes se internan a causa de alteraciones emocionales, trastornos de depresión y tristeza. Muchos pacientes caen en el consumo de drogas por pérdidas relacionadas con parejas, problemas económicos o presiones sociales. (Sánchez, et al. 2014, p.30).

El porcentaje de ingresos del Hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios” en la unidad de farmacodependientes es de 80% varones y 20% mujeres. El diagnóstico de los pacientes consumidores de drogas, el mayor porcentaje con 31% están los consumidores múltiples (estimulantes, depresores y alucinógenos), con 24% los alcohólicos, con el 18% consumidores de Marihuana (Cannabis) y 12% con otras sustancias psicoactivas (Sánchez, et al. 2014, p.30).

Es un hecho que el abuso de drogas y las conductas adictivas tienen consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida familiar. Muchos miembros de la familia pueden mostrar perturbaciones psicológicas, psicosomáticas, afectivas, económicas, pero paralelamente, es igualmente cierto que las dinámicas familiares pueden influir sobre las conductas adictivas y su tratamiento (Cfr. Borelli y Pinto, 2006, p.19).

La influencia de la familia en la evolución de los trastornos adictivos ha sido objeto de numerosos estudios. Se ha analizado su papel en la toma de decisión para iniciar un tratamiento, en la desintoxicación, en la rehabilitación, en el mantenimiento de la abstinencia o recaída y en la reinserción por parte del drogodependiente. (Zapata, 2009, p. 87)

La aparición del consumo de drogas o fármacos está asociada a la presencia de algunos factores, estos son los factores de riesgo que son condiciones que facilitan el consumo de drogas (problemas salud, psicológicos, sociales, etc.), pero también existen los factores de protección que son condiciones de prevención e intervención frente a las drogas, que hacen que sea más difícil que aparezca el consumo. Uno de los factores de protección es la familia, es decir, que la familia desempeña una función fundamental para prevenir el estilo de vida de los miembros que conforma el núcleo familiar, especialmente los hijos, fomentando nuevas iniciativas, aprendiendo habilidades prácticas de manejo de su autoestima, comunicación asertiva y lazos emocionales que posibiliten al drogodependiente o al adicto alcanzar la abstinencia, modificar el estilo de vida e integrarse socialmente adaptado (Cfr. Fiorella, 2016, p.18)

La mejor forma de hacer prevención en el ámbito familiar es a través de la educación en hábitos y formas de vida saludables, planteada desde la estrategia general de la educación social para la salud física y emocional (Cfr. Pierri, 2011, p. 70). La familia también puede actuar como un agente de protección, en la medida que implemente normas adecuadas, patrones de crianza saludables, mantenga buenas relaciones interpersonales y brinde seguridad a cada uno de sus miembros de la familia. (Cfr. Fiorella, 2016, p.19)

En cuanto el rol que ocupa el profesional de Trabajo Social en la salud mental, es hacer respetar el derecho de salud que tienen las personas y contribuir a mejorar las condiciones de vida paciente y familia (sujetos-objetos de intervención). Entendiendo que el abordaje integral considera a la salud como el estado de bienestar biopsicosocial, requiriendo el esfuerzo de todos y cada uno de los individuos en el proceso de recuperación de la drogodependencia, donde juega un papel importante el paciente, su grupo familiar, su contexto social y la institución (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.148). También el trabajador social analiza las posibles soluciones al problema planteado, considerando las alternativas, recursos del usuario acorde a las políticas sociales en salud y otras políticas que van al logro del bienestar de las personas que acuden al servicio en área de Trabajo Social.

Ahora bien, en cuanto a las funciones del Trabajador Social en el proceso de rehabilitación con pacientes adictos a las drogas, se plantean realizar procesos investigativos e intervención como ser: brindar seguridad a la persona que solicita la atención, creación de una relación de empatía con paciente y sus familias, coordinar la internación intra o extra institucional, ofrecer educación social personal o familiar, realizar estudios de caso, orientación socio-familiar, seguimiento social al paciente, entrevista social, redacción de informes sociales y otros. Pero su principal función es la rehabilitación social, con la finalidad que los pacientes recuperen las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en familia y comunidad (reinserción social).

Existen algunos estudios de investigación describen la influencia de la familia como un factor importante en la evolución y recuperación de los trastornos adictivos, analizado su papel en la toma de decisión para iniciar un tratamiento en la rehabilitación, en el mantenimiento de la abstinencia o recaída y en la reinserción por parte del drogodependiente

(Cfr. Zapata, 2009, p. 87). Sin embargo, se tiene pocos estudios específicamente a nivel regional sobre protocolos de tratamientos que involucren a las familias en programas de rehabilitación de personas adictas a las sustancias psicoactivas desde el área de Trabajo Social en instituciones psiquiátricas o de salud mental.

Con base a esta argumentación se plantea las siguientes preguntas de investigación:

## **1.2. Preguntas de investigación**

### **1.2.1 Pregunta principal**

¿Qué rol cumple la familia en el proceso de rehabilitación de pacientes farmacodependientes internados en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de la ciudad de Cochabamba en la gestión 2019-2020?

### **1.2.2 Preguntas específicas**

- ¿Cómo es la composición y dinámica familiar de los pacientes drogodependientes?
- ¿Cuál es la situación socioeconómica de las familias de los pacientes drogodependientes?
- ¿Qué resultados se logra en el proceso terapéutico de los pacientes, desarrollado por el equipo de profesionales en salud y el trabajador social, a partir de la participación de la familia?



### **1.3. Objetivos de investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar el rol de la familia en el proceso de rehabilitación de pacientes farmacodependientes internados en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de la ciudad de Cochabamba en la gestión 2019 y 2020.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Describir la composición y dinámica familiar de los pacientes drogodependientes.
- Describir la situación socioeconómica de la familia de los pacientes drogodependientes.
- Analizar resultados del proceso terapéutico de los pacientes, desarrollado por el equipo de profesionales en salud y el trabajador social, a partir de la participación de la familia.

### **1.4. Justificación**

La familia constituye un elemento esencial en la socialización de niños/as, adolescentes, y jóvenes hasta su vida adulta por lo que, en los últimos años, la prevención e intervención en el ámbito familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas que existen en ella. Por ello una familia bien estructurada con normas y valores establecidos facilita la adaptación de los hijos/as a la sociedad (Zapata, 2009, p.90).

En este sentido, el estudio describirá a la familia como factor de protección que cumple una intervención en la problemática social de la drogodependencia. Las funciones y roles de padres y madres de familia logran recuperar y formar el desarrollo de capacidades

psicosociales que logran dentro de sus familias un alto grado de comunicación, establecimiento de normas y hábitos de vida saludable en la Sociedad ( Cfr. Pierri, 2011, p.74). Por lo tanto, el aporte social de la investigación contribuirá a las familias de personas adictas, en el desarrollo de estrategias intervención familiar como ser: redes de apoyo y motivación, comunicación asertiva, acompañamiento familiar, cohesión familiar en el proceso de recuperación del paciente, para desarrollar conocimientos y actitudes que buscan el mantenimiento de los cambios positivos logrados y la contención en situaciones de crisis.

En cuanto la relevancia institucional, el Hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios” es la única institución de Salud mental vigente en Cochabamba que tiene un programa de rehabilitación para personas farmacodependientes, que brinda tratamientos multidisciplinarios (médicos, psicológicos, educativos, sociales, etc.) como parte del tratamiento es involucrar e incentivar la participación de las familias de los pacientes en actividades de la comunidad terapéutica.

Es por esa razón, que la presente investigación aporta un estudio en profundidad de las estrategias institucionales que involucran a las familias durante el proceso de rehabilitación de pacientes adictos, sean varones o mujeres que han vivido en el mundo de la dependencia y el abuso del alcohol, drogas o fármacos, describiendo como los pacientes recobran la confianza en sí mismas para vivir sin ningún tipo de dependencia, gracias al involucramiento familiar, que le permitirá restablecer una vida social, familiar y laboral de forma digna.

El Trabajador Social en el ámbito de salud es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso

salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales. La relevancia para Trabajo Social es el estudio de las variables socioeconómicas familiares y culturales que describirá como inciden en el origen y desarrollo de la drogodependencia y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando la problemática (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.148)

El servicio del Trabajador Social tiene como objetivo fundamental la protección de los derechos humanos del paciente, tomando en cuenta la visión y misión institucional para lograr una mayor calidad, eficiencia, optimización del servicio en procura de satisfacer la demanda del usuario que confronta problemas de salud mental (ídem).

El aporte académico será un estudio a profundidad a la familia como agente recuperador para personas farmacodependientes, es decir, una producción de información sobre la familia como una herramienta más para la recuperación de pacientes con problemas de alcohol y drogas en instituciones de salud mental (psiquiatría) desde la perspectiva de Trabajo Social.

Es por esa razón, la importancia del rol que cumple la familia en las estrategias y las actividades de involucramiento de programas de rehabilitación basados en la participación activa de los miembros de la familia en el desarrollo de competencias sociales y de habilidades de autocontrol y crianza positiva pueden ser útiles para reducir y eliminar el consumo de sustancias psicoactivas.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

En este capítulo se describe los aspectos concernientes a la metodología de investigación: 1) el tipo de investigación, 2) la población y muestra, 3) las técnicas e instrumentos de recolección de información, y 4) el procesamiento de los datos.

#### **2.1. Tipo de investigación**

##### **a) Enfoque de la investigación**

La presente investigación adoptó el enfoque cualitativo, que permitió recabar información sobre los conocimientos, percepciones, actitudes y experiencias de las familias, el personal de salud, y los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios”, para su rehabilitación de la adicción de sustancias psicoactivas. Según Guardia (2016) la investigación cualitativa se caracteriza por la obtención de información de manera personal y profunda, utilizando técnicas y procedimientos basados en el contacto directo con la gente o realidad que se va investigar (p.18)

##### **b) Tipo de investigación cualitativa**

Asimismo, la investigación desarrollada tiene características etnográficas porque describe y e interpreta los eventos de interacción de la familia y los pacientes, que se lograron documentar a través de observaciones y registros etnográficos en ciertas situaciones o escenarios. Asimismo, se usó la entrevista para recabar información sobre los siguientes aspectos: funcionamiento, organización e interacción, comunicación, entre los miembros de la familia y el paciente, y su relación con el equipo médico y el trabajador social, que permitió

analizar la importancia del rol que cumple la familia en las estrategias de tratamiento a los pacientes drogodependientes.

## **2.2. Población y muestra**

### **2.2.1 Población**

La población participante en la investigación estuvo conformada por: los treinta pacientes entre mujeres y varones internados en el programa rehabilitación “Comunidad Terapéutica” de la unidad de Farmacodependientes del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, sus familias, y el equipo de profesionales de salud que acompañan a los pacientes en su proceso de rehabilitación del consumo de las sustancias psicoactivas.

### **2.2.2 Muestra**

Esta investigación está basada en estudios de caso. Según Vasilachis (2009 cit. Ragin 1996). Los estudios de caso único suelen utilizarse, fundamentalmente, para abordar una situación o problema particular poco conocido que resulta relevante en sí mismo o para probar una determinada teoría a través de un caso que resulta crítico (p. 217). Por su parte, Yin (1993), sostiene que un estudio de caso es un tipo de investigación social que se caracteriza por la investigación empírica de los problemas de estudio en sus propios contextos naturales, que son abordados a través de múltiples procedimientos metodológicos.

Por consiguiente, se eligió a tres pacientes bajo los siguientes criterios: a) género, b) pacientes internados por lo menos un mes y medio de forma voluntaria, c) pacientes en proceso terapéutico o finalizando su proceso de rehabilitación, y d) aceptación y disponibilidad para brindar información en la investigación. Tomando en cuenta la

interacción de cada paciente con sus familiares y el equipo de profesionales, también participaron en la investigación los siguientes actores:

- Un responsable familiar de cada caso, que participa en las actividades del programa de comunidad terapéutica en la unidad farmacodependencia. Y que brinda información mediante entrevistas y conversaciones libres.
- Dos profesionales del personal de salud de la comunidad terapéutica que involucran a las familias en estrategias de intervención en proceso de rehabilitación de los pacientes drogodependientes:
  - Una Psicóloga.
  - Una Trabajadora Social.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información**

#### **2.3.1 Revisión documental**

La revisión documental se trata de una técnica básica que permite conocer las evidencias registradas por personas e instituciones en lenguaje verbal escrito. Como su nombre lo indica, obtiene información en documentos oficiales, cartas, memorias, apuntes, anotaciones y diversos impresos que pueden ser de utilidad para la investigación. (Guardia, 2016, p.65)

En nuestro estudio, se realizó la revisión de los siguientes documentos: registros de internación de pacientes farmacodependientes internados desde el año 2019, también se revisó bibliografía producida por la misma institución como ser: el manual del programa de rehabilitación de la Comunidad Terapéutica de la unidad de farmacodependientes, el manual

de protocolos de atención al paciente multidisciplinarios de los profesionales de salud del Psiquiátrico “San Juan Dios” y otras documentos bibliográficos.

El instrumento que se usó en esta técnica fue la ficha documental, que permitió registrar fuentes de información existentes en la institución, desde revistas, libros, manuales de protocolos de atención, estudios de caso e investigaciones. Se llenaron aproximadamente 22 fichas, con datos conceptuales, datos estadísticos, informes, y otros sobre la problemática de la drogadicción. Otras fuentes de información sobre la temática fueron por vía internet, páginas web, artículos online.

### **2.3.2 Observación etnográfica**

La observación etnográfica sirve para describir el comportamiento de personas o grupos en sus contextos naturales. Fue creada en el campo de la etnografía para estudios lingüísticos y de estructuras sociales, tales como las relaciones familiares y otros. Lo que se observa en todos los casos es el comportamiento y el desarrollo de interacciones y actividades sociales en contextos determinados (Guardia, 2016, p.72)

La observación se realizó de forma participativa que permitió la interacción o el contacto con los informantes (pacientes y familias) a través de las participaciones de las reuniones de la comunidad terapéutica que se llevaron a cabo los días lunes y miércoles. Las orientaciones y educación social a las familias de los pacientes que se llevaran a cabo los días miércoles a cargo del área de Trabajo Social de la unidad de farmacodependientes del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”. El instrumento que se usó para el registro etnográfico fue una guía de observación, que permitió focalizar la descripción y registro de ciertos tópicos, tales como: la interacción entre pacientes, familiares y equipos de

profesionales, en ambientes de la comunidad terapéutica, en las reuniones, y otros lugares. En particular la observación se focalizó en las conductas de los familiares en la participación en las actividades de la educación social y en consulta externa en el área de Trabajo Social. El número de guías llenadas durante el proceso de observación fueron 14 registros de observación comportamental. El registro se hizo también en el diario de campo.

### **2.3.3 Entrevista**

La entrevista es la técnica más versátil de la metodología cualitativa. Se utiliza para obtener información sobre la opinión de personas, describir situaciones personales y sociales, conocer hechos que las personas han presenciado o han sido protagonistas. Sirve para conocer la “realidad” desde la perspectiva de los actores. (Guardia, 2016, p.72)

La entrevista nos permitió analizar las percepciones, actitudes y experiencias a mayor profundidad de las familias como ser: la historia, las experiencias, la comunicación en el hogar, la situación socioeconómica y participación en las estrategias de tratamiento en proceso de rehabilitación de los pacientes en la unidad de farmacodependientes. También nos permitió describir las estrategias de tratamiento e intervención del personal de salud con los familiares para la rehabilitación de los pacientes. Especialmente los datos e información de los protocolos de atención y asistencia social proporcionada por la Trabajadora Social.

La guía de entrevista fue diseñada tomando en cuenta las preguntas de investigación, con una batería de preguntas semi estructuradas para los pacientes, familiares y personal de salud del programa de rehabilitación Comunidad Terapéutica. Las cuales aplicamos durante el trabajo campo, es decir, durante el tiempo que duró la investigación en la unidad de farmacodependientes del hospital psiquiátrico San Juan de Dios.



## **2.4. Trabajo de campo**

El trabajo de campo inicia con la inserción social, gracias al convenio institucionales entre la Carrera de Trabajo Social de la UMSS y el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”. Después de la firma y aprobación del convenio, se realizó la asignación de la supervisora institucional la licenciada Irma Lozano responsable en el área de Trabajo Social.

Los primeros meses se realizó la revisión documental como ser: registros de internación de pacientes farmacodependientes internados desde inicios de octubre del 2019, también se revisó bibliografía producida por la misma institución como ser: el manual del programa de rehabilitación de la Comunidad Terapéutica de la unidad de farmacodependientes, el manual de protocolos de atención al paciente multidisciplinarios de los profesionales de salud del Psiquiátrico “San Juan Dios” y otras documentos. A todo esto se completó con otros documentos de investigaciones (Artículos científicos, Trabajos de grados, Noticias del periódico, etc.) a nivel local, nacional e internacional de la temática a investigar.

Las siguientes semanas se realizó la observación etnográfica en las actividades en el área de Trabajo Social, de forma participativa, que nos permitió interactuar con los pacientes y sus familias, a través de las participaciones de las reuniones de la comunidad terapéutica que se llevaron a cabo los días lunes y miércoles de cada semana. Las sesiones de orientación y educación social a las familias de los pacientes que se llevan a cabo los días miércoles a cargo del área de la Trabajadora Social de la unidad de farmacodependientes del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”.

Después se continuó con las entrevistas, que nos permitió recoger información con mayor profundidad, sobre las percepciones, actitudes y experiencias de los pacientes y sus familias como ser: la historia de las experiencias personales y familiares, la comunicación en el hogar, la situación socioeconómica, estrategias o actividades de tratamiento e intervención del personal de salud del área de Enfermería, Psiquiatría, Psicología, Trabajo social y Espiritual en la Comunidad Terapéutica.

## **2.5. Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente manera: Para empezar, se ordenó y codifico la información registrada de los audios de entrevistas. Seguidamente se procedió a la transcripción textual de las entrevistas aplicadas a los pacientes, responsables familiares y los profesionales de salud. De igual forma, se transcribió las observaciones etnográficas del trabajo de campo, esta información fue ordenada y registrada en la base de datos, en formato digital y físico.

A partir de los datos transcritos se procedió a la categorización abierta de los datos que provee la teoría fundamentada, identificando las principales categorías y sus dimensiones. Con base a la categorización emergente se definió el índice del informe. Por último, se realizó la redacción del informe final de la investigación.

## **CAPITULO III**

### **MARCO TEÓRICO**

Para comprender mejor la problemática de la farmacodependencia, se analizan las causas de interacción y las estrategias de afrontamiento que tienen lugar dentro de la familia y que contribuyen, junto a otros factores, a la explicación de la problemática de las adicciones. Basándose en conceptualizaciones, definiciones y teorías de diferentes autores como; Zapata, Pierri, Méndez, Sánchez, Lozana, Camacho, Malgor y Valsecia para luego formular la teorización correspondiente y argumentar las principales categorías de análisis en relación al objeto de estudio familiar como influye en proceso de rehabilitación de las personas consumidoras de drogas o sustancias psicoactivas

#### **3.1. La farmacodependencia o drogadicción**

La farmacodependencia o drogadicción es parte de lo que se considera farmacología Social que es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de los fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural. En las sociedades actuales, la farmacología social, se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso del consumo de fármacos por el ser humano, frecuentemente con fines no médicos (Malgor y Valsecia, 2010, p.8)

##### **3.1.1 Droga o fármaco**

Droga o fármaco es toda sustancia química, natural, semisintética o sintética, utilizada para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de enfermedades que afectan a los seres humanos. Se excluyen de esta definición a numerosas drogas que no tienen uso médico muchas de las cuales pueden afectar a las personas desde el punto de vista toxicológico o

adictivo, por eso otra definición sería, Droga o fármaco es toda sustancia que puede modificar o afectar a la salud de los seres vivos (p.8).

### **3.1.2 Drogo dependencia**

La OMS define la drogodependencia como el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: a) el deseo dominante para continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio; b) la tendencia a incrementar la dosis de la droga; c) la dependencia física y generalmente psíquica y, e) la presencia de efectos nocivos para el individuo (consumidor) y para la sociedad” (CONALTID, 2015, p.28).

### **3.1.3 Sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas son todas aquellas sustancias capaces de actuar sobre la función o la experiencia psíquica, produciendo una alteración del estado de ánimo, el pensamiento y los sentimientos. Las sustancias psicoactivas son conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo (p.28).

## **3.2. Los factores de riesgo**

El consumo de drogas no suele ir solo, sino que va unido a otras conductas problema como ser los factores de riesgo de las drogodependencias. Se puede entender un factor de riesgo como un atributo o característica individual, condicional situación o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas (inicio) o transición en el nivel de implicación con las mismas (Villar y Suárez, 2009, p.10)

Según Zapata (2009), para intervenir estos factores de riesgos es necesario un proceso de instrucción familiar, para que el paciente con problemas de abuso de drogas sea visto por su familia, su entorno social y él mismo, como alguien que puede destacarse en alguna actividad productiva, socialmente aceptada y gratificante para el individuo (p.90). En búsqueda de este logro la familia debe:

- a) Redefinir el rol del individuo en recuperación como persona competente y con potencial para lograr su individuación.
- b) Promover la iniciativa, autonomía y espontaneidad del paciente, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- c) Promover el desarrollo de su identidad, teniendo respeto por sus ideas.
- d) Estimular su vinculación con redes que favorezcan la formación y/o capacitación para el trabajo (p.90).

### **3.2.1 Tipos de factores de riesgos**

Algunos autores identifican los siguientes factores de riesgo:

- **Factor de riesgo individual:** La falta de seguridad, la inmadurez, la no valoración de uno mismo, el tener actitudes y creencias favorables a las drogas, el fracaso escolar, el comportamiento antisocial, el hecho de haber empezado a consumir drogas a una edad temprana (Zapata, 2009 p.10).
- **Factor riesgo familiar:** Entre los factores de riesgo familiar podemos señalar la ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto (ya sean padres autocráticos y punitivos o padres desinteresados y permisivos), conflictos en el sistema conyugal

(los padres en tanto pareja), el predominio de formas de comunicación conflictiva, fallas en las fronteras intergeneracionales en la interna de la familia, límites difusos dentro del sistema familiar, doble discurso familiar en lo ético y en lo moral, el dinero funcionando como sustituto de lo afectivo y de lo educativo (Pierri, 2011, p.73).

- **Factor riesgo Social:** La disponibilidad de la droga, la existencia de normas sociales favorables o permisivas con el consumo de drogas, condiciones de escasez económica, de desarraigo y la escasez de vínculos sociales para formar parte de un grupo donde se consumen drogas (Villar, L. y Suarez, M. 2009, p.11)

### **3.3. Los Factores de protección**

Un factor de protección se considera como un atributo o característica individual, familiares, condicional situación o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas (inicio) o transición en el nivel de implicación con las mismas (Cfr. Villar, L. y Suarez, M. 2009, p.11).

Según Villar y Suárez (2009) “los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida de la persona: en la esfera individual por ejemplo, alta, autoestima o personalidad orientada a evitar riesgos” (p.12)

#### **3.3.1. Tipos de factores de protección**

En la literatura revisada se identifican los siguientes factores de protección:

- **Factor de protección individual:** El rol de capacidades familiares fortalece la posibilidad de desarrollar la protección individual porque una familia está conformada por miembros individuales, por lo tanto, si hay fortalecimiento

familiar, se genera capacidades y habilidades de transmitir, amplificar la protección individual (Pierri, 2011, p. 73).

- **Factor de protección familiar:** Los padres tienen un alto grado de oportunidad de intervención sobre los factores de riesgo que se detectan en el ámbito familiar y desde ahí transformarlos en factores de protección, si instauran el diálogo como dinámica de participación dentro del hogar. Transmiten un modelo de salud a sus hijos y son coherentes en su forma de comportarse con respecto al modelo de valores. Los padres educan y fortalecen la autoestima de sus hijos, enseñándoles a valorar adecuadamente sus cualidades y a sentirse capaces de afrontar dificultades. Colaboran en el desarrollo de sus habilidades para negarse asertivamente al consumo de drogas. Trabajan la autonomía de sus hijos y haciéndolos menos dependientes de la aprobación de los demás (Pierri, 2011, p. 74).
- **Factor de protección social:** Es la pertenencia a redes de apoyo social, hábitos y normas claras de comportamiento socio adaptado. La participación, responsabilidad y relación de las personas con actividades organizadas y saludables. En el ámbito social la familia no es aislada, sino es el núcleo de la sociedad, es por esa razón que tiene que ir el factor de protección social vinculando en el trabajo con la familia en el entorno. (Villar y Suarez, 2009, p.12).

Según Zapata (2009) es necesario acudir a grupos humanos y sociales alternativos en los que está inmerso el paciente la red de apoyo puede estar constituida por amigos o parientes, a los cuales es importante contactar y motivar para su vinculación al proceso de recuperación. Cuando no se cuenta con esta posibilidad, se debe acceder a instituciones que

presten este tipo de soporte, donde se provea al paciente un ambiente y condiciones mínimas de afecto, soporte material y espiritual, guía, consejo y afianzamiento de la identidad (p.91)

### **3.4. La Comunidad Terapéutica del psiquiátrico “San Juan de Dios”**

La Comunidad Terapéutica es un modelo de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos a las sustancias psicoactivas (drogas). Es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, que comenzó siendo independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina. En la actualidad, la Comunidad Terapéutica incluye un amplio abanico de servicios dentro de los servicios se encuentran aquellos que están a cargo de los profesionales de la salud: psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, operadores terapéuticos (Sánchez, et al. 2014, p.18).

Una comunidad terapéutica se basa en la recuperación del paciente en un aprendizaje social. Se la considera un sistema social porque reemplaza a la familia, oficia de familia sustituta, de grupo primario. Funciona como un sistema de trabajo, todas las tareas se realizan en conjunto entre los residentes, se colabora con la reorganización personal, se modifica la autoimagen y se trabaja en la aparición de la autoestima (Cfr. Sánchez, et al. 2014, p.19).

#### **3.4.1 Proceso de rehabilitación**

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.



Según la comunidad terapéutica del Psiquiátrico San Juan de Dios de la unidad en farmacodependencia, el término rehabilitación se aplica:

Al proceso que comienzan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas entran en tratamiento con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones biopsicosocial hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (Sánchez, et al. 2014, p.27).

El tratamiento y rehabilitación que se lleva a cabo dentro de una Comunidad Terapéutica es activo, voluntario y sin drogas. Se busca la madurez individual del adicto, que logre convertirse en un miembro activo, útil, productivo de esa micro sociedad que es la comunidad, para que luego pueda reinsertarse en su vida personal, familiar y social (Cfr. Sánchez, et al. 2014).

### **3.5. Tipos de tratamiento**

#### **3.5.1 Tratamiento farmacológico**

Es el tratamiento que consiste en medicación para controlar los síntomas de abstinencia, evitar la recaída y tratar otros trastornos concurrentes. Los medicamentos ayudan a suprimir los síntomas de abstinencia durante la desintoxicación. La desintoxicación no es por sí misma "tratamiento", es solo el primer paso del proceso. Los pacientes pueden tomar medicamentos para ayudar a restablecer la función normal del cerebro y reducir los deseos intensos de consumir la droga. Existen medicamentos para tratar la adicción a los opioides (heroína, analgésicos recetados), al tabaco (nicotina) y al alcohol. Los científicos están desarrollando otros medicamentos para tratar la adicción a los estimulantes (cocaína,

metanfetamina) y al cannabis (marihuana). Quienes consumen más de una droga algo muy común necesitan tratamiento para todas las sustancias que consumen (Sánchez, et al. 2014, p.28).

### **3.5.2 Tratamiento conductual**

Estos programas generalmente brindan formas de terapia conductual tales como:

- El tratamiento de la modificación de la conducta incluye una variedad de programas para pacientes que visitan un consejero especialista en salud conductual en forma regular. La mayoría de los programas incluyen orientación individual o grupal sobre las drogas, o ambas (Sánchez, et al. 2014, p.28).
- La terapia cognitiva conductual a través de técnicas y métodos de programas cognitivos comportamentales ayuda a los pacientes a reconocer, evitar y afrontar las situaciones en las que es más probable que consuman drogas (Sánchez, et al. 2014, p.29).

### **3.5.3 Tratamiento con internación o residencial**

El tratamiento con internación o residencial también puede ser muy eficaz, particularmente para quienes tienen problemas más graves (incluido algún trastorno concurrente). Los establecimientos residenciales habilitados para brindar tratamiento ofrecen atención estructurada e intensiva las 24 horas, que incluye alojamiento protegido y atención médica. Estos establecimientos residenciales de tratamiento pueden aplicar una variedad de métodos terapéuticos y generalmente están orientados a ayudar al paciente a adoptar un estilo de vida sin drogas ni actividad delictiva después del tratamiento (Sánchez, et al. 2014, p.30).

Estos son algunos tipos de tratamiento residencial:

- **Comunidades terapéuticas:** Son programas sumamente estructurados en los que los pacientes generalmente permanecen en una residencia por un período de seis a doce meses. Toda la comunidad, incluido el personal que brinda tratamiento y quienes están en rehabilitación, actúan como agentes clave de cambio e influyen en la actitud, el entendimiento y la conducta del paciente con respecto al consumo de drogas (Sánchez, et al. 2014, p.31).
- **Tratamiento residencial a corto plazo:** El tratamiento residencial a corto plazo se enfoca típicamente en la desintoxicación y brinda orientación intensiva inicial y preparación para el tratamiento en un entorno comunitario. Una vez que el individuo toma la decisión de dejar el consumo y comienza una desintoxicación, se podría pensar que el papel de la familia durante esta fase es inexistente, ya que se trata de un abordaje principalmente médico. Pero incluso en esta etapa del proceso, la colaboración familiar tiene su importancia. La desintoxicación domiciliaria se considerará viable si se dispone de un familiar capaz de ejercer control sobre la medicación y conductas dirigidas al consumo y, a su vez, sirve de soporte en las primeras jornadas de abstinencia (Sánchez, et al. 2014, p.31).
- **Alojamientos de rehabilitación:** Los alojamientos de rehabilitación brindan a los pacientes alojamiento supervisado de corta duración y a menudo ofrecen otros tipos de tratamientos con internación o residenciales. Un alojamiento de rehabilitación puede ayudar a la persona a realizar la transición hacia una vida independiente (Sánchez, et al. 2014, p.31).

### **3.6. Familia**

La familia se involucra voluntaria y activamente en el proceso terapéutico, está poniendo al servicio del familiar en rehabilitación todas sus potencialidades. La familia es un continuo cambio, tanto en su historia como en su ciclo vital, pueden cambiar las formas de relación, o el modo, pero lo que no cambia, es que está conectada (a través de patrones de relación) como estructura necesaria para determinadas funciones, es decir, es un invariante (Cfr. Fiorella, 2016, p.20).

Según Méndez citando a Minuchín (1986) define a la familia como un sistema, es decir:

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (2015, p.10).

Desde la teoría de los sistemas, el consumo de alcohol y drogas u otro tipo de problemas se explican como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar y, a su vez, el propio sistema afecta de igual forma al consumo (Cfr. Méndez, 2015, p.12).

Por lo tanto, al estudiar a la familia como un sistema tenemos que abordar los cambios que se producen en su interior, su estructura interna, las reglas establecidas que regulan el funcionamiento particular de cada uno de los posibles subsistemas, y las modificaciones que tienen lugar en la estructura de comunicación del sistema familiar.

### **3.6.1 Tipos de constitución familiar**

Méndez (2015) distingue las siguientes tipologías de familia:

#### **a) Familia nuclear**

Es la familia en la que todos nacemos, puede ser lazos sanguíneos y/o adoptivos, integrada por el padre, la madre, los hijos. Tradicionalmente se la define como un grupo social que comparte una residencia común, existe cooperación económica entre adultos de ambos sexos, los cuales mantienen una relación sexual socialmente aprobada (Méndez, 2015, p.71)

#### **b) Familia extensa**

También llamada familia compleja, está integrada por lo menos tres generaciones. La pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes consanguíneos u otros tenidos por la vía del parentesco (Mendez, 2015, p.71)

#### **c) Familia mono parental**

Compuesta por uno de los padres y los hijos, la que puede estar centrada en la figura materna o paterna y que debe enfrentar las crisis de hacer prevalecer derechos y deberes, construcción de imagen parental/maternal ausente, elaboración del duelo de la figura parental que no está eventualmente la integración de alguna figura sustituta lo cual trae consigo conflicto de lealtades (Mendez, 2015, p.72)

#### **d) Familia unipersonal**

Compuesta por una sola persona, a partir de múltiples causas, como puede ser la soltería, independencia de la familia de origen, desintegración familiar o separación

temporal, viudez o infertilidad. Esta tiene características que puede ser una familia de transacción tanto para jóvenes como para adultos (Mendez, 2015, p.72)

#### **e) Familia reestructurada o ensamblada**

Es aquella en la cual uno de los conyugues o ambos vienen de un matrimonio anterior y del que han procreado uno o varios hijos que aportan a esta nueva relación. Estas segundas parejas pueden ser personas viudas, divorciados y madres o padres solteras/os (Mendez, 2015, p.72)

#### **f) Familias psicósomáticas**

El psicopatismo puede ser definido como un proceso de origen psíquico que ejerce un impacto real en lo somático. Indica la unión íntima entre mente y cuerpo. En caso de estas familias se refiere a la existencia de una persona enferma de modo más o menos prolongado o crónico. Esta condición las ubica en una situación de sobreprotección frente al mundo, logrando construir una fusión excesiva entre los demás miembros de la familia. (Mendez, 2015, p.73)

### **3.7. Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

#### **3.7.1 Subsistema conyugal**

Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación

de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir, que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunte la acción del otro en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia (Méndez, 2015, p.82)

### **3.7.2 Subsistema parental**

Se caracteriza por el vínculo afectivo padre-hijo. Es una relación de subordinación intergeneracional porque es un vínculo que generalmente, aunque no siempre, es indisoluble. Se conceptualiza, por lo tanto, a partir del cumplimiento del rol de padres e hijos y naturalmente su función principal del cumplimiento es la crianza, socialización, guía y control de los niños (Méndez, 2015, p.83).

### **3.7.3 Subsistema fraterno**

Es el espacio de crecimiento de los hermanos. Constituye el primer grupo de relaciones entre iguales, cuya función es el aprendizaje de la negociación, adaptabilidad, cooperación, competición, apoyo, normas de convivencia y pautas de interacción caracterizada por relaciones simétricas y proclives a la socialización (Méndez, 2015, p.83).

## **3.8. Rol de la familia**

El núcleo familiar posee factores y características que están presentes en las relaciones entre sus miembros, produciendo una influencia constante durante todo el proceso de rehabilitación, e incluso antes, en su inicio. Con respecto a la toma de decisión de

abandonar el consumo, una de las causas mayoritariamente indicadas por los sujetos adictos es la presión de algún familiar para que inicie tratamiento

Según Méndez (2015) define “el rol como el conjunto de comportamientos y de funciones que un miembro de familia asume frente a los otros y estos pueden ser ejecutados de modo claro y difuso”. (p. 90)

La familia desempeña un rol fundamental para prevenir el estilo de vida que el hijo ha generado en torno a la búsqueda y administración de drogas, fomentando nuevas iniciativas, aprendiendo habilidades prácticas de manejo familiar y desarrollando nuevos lazos emocionales que posibilite al drogodependiente alcanzar la abstinencia, modificar el estilo de vida e integrarse socialmente.

### **3.8.1 Roles conyugales**

Es importante recordar que estos se refieren al papel que cada persona cumple relación y que su ejercicio está vinculado también a la identidad de ser hombre o mujer, lo cual indica que estos en gran medida nos han sido asignados socialmente. Los instrumentales, es aquel ejercicio del rol centrado en el trabajo y que se concretan en los actos realizan para mantener o mejorar la relación, y que expresivos cuyo cumplimiento se focaliza en el dar efecto, entendiendo que son los esfuerzos que se realizan para hacer feliz al otro (Méndez, 2015, p.90).

### **3.8.2 Roles parentales**

En general, el desempeño adecuado de roles parentales es la capacidad para cuidar de los hijos y dar respuestas adecuadas a sus necesidades. Se distingue entre dos formas de



parentalidad. La biológica, que tiene que ver con la procreación y la parentalidad social, que tiene que ver con la existencia de capacidades para educar, proteger, educar y socializar a los hijos (Méndez, 2015, p. 91).

#### **a) Rol del padre**

El rol paterno en la familia cumple un papel fundamental que acompaña, complementa y completa el rol de la madre. El padre cumple un rol imprescindible en la familia, un rol tan importante como el de la madre, aportando experiencias, actitudes y situaciones necesarias para el buen funcionamiento del sistema familiar (Méndez, 2015, p. 91).

#### **b) Rol de la madre**

El rol de la madre ha estado definido por la crianza y la educación de los hijos, hablando de una familia bien consolidada con un padre proveedor, comprometido con la responsabilidad de una familia (Méndez, 2015, p. 92)

- **Rol de protección:** La tarea es velar por el buen desarrollo, crecimiento y en general resguardar todo su proceso de socialización, satisfaciendo sus necesidades básicas (Méndez, 2015, p. 92).
- **Rol afectivo:** Es la entrega de afecto físico y proporcionar un entorno que garantice el desarrollo psicológico y afectivo niño (Méndez, 2015, p. 93).
- **Rol de estimulación:** Contar con un medio ambiente sano y que se ofrezcan al niño los estímulos necesarios para potenciar sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales (Méndez, 2015, p. 94).

- **Rol educativo:** Educar a los niños/as para formarlos con valores y hábitos de educación para que sean personas de bien en la sociedad. También tomar decisiones respecto del colegio que debe estudiar y apoyar el proceso del modo garantice el desarrollo educativo del niño (Méndez, 2015, p. 94).

### **3.9. Condiciones socioeconómicas de la familia**

La condición socioeconómica, una medida de situación social que incluye típicamente recursos económicos (ingresos, satisfacción de necesidades y servicios básicos, etc.) y recursos sociales (seguro de salud, nivel de educación, estado laboral, etc.), está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental (Méndez, 2015, p. 151)

#### **3.9.1. Situación económica familiar**

Los recursos económicos son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades dentro de la familia. El recurso económico suele mencionado, en muchas ocasiones, como sinónimo de factor de producción. Los factores productivos son los recursos que se combinan en el proceso de producción para agregar valor en la elaboración de bienes o servicios (Méndez, 2015, p. 110)

##### **a) Vivienda**

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas (Méndez, 2015, p. 151).

### **b) Servicios básicos familiares**

Los servicios, en un centro poblado, barrio o ciudad son las obras de infraestructuras necesarias para la vida saludable. El sistema de abastecimiento de agua potable. El sistema de alcantarillado de aguas servidas. El sistema de desagüe de aguas pluviales, también conocido como sistema de drenaje de aguas pluviales. (Méndez, 2015, p. 151).

### **c) Ingresos económicos**

Es la cantidad de dinero que entra a la familia, través de fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. (Méndez, 2015, p. 154)

## **3.9.2. Situación social familiar**

Los recursos sociales aparecen vinculados al concepto de necesidad aparece vinculado al concepto de necesidad. Generalmente aparece como sinónimo de servicios sociales, (aunque son medios compartidos por todos los sistemas del bienestar) planteándose ambos como respuestas a las necesidades reconocidas por la sociedad (Méndez, 2015, p. 155).

### **a) Nivel de educación**

El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. Los niveles de educación son; La educación primaria es también conocida por la educación básica está integrada por preescolar y primaria. La educación secundaria, o educación es la siguiente etapa en la enseñanza formal, posterior a la enseñanza primaria. El bachillerato es el conjunto de estudios vencidos, posterior a la educación secundaria, que capacita para el

acceso a la universidad. Los estudios universitarios, o también conocido como la educación superior y profesional, aluden al proceso académico superior de una persona (Cfr. Méndez, 2015, p. 156).

#### **b) Servicio de salud**

Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. La familia que cuenta con un seguro de salud, recibirá la atención sanitaria adecuada. Por el contrario, la familia que no cuenta con un seguro de salud, no cuenta con la atención sanitaria (Cfr. Méndez, 2015, p. 156)

#### **c) Estado laboral**

El estado laboral se refiere a la situación labor, obra, tarea, empleo, cargo, de una persona. El trabajo es esfuerzo humano físico o intelectual aplicado a la producción u obtención de ingresos económicos y sociales. Los estados laborales de una persona el trabajo fijo consta de un contrato indefinido, por el cual la empresa emplea a un trabajador durante un periodo de tiempo no establecido. El trabajo temporal es aquel que tiene por objeto el establecimiento de una relación laboral entre empleador y el trabajador por un determinado tiempo. El desempleado alude a la falta de trabajo, es decir, es aquel sujeto que forma parte de la población inactivo y que busca empleo sin conseguirlo. (Cfr. Méndez, 2015, p. 157).

### **3.10. Comunicación familiar**

La comunicación familiar es uno de los principales factores de interacción de los seres humanos. En el momento del nacimiento ya establecen estilos de comunicación familiar entre padres e hijos que influirán de manera decisiva en el desarrollo y en la interacción con los demás. Una buena comunicación es la clave para mantener buenas relaciones en el interior de la familia y para la formación de los/las hijos/as. En este sentido, los padres y las madres que se comunican adecuadamente con sus hijos/as les ofrecen autoconfianza y aprendizaje a medio y largo plazo al igual que favorecen que realicen relaciones interpersonales sanas. (Méndez, 2015, p. 157)

En síntesis, la comunicación concreta y clara en el funcionamiento familiar posibilita que no exista conflictos dentro de la familia, también es un recurso familiar que se convierte como herramienta para el apoyo en proceso de recuperación del paciente consumidor de alcohol o drogas.

### **3.11. Trabajo Social y salud mental**

El profesional de Trabajo Social en problemas inherentes a la salud mental debe contribuir con su accionar a hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos, en procura de mejorar las condiciones de vida de la población-objeto (paciente-familia) de intervención. Para efecto, el abordaje de la salud debe ser enfocada desde una perspectiva integral, holística, dialéctica y acorde a la coyuntura socioeconómica que se vive en el país. Entendiendo que el abordaje integral considera a la salud, como el estado de bienestar biopsicosocial, requiriendo el esfuerzo de todos y cada uno de los interactuantes en el proceso

de recuperación, donde juega un papel importante el paciente, su grupo familiar, su contexto social y la institución (Lozana y Camacho, 2008, p.148)

El servicio del Trabajador Social, tiene como objetivo fundamental la protección de los derechos humanos del paciente, tomando en cuenta la visión y misión institucional para lograr una mayor calidad, eficiencia, optimización del servicio en procura de satisfacer la demanda del usuario que enfrenta problemas de salud mental (Lozana y Camacho, 2008, p.148).

### **3.11.1 Métodos de intervención social**

Los métodos de intervención del profesional en Trabajo Social, que son: caso, grupo y Comunidad, utilizando para el efecto, técnicas e instrumentos que permiten apoyar la resolución de necesidades traducidas en demandas, constituyéndose el usuario en el actor, protagonista y constructor de su historia y por ende de la solución de sus problemas. Al interior de la institución el accionar está referido a dos ambientes: método de caso y método de grupo (Lozana y Camacho, 2008, p.149).

#### **a) Método de intervención de caso**

La intervención de Trabajo Social en la atención de “caso”, trata de establecer una relación previa, entre la persona que es asistida, denominada con el término de “usuario” y el profesional que va a llevar a cabo la resolución de la demanda, estableciéndose previamente un acuerdo, en un ámbito de respeto, confidencialidad y ética profesional. Usuario-Familia-Comunidad, se constituyen en los actores que van determinar los alcances de la solución del problema planteado en una demanda de atención institucional. Para el efecto, Trabajo Social desarrolla las siguientes funciones:

## **b) Funciones desarrolladas en la atención de caso en información y orientación**

El Trabajador Social está en contacto directo con las personas, motivo por el cual, gran parte de la población acude a conseguir información del servicio institucional y sobre otros que requiera, desarrollando las siguientes acciones:

- Brindar en lo posible seguridad a la persona que solicita la atención
- Entablar una relación de empatía, confianza para facilitar la demanda de atención.
- Apoyar profesionalmente en la descarga de tensiones y emociones.
- Analizar las posibles soluciones al problema planteado, considerando las alternativas, recursos del usuario acorde a las políticas sociales en salud y otras políticas que van al logro del bienestar de las personas que acuden al servicio.
- Viabilizar la demanda de solicitud, a través de la emisión de referencias y contra referencias de atención (Lozana y Camacho, 2008, p.149).

### **3.11.2 Intervención social a nivel familiar**

Las intervenciones individuales deben involucran a la familia en proceso de recuperación para ser sustentables en el mejoramiento de la salud, con este criterio se tiende a contribuir y fortalecer los lazos afectivos para lograr un mejor bienestar tanto del paciente como de su grupo de pertenencia, en base al diagnóstico establecido previamente. Estas intervenciones utilizan enfoques, herramientas y técnicas “enfoque sistémico, socioambiental, mediación, solución de conflictos y otros”. (Lozana y Camacho, 2008, p.153)

Dentro el proceso metodológico, Trabajo Social realiza proceso de investigación, para establecer diagnóstico social a nivel de paciente y familia, indispensables para transformar

positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sentidos por la población usuaria, esto permitirá diseñar el plan acción favoreciendo la superación y/o disminución del problema de salud mental que afecta a la persona y su contexto familiar. Para el efecto se realizan las siguientes acciones: Tomar contacto con familiares del paciente, realizar trabajo de campo, recabar información de la dinámica y estructuras familiares y contexto social en que se desenvuelve, el (a) paciente, tomar contacto con las personas allegadas a la familia, realizar informes social, con el diagnostico correspondiente y diseñar plan de acción, considerando recursos y medios familiares e institucionales (Lozana y Camacho, 2008, p.153).

### **3.11.3 Protocolos de atención en Trabajo social del Hospital San Juan Dios**

#### **a) Gestión y administración de los servicios**

El Trabajo Social por requerimiento de las instituciones de Salud y el marco de la política socioeconómica del país, trabaja con acciones administrativas para establecer la valoración socioeconómica, familiar, habitacional, para emitir diagnostico social. La misma se justifica en base a la aplicación de parámetros preestablecidos que requieran revisión. Las acciones realizadas para el logro de estas funciones son:

Realizar la referencia interna en la atención solicitada, a través del llenado de formulario “Referencia Interna de Trabajo Social”. Emitir referencias externas para atención de solicitudes, en el caso de que se requiera de otros servicios. (Lozana y Camacho, 2008, p.149)

Realizar valoraciones socioeconómicas para facilitar el acceso al servicio en base a parámetros, indicadores y categorías establecidas para este fin. En la actualidad se están



considerando las siguientes: Tamaño del grupo familiar, grado de escolaridad, procedencia, situación ocupacional, dependencia laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos y diagnóstico social (Lozana y Camacho, 2008, p.149)

#### **b) En la coordinación intra y extra institucional**

Trabajo Social, para el accionar, efectúa coordinación interna y externa con equipo técnico, personal administrativo, de apoyo, autoridades; de las diferentes áreas de la institución, con la finalidad de otorgar atención integral al paciente y su grupo de pertenencia. (Lozana y Camacho, 2008, p.149)

Simultáneamente se realizan acciones de coordinación interinstitucional, con servicios asistenciales, legales, de salud, educacionales, de promoción, acogida y otros con la finalidad de apoyar el tratamiento, recuperación, rehabilitación, reinserción y seguimiento requiere el paciente, posibilitando el bienestar biopsicosocial de la persona en la relación con el grupo familiar y el entorno social (Lozana y Camacho, 2008, p.150). Para el efecto, se realizan las siguientes acciones:

- Desarrollar acciones de comunicación fluida y coordinada con personal de las diferentes reparticiones de la institución (ibíd.)
- Mantener coordinación con autoridad de niveles diferentes de la institución.
- Mantener coordinación con profesionales de Trabajo Social en la referencia y contra referencia del paciente (ibíd.)
- Referir la situación social, económica y familiar, a través de informes sociales, referencias externas, comunicaciones telefónicas y otros medios (ibíd.)

- Viabilizar la demanda de emisión de informes, certificaciones médicas, notas de constancia, etc. (Lozana y Camacho, 2008, p.151).

**c) En caso de hospitalización al paciente**

- **Cuando el paciente acude solo a consultas externa y está estable:** Decepcionar la orden medica de internación, coordinar con médico que deriva la orden de internación; comunicación a los familiares en posible por vía de teléfono, la orden de hospitalización; aplicar parámetros establecidos en la ficha social o ficha de reingreso; De acuerdo a la comunicación establecida, se realiza valoración socioeconómica en base a parámetros determinados; ponderar escala de valores para posibilitar el acceso al servicio, escala socioeconómicas. Realizar el diagnostico socioeconómico, establecer y explicar el compromiso de responsabilidades durante el tratamiento de hospitalización, firma del compromiso de responsabilidades con el paciente, familia, y/o responsable, coordinación con enfermería para el traslado de paciente a la unidad correspondiente, coordinar con enfermería en caso de que el paciente porte documentos de identidad u objetos de valor (Lozana y Camacho, 2008, p.151).
- **Cuando el paciente acude solo y no esta condición de decidir la internación:** Coordinar con médico tratante una consulta externa, coordinar con enfermería, encaso del paciente porte documento de identidad u objetos de valor, coordinar con responsable de “coordinación general” (hermano de la orden hospitalaria), Comunicar a familiares sobre la internación del paciente, también registrar de ser posible, datos referentes del paciente y del grupo familiar (Lozana y Camacho, 2008, p.151).

- **Cuando el paciente acude con la policía o es remitido por instancias legales, fiscalía y otras:** Viabilizar la valoración médica por médico de planta en horarios establecidos, Aplicar parámetros establecidos en la Ficha Social o Ficha de Reingreso, Obtener información respecto a las condiciones en que fue encontrado el paciente, tratar de comprometer a las instancias a las institucionales en el apoyo durante y después del tratamiento, coordinar con enfermería para el traslado del paciente a la unidad correspondiente (Lozana y Camacho, 2008, p.152).
- **Cuando el paciente acude acompañado por la familia y/o responsable:** Explicar el accionar de Trabajo Social a la familia, para viabilizar la orden de internación, aplicar parámetros establecidos en la ficha Social de Reingreso, realizar la valoración socioeconómica parcial en base parámetros establecidos, realizar trabajo de campo para verificar las condiciones socioeconómicas del usuario y su grupo familiar, asignar el costo hospitalización (cama y alimentación) Bs./día, Lograr el compromiso de la familia y/o persona responsable en el apoyo durante el tratamiento, absolver dudas y preguntas respecto al compromiso de responsabilidades, firma de compromiso de responsabilidades (en caso de pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas), referir a caja, para depositar la garantía económica y entrega de compromiso de responsabilidades (Lozana y Camacho, 2008, p.152).

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO CONTEXTUAL**

En este capítulo presentamos el contexto donde fue realizado el estudio, es decir, el hospital psiquiátrico “San Juan de Dios”, describimos las características institucionales y los servicios que brinda a la población, los profesionales en salud mental, y especialmente del área de Trabajo Social, que trabajan en este hospital.

#### **4.1. El instituto psiquiátrico “San Juan de Dios”**

##### **4.1.1 Antecedentes históricos**

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios" está ubicado en la ciudad de Cochabamba, es el único que brinda servicios psiquiátricos en la localidad. El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", es un centro hospitalario perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, provincia San Juan de Ávila, denominada también jurídicamente como Provincia Sudamericana Meridional. La fundación San Juan de Dios, es una institución jurídica sin fines de lucro, que sin embargo busca la sostenibilidad; legalmente constituida, responde a una iniciativa de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, que nace como una respuesta a las necesidades de desarrollo humano, sostenible y social, pretendiendo a través de ella, servir a la sociedad dentro del carisma cristiano, brindando apoyo con dignidad, solidaridad, hospitalidad, equidad y entrega (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

El fundador de la Orden Hospitalaria y patrono universal de los hospitales, enfermos y enfermeros, Juan Ciudad Duarte (San Juan de Dios), nació en 1495 en Montermoro-Novo (Portugal), vivió con sus padres hasta la edad de 8 años edad en la que fue a España con un

clérigo y vive en Oropesa (Toledo), donde transcurrió su juventud trabajando como pastor durante 18 años en la casa de Francisco Cid Mayoral. Era inquieto y con deseos de aventura, se alista como soldado y participa en dos guerras: en 1523 contra Francisco I en Fuenterrabía, y en 1532 en la campaña de Carlos V contra los turcos. A su regreso, pasa por Santiago de Compostela, Portugal y llega a Ceuta donde trabaja en las fortificaciones. Posteriormente se dirige a Gibraltar donde se establece como librero, oficio que prosigue luego en Granada, donde llega en los últimos meses de 1537. En Granada, el 20 de enero de 1534, en la Fiesta de San Sebastián, oye un sermón de San Juan de Ávila y se acontece su apasionada conversión. La forma en que lo manifiesta, su actitud penitente humillándose frente a todos y regalando todo lo que posee hace que lo tomen por loco y es internado en el Hospital Real de Granada, al cual se enviaban los locos en ese tiempo (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

En el hospital observa y padece el trato cruel dado a los enfermos y es donde surge la misión que origina su Obra: "Jesucristo me traiga a tiempo y me de gracia para que yo tenga un hospital, donde pueda recoger los pobres desamparados y faltos de juicio, y servirles como yo deseo". Comienza así su obra y una vez fuera del hospital, funda en Granada en 1537 una casa general, donde se reciben en ella a todas las enfermedades y a toda clase de gentes: hay aquí tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, parálíticos, tiñosos y otros muy viejos y muchos niños; y además de estos, otros muchos peregrinos y viandantes que aquí vienen; les den fuego, agua, sal y vasijas para guisar la comida, para esto no hay renta, mas Jesucristo lo prevé todo, así describe Juan en una de sus cartas los "servicios" que brindaba en su primer hospital (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", con fecha 16 de septiembre de 1952 y por Resolución Ministerial N° 072 (35), el Gobierno de Bolivia autoriza la apertura de una Clínica de Reposo y Neuropsiquiatría en la región de Cala Cala. Otra Resolución Ministerial, N° 317, con fecha 23 de febrero de 1953, se ratifica en todas sus partes la Resolución Suprema del 16 de septiembre de 1952, y se autoriza el traslado de la Clínica a la Región de Sumumpaya (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

La licencia eclesiástica para establecer una Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios en Cochabamba tiene la data del 10 de septiembre de 1951. Licencia que fue ratificada el 8 de marzo de 1954. La Clínica comenzó a funcionar con el nombre de Clínica de los Remedios, titulación cambiada el año 1982 por la actual de Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", cuando la Clínica dejó de ser Centro Privado y comenzó por convenio con el Gobierno a atender a los enfermos estatales pertenecientes a los Departamentos de Cochabamba, Oruro y La Paz, dando comienzo de esta manera a la regionalización de la psiquiatría en Bolivia (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### **4.1.2 La misión, visión y objetivos institucionales**

##### **a) Misión**

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", se constituye en una institución de salud especializada en la atención, de salud mental, plasmada en sus acciones bajo los principios ideológicos de la Orden Hospitalaria de "San Juan de Dios" y las políticas nacionales de Salud (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

## **b) Visión**

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", se consolidará como un centro altamente especializado para la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedad mental, con reconocimiento local, departamental y constituyéndose, en un centro de referencia nacional; bajo los principios ideológicos de la Orden Hospitalaria de "San Juan de Dios" (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

## **c) Objetivos**

- Ofrecer atención psiquiátrica, según la Regionalización de la Psiquiatría en Bolivia, a enfermos procedentes de los Departamentos de Cochabamba, Oruro y La Paz.
- Prestar atención terapéutica y rehabilitadora a enfermos con problemas de drogadicción y de alcoholismo en el seno de una Comunidad Terapéutica.
- Ofrecer atención ambulatoria y de seguimiento externo y familiar a enfermos que así lo requieren.
- Ofrecer un ambiente humano y acogedor a los enfermos internados, mediante una asistencia integral.

### **4.1.3 Unidades e instalaciones del Hospital "San Juan de Dios"**

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", cuenta con las siguientes unidades de Internación y Servicios:

- **Unidad de recepción:** Se encuentra ubicado a la entrada del hospital psiquiátrico. En esta unidad se encuentran los siguientes ambientes: la sala de Información, Dirección Gerencial y Médica, Sector de Administración, zona de consultorios externos,

Farmacia y Laboratorio, Sala de Reuniones y Pastoral (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

- **Unidad de ingresos varones:** Es una unidad donde internan los pacientes varones de forma temporal con diagnósticos como ser: psicosis transitorias, síntomas de esquizofrenia, psicosis inducidas por las sustancias psicoactivas, trastornos de depresión, compulsiones y obsesiones, y otros trastornos de la personalidad. Esta unidad tiene una capacidad de internación de 20 camas para los pacientes varones (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).
- **Unidad de ingresos e intermedios mujeres:** Es una unidad de internación exclusivamente para las mujeres con diagnósticos agudos y severos como ser: trastornos psicóticos, trastornos histriónicos, trastornos de depresión y ansiedad, trastornos esquizoides, tendencias suicidas o autolesiones, trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), discapacidades mentales, y otros. Esta unidad tiene una capacidad de internación de 30 camas para pacientes mujeres (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).
- **Unidad de intermedios varones:** Es una unidad donde internan los pacientes varones de forma con diagnósticos agudos y severos con diagnósticos como ser: trastornos esquizofrénicos, psicosis delirantes, trastornos estrés postraumáticos, trastornos de depresión y ansiedad crónica, y otros. Esta unidad tiene una capacidad de internación de 40 camas para pacientes varones (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).
- **Unidad de larga estancia:** Está unidad es mixta, es decir que está dividido por un sector de pacientes varones y el sector de pacientes mujeres, esta es una unidad exclusivamente de pacientes que tiene convenio con la gobernación para el sustento



financiero para la larga estancia de pacientes de 40 a 85 años de edad que no tienen familiares y no tienen recursos económicos, algunos estaban en situación de calle y con diagnóstico de discapacidad intelectual y trastornos mentales variados. Esta unidad tiene una capacidad de 80 camas (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

- **Unidad de farmacodependientes:** En esta unidad se encuentra la “Comunidad Terapéutica” es un programa de rehabilitación para los pacientes que tienen problemas con las adicciones a las sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, LCD, etc.). tiene una duración de 3 meses de internación y estadía. Está dirigido a todas las personas que quieran superar su adicción. Esta unidad es mixta, y está dividida en dos secciones para pacientes varones y mujeres, su capacidad 28 camas (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).
- **Unidad de cocina y lavandería:** Se trata de locales debidamente acondicionados para sus objetivos y de adecuada funcionalidad. Está Unidad cuenta con almacenes generales, de alimentación y de ropería (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).
- **Unidad de terapia ocupacional:** Esta unidad se divide en diversos sectores para atender a los diferentes requerimientos de ocupación según las capacidades y habilidades de los pacientes; existen otros servicios como ser. Taller de Carpintería y pintura; bordado didáctico; peluquería; gimnasio, etc. (Cfr. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### **4.1.4 Servicios de atención y especialidades**

Los Servicios y Especialidades que el Centro brinda a los pacientes están adecuados a las necesidades que tienen los mismos.

##### **a) Medicina general**

El Médico general atiende a pacientes que van a consulta por primera vez, solo se encargan del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos generales y remiten a los pacientes a médicos especialistas según la atención médica requerida. Están a cargo el director médico y dos médicos generales (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a)

##### **b) Psiquiatría**

Los psiquiatras evalúan, diagnostican y tratan a pacientes con problemas de salud mental. Éstos pueden tomar muchas formas, incluyendo depresión, trastornos alimentarios, ataques de pánico y ansiedad, abuso de drogas y alcohol, fobias y esquizofrenia. Actualmente son 13 médicos/as psiquiatras en las diferentes unidades de atención del psiquiátrico (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

##### **c) Psicología**

El Psicólogo clínico se dedica diagnosticar a través de test o pruebas psicológicas y tratar problemas o trastornos psicológicos o cualquier conducta anormal. Ofrece un tratamiento a las alteraciones de la personalidad que existen en la infancia, vida adulta o vejez de un individuo, ayudando a su adaptación al medio socio-familiar y laboral. Están a cargo 5 psicólogos/as en toda la institución (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### **d) Trabajo Social**

El trabajador social se encarga, sobre todo, de conocer la situación de los pacientes y sus familiares, si los tuvieran. También de asesorar o dar acompañamiento y ayuda en las cuestiones de su competencia. Detecta y diagnostica problemas socioeconómicos en los pacientes ingresados, orienta y apoya a las familias en la coordinación con servicios hospitalarios y sociales. Actualmente están a cargo 3 Trabajadoras Social para las diferentes unidades de atención del psiquiátrico (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### **e) Enfermería**

Las/os enfermeras/os de hospital proporcionan atención de cabecera y cuidado directo a los pacientes en el hospital y consultan con los médicos y otros miembros del equipo de asistencia sanitaria sobre el plan de cuidados más idóneo. Administran medicación vía oral, vía rectal, vía intramuscular y monitorizar el estado médico del paciente, que incluye la dieta y las actividades físicas. Están a cargo la directora de enfermería, con 16 licenciadas en enfermería y 57 auxiliares enfermería en el psiquiátrico (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### **f) Neurología y electroencefalograma**

El neurólogo evaluación al paciente a través del examen neurológico se puede determinar el lugar de la lesión para poder ayudar a dirigir el tratamiento más adecuado. También se identifican los déficits físicos, neurológicos, cognitivos y conductuales que perjudicarán la recuperación funcional del paciente, así como la capacidad de realizar tareas específicas. Están a cargo un médico neurólogo con especialización en electroencefalograma (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

### **g) Odontología**

El odontólogo se encarga de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos dentales y bucales, realizando procedimientos de rutina y de emergencia a los fines de mejorar la salud de sus pacientes. Revisa, mantiene y evalúa los registros dentales de los pacientes para realizar chequeos de rutina y limpiezas dentales. Está a cargo 1 odontólogo para la atención de pacientes en el psiquiátrico (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

### **h) Fisioterapia**

El Fisioterapeuta, se enfoca en la reparación y restauración de la movilidad física de los pacientes que han sufrido algún tipo de trauma físico del paciente. Los Fisioterapeutas se sirven de su conocimiento de la anatomía humana y de herramientas especiales (barras, pelotas y máquinas para hacer ejercicios) para crear series de repeticiones de movimientos destinados a aliviar el dolor o la restricción de la movilidad causada por enfermedades o lesiones. Están a cargo 2 fisioterapeutas para la atención de pacientes en la institución (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

### **i) Laboratorio clínico**

Un laboratorio clínico de análisis clínicos es un espacio que tiene como objetivo realizar análisis clínicos que aporten datos a la prevención, estudio o diagnóstico de posibles problemas en la salud de los pacientes que los realizan. El laboratorio de carácter hospitalario tiene un área de urgencia, fundamental a la hora de atender casos graves que requieren la toma rápida de decisiones. Está a cargo 1 un bioquímico en el análisis de muestras de laboratorio (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

## **j) Farmacia**

Las farmacias hospitalarias suelen depender de la dirección médica del hospital, al igual que los servicios de análisis clínicos, microbiología entre otros. Son responsables de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos, así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información farmacología, las actividades de farmacocinética clínica. Está a cargo por 1 farmacéutico (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

## **k) Terapia Ocupacional**

La terapia ocupacional como toda disciplina sanitaria, su misión principal debe ser velar por el bienestar de los pacientes a los que trata, proporcionándole todas las estrategias y herramientas necesarias para alcanzar los objetivos planteados. La terapia ocupacional interviene directamente con los pacientes en sus otros entornos y trabaja con aspectos sociales, ambientales y educativos. Están cargo 5 funcionarios en Terapia Ocupacional (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

## **l) Servicio Religioso (Pastoral)**

El servicio de pastoral-atención espiritual y religiosa, integrado en los equipos interdisciplinarios y puesto al servicio de las personas que componen la Comunidad Hospitalaria. Realiza su misión en el encuentro con el enfermo y su familia, con los profesionales y estructuras de salud desarrollan una cultura más sensible frente al dolor, sufrimiento, discapacidad, agonía, muerte y duelo, propiciando la prevención y promoción de la salud y la defensa de la vida (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, s/a).

#### 4.1.5 La organización institucional (organigrama<sup>2</sup>)

La organización del Instituto “San Juan de Dios está” constituida por una Gerencia general, Dirección médica (servicio salud médica), Dirección Administrativa (departamento contabilidad y financiera).

- a) Gerencia general: está constituido jerárquicamente por la Dirección general, coordinación general (comité dirección, comité programas institucionales, comité de gestión y acreditación) y secretariado.
- b) Dirección médica: está constituido jerárquicamente por la Jefatura medica; consulta externa (psiquiatría, neurología, odontología, enfermería, psicología, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y nutrición), hospitalización (unidad varones, unidad mujeres, comunidad terapéutica, residencia larga instancia y unidad de pacientes agudos), y emergencias.
- c) **Dirección administrativa** está constituida jerárquicamente por el jefe del personal, contabilidad y presupuesto, estadística, sistemas, ingresos, información, servicios de mantenimiento (limpieza y jardinería) y seguridad (Sánchez, et al. 2014, p.56).

#### 4.2. Área de Trabajo Social del Psiquiátrico San Juan de Dios

El profesional de Trabajo Social en problemas inherentes a la salud mental debe contribuir con su accionar a hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos, en procura de mejorar las condiciones de vida de la población-objeto (paciente-familia) de intervención. Para efecto, el abordaje de la salud debe ser enfocada desde una perspectiva integral,

---

<sup>2</sup> El organigrama del Instituto San Juan de Dios ver en anexos

holística, dialéctica y acorde a la coyuntura socioeconómica que se vive en el país. Entendiendo que el abordaje integral considera a la salud, como el estado de bienestar biopsicosocial, requiriendo el esfuerzo de todos y cada uno de los interactuantes en el proceso de recuperación, donde juega un papel importante el paciente, su grupo familiar, su contexto social y la institución (Lozana y Camacho, 2008, p.147)

El servicio del Trabajador Social es la protección de los derechos humanos del paciente, tomando en cuenta la visión y misión institucional para lograr una mayor calidad, eficiencia, optimización del servicio en procura de satisfacer la demanda del usuario que enfrenta problemas de salud mental (Lozana y Camacho, 2008, p.148)

#### **4.2.1 Objetivos del área de Trabajo Social**

##### **a) Objetivo general**

Coadyuvar en la recuperación de la población atendida, en el marco de tratamiento biopsicosocial, de manera que el accionar del profesional de Trabajo Social beneficie a la población que acude a la población al Servicio de Consulta Externa y la que encuentra hospitalizada (Lozana y Camacho, 2008, p.148)

##### **b) Objetivos específicos**

- Brindar atención con enfoque integral y holístico, a los usuarios que acuden al servicio con la calidad, eficiencia, calidez humana y profesional.
- Beneficiar con el servicio institucional a la población que enfrenta problemas en la salud mental y no cuenta con los recursos y apoyo necesarios.
- Intervenir profesionalmente en el proceso de recuperación y mejoramiento de la salud mental de la población que demanda el servicio (Lozana y Camacho, 2008, p.148)

- Lograr el involucramiento del grupo familiar de pertenencia y referencia en proceso de recuperación de los usuarios tanto del servicio ambulatorio como de la hospitalización, con la finalidad de favorecer su estabilidad personal, familiar y social
- Involucrar a los profesionales, redes sociales y ambiente comunitario en el proceso de recuperación de la población atendida (Lozana y Camacho, 2008, p.149).

#### **4.2.2 Métodos de intervención social**

Los métodos de intervención del profesional en Trabajo Social distinguen tres instancias: caso, grupo y comunidad, utilizando para el efecto, técnicas e instrumentos que permiten apoyar la resolución de necesidades traducidas en demandas, constituyéndose el usuario en el actor, protagonista y constructor de su historia, y por ende de la solución de sus problemas. Al interior de la institución el accionar está referido a dos ambientes: método de caso y método de grupo (Lozana y Camacho, 2008, p.149).

#### **4.2.3 Método de intervención de caso**

La intervención de Trabajo Social en la atención de “caso”, trata de establecer una relación previa, entre la persona que es asistida, denominada con el término de “usuario” y el profesional que va a llevar a cabo la resolución de la demanda, estableciéndose previamente un acuerdo, en un ámbito de respeto, confidencialidad y ética profesional. Usuario-Familia-Comunidad, se constituyen en los actores que van determinar los alcances de la solución del problema planteado en una demanda de atención institucional (Lozana y Camacho, 2008, p.149).



#### **4.2.4 Funciones desarrolladas en la atención de caso**

##### **a) Información y orientación**

El Trabajador Social está en contacto directo con las personas, motivo por el cual, gran parte de la población acude a conseguir información del servicio institucional y sobre otros que requiera, desarrollando las siguientes acciones:

- Brindar en lo posible seguridad a la persona que solicita la atención
- Entablar una relación de empatía, confianza para facilitar la demanda de atención.
- Apoyar profesionalmente en la descarga de tensiones y emociones.
- Analizar las posibles soluciones al problema planteado, considerando las alternativas, recursos del usuario acorde a las políticas sociales en salud y otras políticas que van al logro del bienestar de las personas que acuden al servicio.
- Viabilizar la demanda de solicitud, a través de la emisión de referencias y contra referencias de atención (Lozana y Camacho, 2008, p.149).

##### **b) Gestión y administración de los servicios**

El Trabajo Social por requerimiento de las instituciones de Salud y el marco de la política socioeconómica del país, trabaja con acciones administrativas para establecer la valoración socioeconómica, familiar, habitacional, para emitir diagnóstico social. La misma se justifica en base a la aplicación de parámetros preestablecidos que requieran revisión. Las acciones realizadas para el logro de estas funciones son:

Realizar la referencia interna en la atención solicitada, a través del llenado de formulario “Referencia Interna de Trabajo Social”. Emitir referencias externas para atención de solicitudes, en el caso de que se requiera de otros servicios.

Realizar valoraciones socioeconómicas para facilitar el acceso al servicio en base a parámetros, indicadores y categorías establecidas para este fin. En la actualidad se están considerando las siguientes: Tamaño del grupo familiar, grado de escolaridad, procedencia, situación ocupacional, dependencia laboral, ingreso económico familiar, situación habitacional, condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos y diagnóstico social (Lozana y Camacho, 2008, p.149)

### **c) Coordinación intra y extra institucional**

Trabajo Social, para el accionar, efectúa coordinación interna y externa con equipo técnico, personal administrativo, de apoyo, autoridades; de las diferentes áreas de la institución, con la finalidad de otorgar atención integral al paciente y su grupo de pertenencia. (Lozana y Camacho, 2008, p.149)

Simultáneamente se realizan acciones de coordinación interinstitucional, con servicios asistenciales, legales, de salud, educacionales, de promoción, acogida y otros con la finalidad de apoyar el tratamiento, recuperación, rehabilitación, reinserción y seguimiento requiere el paciente, posibilitando el bienestar biopsicosocial de la persona en la relación con el grupo familiar y el entorno social. Para el efecto, se realizan las siguientes acciones:

- Desarrollar acciones de comunicación fluida y coordinada con personal de las diferentes reparticiones de la institución
- Mantener coordinación con autoridad de niveles diferentes de la institución.
- Mantener coordinación con profesionales de Trabajo Social en la referencia y contra referencia del paciente

- Referir la situación social, económica y familiar, a través de informes sociales, referencias externas, comunicaciones telefónicas y otros medios
- Viabilizar la demanda de emisión de informes, certificaciones médicas, notas de constancia, etc. (Lozana y Camacho, 2008, p.150)

**d) Realizar gestiones administrativas en caso de hospitalización**

- **Cuando el paciente acude solo a consultas externa y está estable:** Recepcionar la orden medica de internación, coordinar con médico que deriva la orden de internación; comunicación a los familiares en posible por vía de teléfono, la orden de hospitalización; aplicar parámetros establecidos en la ficha social o ficha de reingreso; De acuerdo a la comunicación establecida, se realiza valoración socioeconómica en base a parámetros determinados; ponderar escala de valores para posibilitar el acceso al servicio, escala socioeconómicas. Realizar el diagnostico socioeconómico, establecer y explicar el compromiso de responsabilidades durante el tratamiento de hospitalización, firma del compromiso de responsabilidades con el paciente, familia, y/o responsable, coordinación con enfermería para el traslado de paciente a la unidad correspondiente, coordinar con enfermería en caso de que el paciente porte documentos de identidad u objetos de valor (Lozana y Camacho, 2008, p.151)
- **Cuando el paciente acude solo y no esta condición de decidir la internación:** Coordinar con médico tratante una consulta externa, coordinar con enfermería, encaso del paciente porte documento de identidad u objetos de valor, coordinar con responsable de “coordinación general” (hermano de la orden hospitalaria), Comunicar a familiares sobre la internación del paciente, también registrar de ser

posible, datos referentes del paciente y del grupo familiar (Lozana y Camacho, 2008, p.151)

- **Cuando el paciente acude con la policía o es remitido por instancias legales, fiscalía y otras:** Viabilizar la valoración médica por médico de planta en horarios establecidos, Aplicar parámetros establecidos en la Ficha Social o Ficha de Reingreso, Obtener información respecto a las condiciones en que fue encontrado el paciente, tratar de comprometer a las instancias a las institucionales en el apoyo durante y después del tratamiento, coordinar con enfermería para el traslado del paciente a la unidad correspondiente. (Lozana y Camacho, 2008, p.151)
- **Cuando el paciente acude acompañado por la familia y/o responsable:** Explicar el accionar de Trabajo Social a la familia, para viabilizar la orden de internación, aplicar parámetros establecidos en la ficha Social de Reingreso, realizar la valoración socioeconómica parcial en base parámetros establecidos, realizar trabajo de campo para verificar las condiciones socioeconómicas del usuario y su grupo familiar, asignar el costo hospitalización (cama y alimentación) Bs./día, Lograr el compromiso de la familia y/o persona responsable en el apoyo durante el tratamiento, absolver dudas y preguntas respecto al compromiso de responsabilidades, firma de compromiso de responsabilidades (en caso de pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas), referir a caja, para depositar la garantía económica y entrega de compromiso de responsabilidades (Lozana y Camacho, 2008, p.152).

#### **4.2.5. Intervención social a nivel familiar**

Las intervenciones individuales deben involucrar a la familia en proceso de recuperación para ser sustentables en el mejoramiento de la salud, con este criterio se tiende a contribuir y fortalecer los lazos afectivos para lograr un mejor bienestar tanto del paciente como de su grupo de pertenencia, en base al diagnóstico establecido previamente. Estas intervenciones utilizan enfoques, herramientas y técnicas “enfoque sistémico, socioambiental, mediación, solución de conflictos y otros”. (Lozana y Camacho, 2008, p.153)

Dentro del proceso metodológico, Trabajo Social realiza proceso de investigación, para establecer diagnóstico social a nivel de paciente y familia, indispensables para transformar positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sentidos por la población usuaria, esto permitirá diseñar el plan acción favoreciendo la superación y/o disminución del problema de salud mental que afecta a la persona y su contexto familiar. Para el efecto se realizan las siguientes acciones: Tomar contacto con familiares del paciente, realizar trabajo de campo, recabar información de la dinámica y estructuras familiares y contexto social en que se desenvuelve, el (a) paciente, tomar contacto con las personas allegadas a la familia, realizar informes sociales, con el diagnóstico correspondiente y diseñar plan de acción, considerando recursos y medios familiares e institucionales (Lozana y Camacho, 2008, p.153).

## **CAPÍTULO V**

### **HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En este capítulo presentamos los hallazgos de la investigación, que consta de tres partes. En la primera presentamos los testimonios de tres estudios de caso de pacientes drogodependientes internados en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de la ciudad de Cochabamba. En cada caso, los relatos abordan cuatro temas centrales: a) percepciones sobre la familia de los pacientes, b) la situación socioeconómica de la familia, c) la experiencia de los pacientes en su proceso de tratamiento, y d) el apoyo que recibieron del equipo profesional, entre ellos la trabajadora social.

En la segunda parte, se hace un análisis de los casos, usando el método de la categorización abierta de la Teoría Fundamentada, se presentan los principales conceptos emergentes de los discursos de los pacientes sobre la familia y su rol en el proceso de tratamiento, apoyado por un equipo interdisciplinar de profesionales en salud mental. Dichas categorías detallan sus propiedades y dimensiones respectivas.

En la tercera parte se hace un análisis de las percepciones del equipo de profesionales, entre ellos la Trabajadora Social, y también las propias percepciones del investigador, sobre el protocolo de atención del Trabajo Social a pacientes drogodependientes, con participación de la familia.

## **5.1. Presentación de estudios de caso**

### **5.1.1. Caso 1: Angy**

#### **a) Datos personales**

Angy tiene una edad 28 años, fue internada de emergencia a la unidad de agudos del psiquiátrico por intento de suicidio bajo efectos del alcohol. Es madre soltera de una niña de 10 años, Actualmente está viviendo en la casa de sus padres barrio Sumumpaya norte del Municipio de Colcapirhua. Se dedica exclusivamente a la educación de su hija menor y también a estudiar en las noches la carrera de gastronomía en un Instituto Técnico CEPAL y trabaja en la atención de la tienda que abrieron su familia en su domicilio en época de cuarentena.

#### **b) Historia de vida**

##### **- Hablando de mi familia**

Tengo, mi papá, mi mamá. Yo soy la mayor, luego le sigue mi hermana pamela que es mi menor por un año y, por último, esta mi hermanita de 12 años. Yo soy madre soltera tengo una hijita de 10 años, no vivo con el padre de mi hija, hace 6 años, porque era una persona violenta.

##### **- Desde que me interné mi familia se unió más**

Mi papá y Yo antes no nos hablamos, no nos contábamos nuestras cosas, él a su trabajo y yo me salía con mis amigos. Tengo la misma actitud que mi papá, somos introvertidos, calladitos, las cosas nos las guardamos. Ahora mi papá se acerca más a mí, ya hablamos con más confianza. Con mi hermana estaba mal, siempre discutíamos, peor si llegaba a la casa bebida. No tenía buena relación con mi hermana, nos alejábamos, cuando

me interne mi hermana vino a visitar la primera vez me dijo; “haigas lo que haigas hecho, tu siempre vas ser mi hermana mayor y siempre te voy a respetar, siempre tendrás mi respeto”. Me hizo sentir muy bien. Nos llevábamos bien desde entonces, nos apoyamos y hablamos de todo. Mi hermana menor siempre me llevado bien, pero desde comencé con este problema, deje de llevarme bien, ya no hablamos como antes, pero ahora estoy mucho mejor con ella. Mi familia me daba la fuerza para estar allí, al principio quería salirme, mi papá me dijo que, a pesar de todo soy su hija, y que soy buena hija para él. No importa que si haiga tropezado, siempre seré el pilar de la casa. Yo con todo eso que me dijo mi papá, me dije a mi misma que debo luchar por ese cariño que me brindan.

- Mi mamá está en España

Mi mamá está en España, trabaja como enfermera auxiliar allá, me llamaba para decirme que me quiere mucho y que todo va estar bien. Que todos a veces caemos, y que lo importante es levantarse y seguir adelante. Mi tía que era mi madrina de bautizo, venía a visitarnos, ella era como una madre para nosotros, ella insistió para la internación. Me vino a visitar me brindó su apoyo. Me decía que debo salir de esto, que debo dar el primer paso para ayudar a los demás. Decía que debo ser fuerte.

- No era buena madre con mi hija, la dejaba abandonada

Yo me interne por que trate de suicidarme, llegue una madrugada a mi casa y empecé a descontrolarme, votaba cosas al suelo, mi hija fue testigo de todo eso. Estaba totalmente alcohólica, agarre un cuchillo me quise cortar las venas, aunque no logré, pero si me corte la mano un poco. Yo me quería matar porque no era buena madre con mi hija la dejaba abandonaba, porque me salía con amigos y llegaba tarde, en estado alcohólico. Después de eso me internaron al psiquiátrico. Mi hijita sabía que estaba en el hospital para que me cure, como era menor de edad no podía visitarme, pero me escribía cartitas, diciéndome que me



extraña, que me quería mucho, que no importara lo que hice, que me va querer mucho y espera que me cure lo más antes posible. También me hacía pequeños regalos, me mandaba un lápiz adornado de stiker de corazones, para pueda escribirle a ella. Me mando también un collar hecho por ella, con el corazón de Jesús, como un rosario. Se ahorró dinero para comprarme una cajita y pueda poner mis tesoros allí. Yo guarde todas mis cartas que mandaba y los regalos en esa cajita que me regalo mi hija. Yo y mi hija ahora estamos más unidas. Estoy al pendiente de ella, en la escuela, en sus tareas.

- Pensaba que perdería el respeto de mi familia, que yo era la oveja negra

Mi papá era responsable mí, mi mamá también era la responsable porque corría con los gastos, me llamaba desde España, mi papá me hacía hablar con mi mamá por WhatsApp, cuando venía a visitarme. Mi mamá y yo no éramos tan unidas, como ahora. Mi mamá me decía que no me preocupara por el dinero, Tú eres mi hija y siempre lo serás, pase lo pase. Yo la verdad pensaba que perdería el respeto de mi familia, que era la oveja negra. Me dado cuenta que mi familia cree que soy una buena persona, buena hija, y todo esto que me dijeron mi papá, mi mamá, hermana, tía, mi hija, me hace fuerte para recuperarme.

- Estudiaba gastronomía, lo dejé por mi problema con el alcohol

Estudiaba gastronomía en un instituto técnico, y también trabajaba en una empresa administrando y supervisando la llegada de productos de higiene personal. Lo deje porque con este problema que tuve con el alcohol, deje de trabajar. Mi mamá me mantenía, a mí y a mi hija. Aunque me salía esas veces todos los días, con mis amigos, me aprovechaba de la mayoría de ellos, para conseguir dinero, bebida, lo que yo quisiera. Siempre hay uno o dos amigos que te quieren dar todo, y yo me aprovechaba de eso. Sigo viviendo en la casa mis papas, vivo con ellos, con mis hermanas, mi hija y mi sobrino, que es el hijo de mi hermana Paola (nombre ficticio).

- Abrimos una tienda con mi familia, es por esa razón que no nos faltado nada durante la pandemia.

En mi casa tenemos todos los servicios: luz, agua, teléfono, todo eso. Tenemos Wifi con televisión por cable. No tengo seguro de salud, en la empresa donde trabajaba no contaba con ese beneficio, porque no trabajé mucho tiempo, creo que solo estaba un mes y después no volví por el problema que tenía con el alcohol.

- Los gastos de mi tratamiento pagó mi mamá

Mi mamá es la que pagó, envió desde España el dinero. Mi hermana Paola lo recogió y ella canceló. La verdad, no sé exactamente cuánto pagaron, pero por día es 90 bolivianos, la habitación y la comida cubría los 90 bolivianos. Los medicamentos eran aparte. Se hizo aproximadamente unos 10.000 bolivianos. El dinero era una razón por la cual no quería estar en el psiquiátrico, porque les hacía gastar dinero a mi papá, pero mi mamá me decía que no importa el dinero, lo importante es que mi hijita está bien.

- Hablando de mi tratamiento

Bueno, entre primeramente a pabellón de pacientes agudos, de emergencias, como me quería suicidar y estaba muy alcohólica. El primer día era horrible, me vino síntomas de temblor en las manos, sentía que me encogía el cuerpo, no me sentía bien. La medicación que me dieron me tranquilizaba un poco. Eso bajaba mis síntomas.

Había otros pacientes en ese pabellón, las personas que estábamos un poco conscientes charlábamos entre nosotros en el día, hasta que venía algún familiar a vernos y traernos algo de comer, a mí me daba hambre en ese lugar. Un poco tarde era el almuerzo a las 1 o 1:30 pm, pero el desayuno nos daba temprano a las 7am, y hasta que nos sirvan el almuerzo pues a uno le daba hambre.

Estaba en agudos<sup>3</sup> más de una semana, la medicación que me daban era mucho. Mi hermana me dijo, que cuando me venían a visitar me parecía a un zombi. Tomaba dos píldoras en la mañana, una píldora a medio día y antes de dormir tomaba dos píldoras, creo que eran calmantes o antidepresivos, no me acuerdo bien lo que me daban. También me pinchaban complejo B, para tener más energías en el día.

- No quería hacer gastar más dinero a mi familia

Después que mejoré estaba mucho más consciente, la doctora me explicó que había una unidad de farmacodependientes para continuar recuperarme y salir a delante. Al principio no tomé en serio, no me gustaba la idea, además no quería hacer gastar más dinero a mi familia. Pero ellos fueron los que insistieron. Bueno pensé que me quedaría unos días más allí, pero al pasar el tiempo me puse la meta de terminar mi tratamiento en la unidad de farmacodependientes. Allí nos daban tareas para cumplir desde levantarnos temprano, limpiar nuestros cuartos, nos organizamos para el orden y mantenimiento de la unidad. Claro que los más antiguos y la señora Clarita nos controlaban y nos ayudaban cuando algo no podíamos o no entendíamos.

En las tardes teníamos clases con profesores donde hacíamos lecturas reflexivas, poesía y algunas manualidades, como una terapia ocupacional. Los fines de semanas también hacíamos deportes entre todos. En las noches había sesiones grupales, donde los pacientes que superaron su problema nos contaban sus testimonios. Teníamos terapias con los doctores de forma grupal y también individual.

- Las palabras de motivación de mi familia hacían que yo pueda terminar el tratamiento.

---

<sup>3</sup> Se refiere a la sección donde están internados pacientes crónicos.

Como le dije, ellos fueron los primeros que insistieron para la internación, mi mamá y papá, mi hermana y mi tía. Mi mamá me decía que debo estar con mi hija, que ella era mi motivación. Las llamadas, las visitas, las palabras de motivación de mi familia, hacían que yo pueda terminar el tratamiento.

- La psiquiatra me ayudó a sacar el dolor que sentía por dentro

La doctora Patricia, era mi doctora psiquiatra tratante, tenía sesiones de terapia con ella, le contaba todo. Siempre hablamos de muchos temas, y cosas que nunca dije a mis familiares por vergüenza o por no empeorar más la situación. La doctora me motivaba para que yo pueda decir a mi papá las cosas que le escondía. Es por eso que le llamé un día a mi papá y con la ayuda de la doctora le dije las cosas que me avergonzaban o escondía, las cosas que hacía cuando salía a beber, o con mis amigos. Me costó decirle a mi papá pero al finalizar me sentía libre, porque antes, por dentro me estaba ahogando. Gracias a la doctora, que me hizo comprender que lo mejor es hablar y sacar todo eso que te ahoga o te asfixia. También me ayudó para hablar con mi mamá por whatSapp, ya que ella estaba en España, igual le dije a mi mamá todo lo nunca le dije antes. La doctora estaba allí para que no me echara para atrás. Gracias a ella.

También me dijo la doctora que le escribiera una poesía para mi hija, de esta manera sacaría el dolor y la vergüenza que tenía dentro. Escribí la poesía pero cada vez que leía me ponía triste pero me daba fuerza para seguir adelante y no cometer el mismo error. Una parte de la poesía decía así:

Mientras yo disfrutaba, bailando, bebiendo y alejándome de ti,  
Tú me esperabas en la terraza todas las noches pensando en mí.  
Y aunque me olvidaba lentamente de ti,  
Tú te consolabas con la almohadada sin dejar de pensar en mí (...)

Mi hija es una inspiración para mí para salir adelante, cada vez que salía no me soltaba, y siempre me esperaba, aunque mi hermana le decía, que se vaya dormir, que se podía resfriar si sigue en la terraza en la noche.

La psicóloga me hacía pruebas, me hacía llenar cuestionarios, tarjetas, dibujos de familias. Bueno me preguntaba de mi familia, alguna vez también hablo con mi papá, pero a solas. Después nada más.

- La trabajadora social trabajaba con los familiares con terapias grupales y de orientación

Por su parte, la licenciada Irma la Trabajadora Social, es la que trabajaba con los familiares, les daba terapias grupales y de orientación. Mi hermana, mi papá y mi tía venían los días miércoles. Me contaban que les hablaba de temas de las drogas y el alcohol, como va creciendo esta adicción poco a poco por diferentes factores, también les explico los tipos de sustancias de drogas, que existen y los cuidados que deben tener con nosotros que estamos en tratamiento. Todo eso me contó. También me decían que les hacía bien estar en esas terapias con los familiares.

El padre José nos daba charlas como superar esta situación confiando en Dios, pero también hablaba con mi papá y mi tía para que no pierdan a la fe y siempre hacíamos una oración para que Dios me iluminada y daba fuerza en esos momentos de mi tratamiento.

- Con la Trabajadora Social hablábamos sobre los factores sociales que llevan al consumo de alcohol.

Con la licenciada Irma, hemos tenido sesiones grupales con todos los pacientes sobre los factores sociales del consumo, reflexionando y escribiendo al último nuestras metas para el futuro, pero también teníamos sesiones, solo con mujeres, entre nosotras. Hablamos sobre el incremento del consumo de drogas en las mujeres. Hablamos de nuestras experiencias de

nuestro consumo, que las mujeres podemos concebir rápidamente las sustancias adictivas, aunque no tengamos dinero, por medio de conocidos, amigos, o hasta robas a nuestros conocidos o familiares sus cosas.

En una ocasión también la licenciada me pidió dibujar mi familia. Yo dibuje en la hoja a mi hija y a mí, a los demás miembros de la familia los dibuje alejados de nosotras. La licenciada me pregunto porque me dibuje con mi hija muy distante de mi familia. Yo le respondí que me sentía en esos momentos alejada de ellos, pero la licenciada me dijo que aislarme, no es la solución de los problemas en estos momentos. Me ayudo bastante como la doctora, me ayudo a comprender que mi familia a pesar de todo no me a abandonado y que yo también no debo abandonarlos, ni aislarme.

- Después de mi tratamiento debía poner todo de mi parte para salir adelante.

Al principio estaba confundida pero poco a poco me empecé a sentir más tranquila, en paz, con toda la ayuda que estaba recibiendo, además tenía que poner todo de mí para salir adelante por el gasto que hacían mis papás era mucho. Lo que resta del año me he dedicado a mi hija, me dedicado a la atención de la tienda de mis papás, también he empezado a estudiar de forma virtual administración de empresa. Bueno este año también he conocido a una persona que me hace sentir feliz, y al año me casaré con él. Bueno eso todo.

### **5.1.2 Caso 2: Roberto**

#### **a) Datos personales**

Roberto tiene 60 años de edad, fue internado tres veces en el psiquiátrico, esta última internación por una recaída a causa del fallecimiento de su madre. Roberto es soltero y no tiene hijos/as. Es agrónomo de profesión y está jubilado por trabajar bastantes años en Planificación Territorios de Desarrollo Integral (PTDI) en el Trópico de Cochabamba.

Actualmente vive la casa de campo, que es la herencia de sus padres para todos los hijos. Está ubicado en barrio Molles del Municipio de Sipe Sipe.

**b) Historia de vida**

- Me he quedado solo cuando murieron mis padres

En mi familia, mi papá y mamá, fallecieron hace tiempo, mi papá primero, y este último mi mamá, me he quedado solo en la casa de mis papás, que también es de mis hermanos. Somos seis hermanos. Hemos vivido la mayor parte con ellos, aquí en la casa de campo. Mi hermano mayor Jorge, le sigue mi hermano Wilfredo que es ingeniero agrónomo, le sigue Raúl es master en economía, luego le sigo yo, y mis dos hermanos que están Estados Unidos mi hermano menor Jhon y hermana menor María.

- A veces me visita mi familia o me llaman para saber de mí

Mis hermanos mayores Raul y Wilfredo vienen de vez en cuando a la casa con toda su familia, con mis sobrinos, para hacer una parrillada entre todos, como es una casa de campo donde vivo. También viene mi otro hermano Jorge. Mis hermanos menores llaman para preguntarme como estoy, aquí en casa, con esto de la tecnología es más fácil comunicarte con ellos que están en Estados Unidos.

A veces su mujer de mi hermano Raúl, me llama me dice que pase por su casa almorzar, allí estoy con mi hermano Raúl hablando recordando, momentos que pasamos de niños con mis demás hermanos. También recordamos a mi papá, el buen hombre que era, y mi mamá, que era buena cocinera, cocinaba de todo, pero que rico cocinaba mi mamita. (Se queda callado). Yo soy solterón como se podría decir, he tenido un montón de parejas, con el pasar del tiempo, pero no se pudo. También con el problema de la bebida. Mi hermano Raul, siempre ha estado pendiente de mí, en todas las internaciones que he tenido.

- Estaba internado tres veces

La primera vez fue el 2005 cuando todavía vivía mis papás, antes cuando yo estaba en la universidad, me dedicaba a tomar con los amigos, también tocaba en grupos autóctonos, tocaba tarka, zampoña, todo tipo de vientos. El bombo, guitarra aprendí y algo de charango. Allí como era joven pues la bebida, entraba normal a mi cuerpo, no me hacía daño, y también fume marihuana, pero con el pasar del tiempo recién a mis 45 años, ya no podía vivir sin la bebida, es por esa razón que me internaron.

Después me interné el año 2012, desde allí casi 9 años que no tenía una recaída resistí, hasta que me interné este último. En estas tres internaciones mi hermano Raúl siempre estaba pendiente de mí, claro que las primeras veces mi papá, mi mamá, mis hermanos también pero este último más mi hermano Raúl.

- Mi papá y mi mamá no me abandonaron

Desde me internaron la primera vez, mi papá venía al psiquiátrico a verme, allí hablaba con el doctor. Mi mamita venía, me traía comida. No me abandonaron, a pesar de todo lo que pasamos. Como te dije 9 años sin recaer, pero tú sabes en el trabajo, el jefe te invita una parrillada o farra allí, no le puedes decir que no, por ese motivo, recaí por un desliz.

Esta última internación, mi hermano Raúl es el que venía, a verme. Mis hermanos llamaban al psiquiátrico para saber cómo estaba. Yo no esperaba nada ellos, sino ellos esperaban de mí que pueda dejar mi vicio, no me abandonaron estaban conmigo apoyándome. Diciéndome “tú puedes”, “saldrás de esta”. Me motivaban.



- Vivía de mi trabajo

Trabajaba en Planificación Territorios de Desarrollo Integral (PTDI) en el Trópico, mi trabajo consistía en el cálculo territorial para la aprobación y control en la siembra de la hoja de coca en hectáreas permitidas. Detectar los cultivos ilegales, o no está permitido. Es por eso que se trabajaba a veces con los militares y la UMOPAR, nos trasportábamos en helicópteros, para llegar a esos lugares de difícil acceso, o a pie. Otras veces tienes que ir caminando al monte, no hay de otra. Yo utilizaba camuflado, como parte del equipo de inspección. Son 14 años que he trabajado allí, en todo ese tiempo, he conocidos lugares que nadie conoce. El Chapare es un lugar hermoso como también peligroso. Te cuento que hace 10 años quería comprarme algunas hectáreas para dedicarme a la crianza de peces, pero bueno en ese entonces, necesitaba algunos socios también para invertir.

Yo me mantenía solo. Recibía unos Bs. 4000, claro de allí te descuentan los las AFPs, unos bs. 700 aproximadamente. Cuando trabajaba vivía en el Trópico, con unos amigos, teníamos nuestros cuartos que nos proporcionaba la PTDI, la alimentación también, claro que solo era de lunes a sábado mediodía. Ya después la alimentación u otros gastos dependían de ti.

Ahora actualmente estoy viviendo en la casa de mis padres, en Villa Galindo, Vinto. En esta casa de campo de mis papás y hermanos. Tiene, los servicios de agua, luz, teléfono y están implementando el alcantarillado. Pero antes era de adobe cuando era niño y mis papás vivían. Por este sector pocas casas había, todo era sembradío. Bueno con el pasar del tiempo pues con ayuda de todos mis hermanos, hemos construido esta nueva edificación, desde el diseño hicimos, como te dije esta es la casa de campo donde compartimos en familia, cuando vienen mis hermanos.

- Tenía seguro de salud de la Caja Nacional

Cuando deje trabajar pues ya no tengo seguro de salud. En estos momentos saque mi jubilación, pero no me conviene, porque recibo unos Bs 1400, no me jubile con el cien por ciento. Tengo que ir tramitar, me dijeron que tengo que regularizar en la caja. Pero quiero volver a mi trabajo, pero ya no como inspector, sino trabajar en oficina, revisando la documentación, pero eso va depender de este gobierno nuevo que va entrar. Ojalá gane el MAS, todo es político. En los anteriores gobiernos era así, me acuerdo que para tener un buen trabajo tenías que hacer campaña para MNR, ADN, MIR, MAS, pintando paredes, repartiendo papeles, marchando. Bueno espero volver a trabajar, pero en oficina como te dije, esto por mi edad, ya no soy el joven que podía subir cerros, ríos. (sonríe don Roberto)

- Mi papá pagó mi tratamiento

Mi papá, pagó mi tratamiento, claro yo le trataba de volver, pero no quería. Solo me decía que trabaje y que siga adelante. Los medicamentos lo pagaban yo, después de salir. Me costaba dormir en las noches, me daba ansiedad, me temblaba las manos, las pastillas que tomaba me hacía bien no más.

Esta última internación mi hermano Raúl, pero mis hermanos acotaron, entre todos. Estoy agradecido y en deuda con ellos. Nunca me abandonaron, especialmente Raul. No me acuerdo bien, creo que se hizo unos 5000 o 7000 bolivianos. Los 1400 bolivianos que recibía de mi jubilación, me alcanza para mí. Lo malo era estar aislado, no salir a la ciudad, porque era prohibido. Pero por aquí podía andar en bicicleta caminar, el aire es fresco, hablar con los vecinos.

- Les decía a los jóvenes que valoren el esfuerzo que hacen sus familias en su tratamiento

Había un manual de convivencia del programa de recuperación donde tenías que aprender primero las reglas, la hora de levantarse, limpiar tu habitación, ser ordenado, puntuales, valorar las cosas, todo eso. Había reuniones terapéuticas a nivel grupal y familiar. En la noche venían los de AA (Alcohólico Anónimos) y NA (Narcóticos Anónimos), a dar charlas, también venían pacientes a dar su testimonio. Yo como era uno de los más mayores en la unidad, brindaba mi testimonio a los más jóvenes.

Los jóvenes que estaban internado tenían un concepto de mi persona como serio, educado y respetuoso, por esa razón, que yo daba consejos, transmitía mi experiencia sobre el consumo, los síntomas, la ansiedad que uno tiene, no puede controlar, a veces por un desliz por los amigos, en el trabajo te causa problemas. Les decía a los jóvenes que tienen una gran oportunidad que aprovechen el tratamiento, valoren el esfuerzo que hacen su familia al ponerlos aquí en la unidad. Vivir limpio y ser libre, es lo que tienen que hacer. Había de todo en la unidad unos que querían cambiar, dejar de consumir, otros que les valía, querían salir rápido, porque la droga todavía los dominaba. Aunque, comprendo a estos jóvenes que les domina las drogas, es así al principio, porque cuando tienes tus recaídas. Ya no es un engaño, es una realidad, vas tocando fondo.

- Durante mi internación recibí el apoyo de mi familia

Mis hermanos me vinieron a visitarme, me llamaban por teléfono para motivarme y hacerme recuerdo que no estaba solo, que podía contar con ellos. Mi hermano Jorge traía algo para comer, Raúl también. Como te dije acotaron dinero entre todos para pagar la cuenta de mi tratamiento.

- La psicóloga nos hacía reflexionar sobre el valor de la familia

Eran los grupos de terapia y charlas venían a la institución que daban las doctoras. Allí les explicaban sobre el consumo, sobre los cuidados y precauciones que deben tener con los que teníamos esta dependencia a las sustancias. Si también, la psicóloga nos hacía reflexionar sobre el valor de la familia, cuando estábamos alejados de ellos, las primeras veces llamaba a mis hermanos para un poco explicarles de mi problema cuando estábamos alejados o nos comunicábamos.

La licenciada Irma, ella daba terapias grupales con los familiares. Me conto mi hermano que les explicaba sobre esta enfermedad que no hay cura, pero si tratamiento, y que el tratamiento dependerá del paciente, pero también de los familiares para que pueda vivir libre de las sustancias.

- La Trabajadora Social me preguntaba sobre mi familia.

La trabajadora social me acompañaba al médico, sacaba autorización y me llevaban en el auto del psiquiátrico a mi consulta médica externa en el hospital. Yo tengo una enfermedad de base, tengo hipertensión es por esa razón.

Me llamaba a su oficina, me preguntaba donde vivía, donde trabajaba, me preguntaba de mi familia. También hablábamos sobre mi futuro, después de terminar mi tratamiento a que me dedicaría. Si se podía, yo le decía que me gustaría ser parte de AA (Alcohólico Anónimos) y NA (Narcóticos Anónimos) ayudando a los demás dando mi testimonio para que no caigan y salgan de este vicio que le perjudica su vida. Si se puede ser parte de la OTB de mi Barrio. También volver a trabajar en trópico en PTDI, pero trabajando en oficina, archivando documentación.

- Me sentía bien en la institución

Como no era mi primera vez. Yo conocía el lugar, me sentía relajado y liberado. El doctor Camacho, ya me conocía. Me dijo que “Ya no me quería volver aquí” (Sonríe don Roberto). Bueno el doctor tiene casi mi misma edad. Se hizo mi amigo.

Bueno mis metas a lograr es volver a trabajar, tengo que esperar que la situación electoral cambie, dependerá de eso. También me gustaría formar parte de mi OTB, ya estoy viviendo en la casa de campo de mis papás y hermanos. Y ser parte de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

### **5.1.3 Caso 3: Jhony**

#### **a) Datos personales**

Jhony tiene 30 años de edad, fue internado dos veces en la unidad de farmacodependiente del psiquiátrico. La primera vez de emergencia y la segunda vez de forma voluntaria por una recaída a los pocos días de recibir su alta de su primera internación. Actualmente vive con sus padres. Es soltero, trabaja como chofer en la distribución de productos de limpieza en un negocio familiar, y en las noches estudia administración de empresas.

#### **b) Historia de vida**

- Mi familia

Mi mamá, la que siempre me apoya, a pesar de que la decepcione muchas veces y mi hermana menor Tifani, no me abandonaron nunca ellas. Luego mi papá, y mi hermano mayor. Comenzaré hablando de la relación con mi mamá. Me acuerdo que desde niño, ella siempre

trabajaba en el mercado, desde las 5 pm. de la mañana, en la tarde volvía y cocinaba la cena o traía la cena del mercado para todos y a veces volvía a trabajar. Estaba pendiente de mi hermano y mi hermana. Pero no tenía la comunicación suficiente para contarle de muchas cosas, es por esa razón que, en colegio, yo salía con mis amigos a fiestas, con el pretexto de que iba hacer tareas y que necesitaba dinero, mi mamá me daba el dinero, yo le decía que era para comprar libros o fotocopias, pero me lo gastaba bebiendo y fumando con los amigos.

En cuanto a mi papá, era muy malo discutía y le pegaba a mi mamá, si hacíamos algo malo yo y mis hermanos, nos llamaba la atención y a veces nos pegaba fuerte, y también a mi mamá, cuando trataba de defendernos. Mi papá, era de las personas que no expresa lo que siente, nunca nos ha dicho te amo hijo, le cuesta. Hasta hoy en día le sigue costando decir esas palabras.

Mi papá siempre nos contaba que desde niño se crio sin padres, empezó a trabajar desde tenía 5 años, lustrando zapatos, y luego poco a poco empezó a vender todo tipo de artículos de cocinas y limpieza, después creó su propio negocio de fabricación de detergentes de limpieza. Es por esa razón a veces es un poco frío, especialmente conmigo. Y peor con todo esto que paso desde que me interné, no quería saber nada de mí, se decepcionó bastante. Me negaba como hijo. No era primera vez que tuve problemas con él. Hubo ocasiones que me voto de la casa y también del negocio de la familia, porque me perdía dos o tres días, no venía a trabajar o robaba productos de la fábrica para venderlo y comprar bebida. Mi padre me odiaba por eso, para él el trabajo era sagrado.

- Con mi hermano mayor tuvimos desencuentros por mi adicción al alcohol

Con mi hermano mayor tuvimos algunas discusiones por el mismo problema que con mi papá, sobre las pérdidas en la fábrica y mis faltas al trabajo. Mi hermano mayor siempre fue el mejor para los ojos de mi padre. Él es profesional ingeniero químico, se encarga de la parte de la producción de los productos que se tienen en el negocio. En cuanto mi hermana Tifani, no me abandono, ella y mi mamá siempre vinieron a visitarme cada semana cuando Yo me interne, me decían; que yo puedo ganar esta batalla. Me abrazaban, me decían que me extrañaban y que lo importante es mi salud.

- Fue difícil para mi papá venir al visitarme por su orgullo

Mi papá, vino a visitarme al psiquiátrico, como antes me odiaba y me negaba. Me sentí avergonzado ante él, pero solo él me abrazo y lloramos juntos. Mi mamá estaba presente con mi hermana, también lloramos. Me dijo que debo ser fuerte y que saldré adelante. Esas son las palabras que me motivo bastante. No esperaba esas palabras del él. Me sentí muy feliz. Fue difícil para él, venir al visitarme con lo orgulloso que es mi padre.

- Mi familia me apoyó durante mi internación

Bueno mi hermano me llamo por teléfono las primeras semanas cuando estaba internado en el psiquiátrico, me pregunto cómo estaba, como me sentía. Vino después de que estuve internado un mes, vino dos veces con mi mamá a visitarme. Me llevo bien con él, desde que salí, ya no tengo problemas como antes por mi dependencia del alcohol.

Mi mamá es la que estaba responsable y como garante de mi persona en el psiquiátrico las dos veces que estuve internado. La primera estuve tres meses en la unidad de farmacodependientes, y la segunda vez me internaron porque tuve una recaída a las pocas

semanas que salí del psiquiátrico, la trabajadora social y la doctora Patricia hablaron con mi mamá, y recomendaron que me vuelva internar, aunque sea un mes, realmente me hizo bien, mi mamá no me abandonó, siguió conmigo a igual que mi familia.

No esperaba nada de mi familia porque los decepcioné, pero me apoyaron en las malas que tuve con todo este problema de drogas, especialmente mi mamá, y mi hermana. No esperaba que mi padre me visitara y menos que me perdonara, pero lo hizo me perdono por todos los problemas que hice al negocio y a la familia. Me siento agradecido con mi familia por todo.

- Robaba productos de la fábrica de mi padre para venderlos para comprar alcohol

Yo trabajaba en la fábrica de mi familia, hacía la entrega y distribución de los productos, hasta que se dio cuenta mi padre que algunos productos faltaban en el inventario. Cuando no podía controlarme, yo me robaba productos y lo vendía al mercado o a tiendas para comprar alcohol y algunas sustancias. Abandoné mis estudios por esa razón. Estaba estudiando administración de empresas en un instituto técnico superior de Quillacollo, lo abandoné, aprobé unas cuantas materias, pero pienso volver a retomar mis estudios.

Por trabajar con mi padre en la fábrica me pagaba del día unos 100 o 150 Bs., dependiendo de las entregas y la distribución de los productos. Había lugares lejanos o provincias como Cliza, Punata y Araní, para esas entregas tenía que hacer viajes con el auto desde las 5 de la mañana. Otros cerca de la ciudad o Quillacollo que no había problema, las entregas se hacían rápidamente.



- Mi mamá me abrió las puertas del hogar de nuevo

Me fui de la casa de mis padres por un tiempo para irme a vivir con una novia que tenía, por el Centro de Quillacollo, pero los planes que uno tienen no salen como deben. Tenía planeado casarme con mi novia, no se pudo, vivíamos en alquiler, pero me abandono por el problema del alcohol. Fue difícil para mí, y empecé a decaer mucho más en el alcohol y las drogas. Empecé a vivir solo un tiempo, mi mamá se enteró y me dijo que podía venir a la casa, aunque la idea no le gustaba a mi padre, pero volví a mi casa de mis padres. La casa donde vivía con mi ex novia era en alquiler un cuarto y su cocina. Si, tenía todo excepto internet y Tv cable. En la casa de mis padres si había Tv cable e internet. Si por ahora estoy volviendo a vivir con ellos. Después de que salí del psiquiátrico.

- No tenía seguro de salud. Mi familia se hizo cargo de los gastos económicos de la internación

No tenía seguro de salud porque no trabajaba en una gran empresa, como PIL, Coca Cola y otras. En mi caso, es una pequeña empresa que solo mi familia trabaja y cuando se necesita más ayuda se contrata a personas que también se las paga al día.

Bueno le pregunte a mi hermana Tifani, quien pagó los gastos de las dos internaciones, ella me dijo que fue mi mamá con ayuda de mi papá. No tuve dificultades económicas debido a la pandemia porque estuve trabajando en la fábrica. Las ventas subieron en productos de limpieza y desinfección. Nos fue muy bien en los meses de cuarentena.

- Mi experiencia durante la mi internación

No me gustaba el lugar al principio, me internaron a la unidad de pacientes agudos. Estaba allí desintoxicándome, porque me trajeron totalmente borracho, sin acordarme de

nada de lo que pasó. Cuando empecé a recuperar la conciencia poco a poco, me di cuenta que había pacientes peor que yo. Los primeros días tomaba mucho medicamento, en la mañana, a medio día en la noche dos píldoras. Para dejar de temblar porque había tenia sed por consumir alcohol, me podía tomar lo que sea, que tenga alcohol, hasta un perfume o desodorante. Los medicamentos me ayudaban a bajar esos síntomas de temblor y sed.

Lo peor eran loquitos en ese pabellón de agudos, que gritaban por salir o te hablaban y no les entendías nada. No quería estar en ese lugar. Pasó 5 o 6 días no me acuerdo bien, pero la doctora me dijo que me podían trasladar al pabellón de farmacodependientes para hacer un tratamiento. No tuve de otra aceptar para salir del pabellón de agudos. Cuando llegué allá, me recibieron bien los pacientes y me dijeron las normas y reglas que se debe cumplir en la unidad. Me acostumbre a levantarme temprano, limpiar mi habitación y mi baño, también a limpiar el patio y la cocina. Como todos los pacientes que llegan primera vez.

También teníamos actividades de lecturas, poesía, manualidades en las tardes que teníamos con el profesor Wilder, nos manteníamos ocupados para no pensar en nuestras adicciones. Pero también teníamos actividades deportivas en la unidad. Las terapias grupales que teníamos con los doctores y con los orientadores de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Me ayudó bastante esas terapias.

- Mi mamá vino a visitarme y llorando me dijo que me quería mucho que todo iba a salir bien

Siempre vinieron a visitarme, estaban pendientes de mí, me preguntaban que necesitaba, como estoy, como me siento. Es cierto que yo me quería ir al principio, pero insistieron que me quedara y me dijeron que no me preocupara del dinero, eso me dijo

especialmente mi mamá. Los doctores psiquiatras hablaron con mi mamá al inicio para explicarle en que consiste el tratamiento en la unidad de farmacodependientes.

También en la segunda internación no me abandonaron. Estoy muy agradecido con ellos. Recuerdo cuando estaba internado en pabellón de agudos mi mamá vino a visitarme y llorando me dijo que me quería mucho que todo iba a salir bien. Al igual que mi padre cuando estuve en la unidad de fármacos.

- Las sesiones de terapia familiar con la trabajadora social

Los días miércoles, mi mamá participaba siempre desde que me internaron, mi hermana Tifani le acompañaba algunas veces. Me dijo mi mamá que se sentía bien yendo a esas terapias, y que les hablaban como los familiares pueden ayudar a recuperar a los pacientes de sus adicciones a las sustancias. Mi papá fue dos veces con mi mamá.

La trabajadora social me ayudó cuando tuve la segunda recaída. Autorizo para que me pueda internar de nuevo. Habló también con mi mamá para mi internación. Me motivo y me dijo que las recaídas a veces son frecuentes pero las caídas no. Las recaídas suceden en camino de tu recuperación, cuando empiezas a dudar y te debilitarte con la sustancia adictiva, y cuando vuelves a consumir, aunque sea un poco, te caes, pero te levantas y sigues tu camino para recuperarte y no vuelves a caerte en el mismo lugar, eso se llama recaída. En cambio, la caída, no te levantas, te quedas allí sumergido con la sustancia adictiva y no te recuperas. Vuelves a esos malos hábitos de la droga.

- Terminar mi carrera es mi meta. Lo voy lograr

Aprendí a recuperar mi vida y seguir adelante. Como dicen el “pasado es historia, el futuro es misterio y el presente un regalo”. No volver a recaer, ya no puedo volver a recaer

en eso pensaba cuando me interne este último. Pensaba iniciar mi propio negocio, por ahora estoy trabajando con mi papá de nuevo. Solo por ahora, más adelante hare mi negocio, pero también terminar mi carrera es mi meta. Lo voy lograr.

## **5.2. Análisis de los casos**

En esta segunda parte se hace un análisis de los casos, usando el método de la categorización abierta se presentan los principales conceptos emergentes de los discursos de los pacientes sobre la familia su rol que cumple en el proceso de tratamiento como ser: a) situación socioeconómica, b) estructura y relacionamiento familiar y, c) actividades que involucran las familias por un equipo interdisciplinar de profesionales en salud mental en la comunidad terapéutica del hospital psiquiátrico.

### **5.2.1 Situación socioeconómica de los pacientes y sus familias**

La condición socioeconómica es una medida de situación social que incluye típicamente recursos económicos (ingresos, satisfacción de necesidades y servicios básicos, etc.) y recursos sociales (seguro de salud, nivel de educación, estado laboral, etc.), está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental (Cfr. Méndez, 2015).

Los recursos económicos son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades dentro de la familia. El recurso económico suele mencionado, en muchas ocasiones, como sinónimo de factor de producción. Los factores productivos son los recursos que se combinan en el proceso de producción para agregar valor en la elaboración de bienes o servicios.

Dichos aspectos son muy importantes en el análisis de la situación y condición socioeconómica de los pacientes. A continuación, describimos su situación respecto al acceso a la vivienda y servicios básicos, el acceso a servicios de salud, y por último la situación laboral de los pacientes y sus familias.

#### **a) Vivienda y servicio básicos**

Es normal que el hogar de una familia este representado por una casa y los servicios básicos que satisfacen a los miembros familiares. Estos son aspectos muy importantes, es por esa razón que hemos indagado en los pacientes las condiciones de vida, percibiendo un antes y un después de la internación. En el caso 1, Angy afirma que estaba alojada en la vivienda de sus padres con su hija, argumentaba que cuenta con todos los servicios básicos (agua potable, energía eléctrica, internet, tv cable, etc.) sus padres seguían manteniéndola, porque no trabajaba y era madre soltera, sin embargo no supo aprovechar la ayuda por parte de su familia, salía bastante con sus amistades, se aprovechaba de ellas para conseguir dinero, alcohol y otras sustancias psicoactivas más. Después de toda la mala experiencia en consumo de las drogas y haber concluido con el proceso de rehabilitación en hospital psiquiátrico los padres le volvieron abrir las puertas de la vivienda para convivir con su hija.

En el caso 2, Roberto es un paciente de la tercera edad, actualmente está viviendo en el patrimonio de la familiar, ya que la casa donde se encuentra es origen de su familia nuclear, donde se ha criado con sus padres y hermanos, con el pasar de los tiempos y con colaboración entre todos han renovado la infraestructura de la vivienda, siendo esto un patrimonio familiar perteneciente a todos hermanos, paciente es el único que habita en esa vivienda después de

terminar su tratamiento, los hermanos mayores decidieron brindarle la confianza y la responsabilidad de hacerse cargo de casa.

En el caso 3, Jhony manifestó que vivía con su pareja en una vivienda en alquiler, para experimentar la vida de concubinato para luego casarse. Sin embargo, sufrió el abandono de su pareja por sus comportamientos problemáticos que Jhony presentaba por efectos de las drogas y el alcohol. Jhony empezó a decaer bastante en drogodependencia por la soledad y el abandono, la dueña de la vivienda que alquilaba le pidió que desalojara, debido a que no pagó varios meses el alquiler. Su madre supo de su situación e insistió para que volviera a vivir a su casa. Después del tratamiento en la comunidad terapéutica, la familia aceptó que nuevamente Jhony regrese a vivir nuevamente con ellos.

En este sentido, respecto a la vivienda, se evidencia que la familia es muy importante, ya que abre las puertas del hogar a los pacientes que sufrieron de adicciones de drogas o alcohol, como parte del proceso de recuperación y reinserción familiar, caso contrario estarían en las calles sin ningún techo y sin satisfacer las necesidades básicas del ser humano que necesita para poder vivir bien.

#### **b) Seguro de salud**

En cuanto el seguro de salud, en los tres casos, los pacientes no cuentan con este beneficio, en la actualidad, todos los gastos sobre temas de salud corren por su cuenta propia y por su familia, porque no tiene actualmente un seguro de salud. Este beneficio debe ser brindado por los empleadores o empresas, sin embargo, es el caso 2, de Jhony su trabajo consiste en un día trabajado día pagado, es la realidad dura de nuestros pacientes y otros.

En el caso 1 de Angy la cual describen que los gastos hospitalarios corrieron por cuenta de la familia, aunque Angy no quería permanecer internada por la preocupación económica, sin embargo, sus padres cubrieron los gastos extras en medicamentos o análisis para su rehabilitación, ya que paciente está inscrita en el SUS (Seguro Universal de Salud) no cubre con los gastos del Hospital psiquiátrico y no tiene convenio con la institución.

Identificamos el caso 3, Roberto nos argumenta de forma dudosa que desde que dejó de trabajar, no cuenta con un seguro de salud, porque no hizo los trámites correspondientes para la obtención de su seguro. Su situación actual en estos momentos es averiguar los requisitos para asegurarse en la caja de salud, la cual le corresponde por lo años de servicio y aportes a las AFPs. Y que todos los gastos corrieron por su cuenta propia y colaboración de sus hermanos.

En conclusión, podemos decir que los tres pacientes no cuentan con un seguro de salud que cubra los gastos económicos del hospital psiquiátrico, y aunque estén escritos en el Seguro Universal de Salud (SUS), no tienen ningún convenio que cubra los gastos hospitalarios en salud mental, es por esa razón que todos los costos económicos corren por su cuenta propia paciente y por su familia.

### c) **Situación económica y laboral**

El estado laboral se refiere a la situación de trabajo, obra, tarea, empleo, cargo de una persona. El trabajo es esfuerzo humano físico o intelectual aplicado a la producción u obtención de ingresos económicos y sociales. Describimos situaciones laborales antes y actualmente como factor influyente en su proceso de recuperación y el apoyo de la familiar.

En el caso 1, Angy manifiesta que antes de internarse en el pabellón de farmacodependientes realizaba dos actividades simultaneas; una de estudiar una carrera de gastronomía y la otra de trabajar en una microempresa como supervisora, tratando de superarse, pero por el consumo adictivo de alcohol tuvo problemas en trabajo y se retiró, de igualmente en sus estudios. Después de concluir el tratamiento, actualmente, sigue viviendo en la casa de sus padres con su hija, en estos tiempos de pandemia su familia abrió una tienda en su mismo domicilio, la cual la Angy se está dedicando a la atención de esa tienda y gracias al pequeño negocio de sus padres no pasaron ninguna dificultad económica toda su familia.

En el caso 3, Jhony nos cuenta sobre perdida de su fuente laboral por conductas de robo de productos de la fábrica para el consumo de las sustancias adictivas. El trabajo que realizaba en el negocio de la familia junto a su padre como jefe y su hermano, generaba ingresos económicos para auto sostenerse. Sin embargo, no fue la única consecuencia la pérdida de trabajo, sino también el abandono de la carrera de administración de empresa, aunque manifiesta el deseo de volver retornar sus estudios para superarse. Pero después que termino el tratamiento el paciente retorno trabajar a la micro empresa de su padre, la cual se trabaja por día, trabajo hecho, trabajo pagado. De este amenera no tuvo dificultades en esta pandemia gracias a la familia porque le abrieron las puertas de casa y de la fábrica nuevamente.

En el caso 2, Roberto argumenta que es profesional con experiencia vasta en campo de la agronomía, por muchos años ocupó un cargo público como planificador territorial en trópico de Cochabamba, trabajando conjuntamente con instituciones del Estado boliviano. Actualmente está jubilado, sin embargo, manifiesta que no se siente cómodo porque no es 100 por ciento que recibe. El monto es de 1400 bs que no le aseguran una estabilidad



económica, pero si le sirvió bastante en época de pandemia, lo malo era estar aislado, no salir a la ciudad, porque era prohibido. Es por esa razón, tiene el deseo de volver a su trabajo, pero estaba vez de forma pasiva, es decir que quiere trabajar en oficina ordenando, revisando y decepcionando documentación, por sus condiciones físicas porque ya no es joven de antes, con fuerzas para escalar o recorrer territorios en trópico.

Sin embargo, el regreso a su trabajo dependerá de las elecciones nacionales, del partido político que entre a gobernar, Roberto resalta que todo es política en esta vida y que para tener un buen trabajo debe hacer una campaña, siempre ha sido así. En estos momentos no está trabajando y está a la espera de las elecciones nacionales.

En conclusión, se ve que la situación económica y laboral de los pacientes es inestable en un inicio, en los casos Angy y Jhony por el problema de las drogas perdieron sus trabajos. Luego de la rehabilitación sus familiares ayudaron en su inserción laboral, ya que ahora están trabajando en los negocios familiares (tienda y fábrica) para generar sus propios recursos económicos, y en ambos casos retomaron sus estudios para ser profesionales. En el caso de Roberto, el único ingreso que recibe es su jubilación, pero no es suficiente para mantenerse, por esa razón tiene la intención de volver a su trabajo para sacar el cien por ciento de su renta de vejez, aunque, según él, eso dependerá de partido político ganador del gobierno.

### **5.3. Las familias de los pacientes: Tipología y relaciones intrafamiliares**

#### **5.3.1 Composición de las familias**

La composición familiar tiene que ver con la constitución del grupo e indica la tipología familiar de acuerdo a las características, relación de parentesco y estilos de convivencia que está presente, entendiendo, por lo tanto, que corresponde a la tipología que

no son únicas y que de todos modos en una familia siempre van existir más de una de las conceptualizaciones (Méndez, 2015, p. 69). En nuestro estudio hemos podido identificar diferentes composiciones y tipologías de familia con base a la descripción de sus características y miembros que la conforman.

En el primer caso, Angy nos describe cómo está compuesta su familia, mencionando primero a los padres, luego a sus hermanas por orden de edad, resalta que ella es la mayor. Además, habla de su hija de 10 años que vive con la familia de sus padres, debido a una ruptura con su pareja, alegando que era violento. De esta composición se puede tipificar como una *familia extensa*, al estar integrada por más de tres generaciones que viven y comparten la misma casa.

En el segundo caso, Roberto nos describe a su familia empezando por su madre y su padre, pero con mucha tristeza dice que fallecieron, es por esa razón, vive solo en la casa de sus padres que también es de sus hermanos, pero no viven en esa casa hace mucho tiempo. Roberto es soltero, no tiene pareja y no tiene hijos, no pudo construir una familia debido a su adicción. En este caso estamos identificamos una familia *unipersonal* por estar compuesta por una sola persona, a partir de múltiples causas, como ser la soltería, independencia o fallecimiento de la familia de origen, infertilidad porque no existe hijos legítimos.

En el tercer caso, se identifica a la composición familiar de Jhony como *familia nuclear*, por estar conformado por su padre, madre, hermano mayor y hermana menor. En este grupo familiar resalta bastante la figura femenina, de la madre y de la hermana menor del paciente, ya que su rol protagónico de apoyo fue importante, a pesar de todas las decepciones nunca lo abandonaron.

Un detalle muy particular en los tres casos, es la *familia psicósomática*, por la existencia de una persona de la familia que padece de una enfermedad (drogodependencia) de modo o menos prolongado o crónico, con sus síntomas y comportamientos que impacta o afectan a los otros miembros de la familia (Cfr. Méndez, 2015, p.79). Los comportamientos sintomáticos del consumo de alcohol y las drogas de los pacientes, y su influencia en las relaciones familiares se puede apreciar en las siguientes frases, según los argumentos de los pacientes:

-“Con mi hermana menor siempre me he llevado bien, pero desde que comencé este problema del alcohol deje de llevarme bien”. “Me salía con mis amigos a bailar, a tomar y me descuidaba de mi hija, ella no dormía por espérame” (Entrev. 1, C.A.).

- “Por el problema de la bebida nunca tuve una pareja estable”. “Mi mamá no dormía hasta llegara a mi casa o me buscaba en todo lugar para traerme a casa” (Entrev. 2, C.R.).

- “Tenía dificultades con mi hermano y mi padre porque me perdía días y robaba cosas para conseguir dinero para comprar la droga” (Entrev. 3, C. J.).

Los familiares de la persona adicta a menudo sufren de una condición conocida como “codependencia”. En muchos casos los pensamientos y las sensaciones de sus padres, hijos/as, hermanos/as y esposos/as son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto y esto, muchas veces puede causar la destrucción de la unidad familiar. Los miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema, ya que puede darles esperanza equivocada que ellos pueden “curar” a su ser querido (Cfr. Torres, 2007, p. 18).

### **5.3.2 Relación de los pacientes con los miembros de su familia**

Como ya hemos descrito, en los casos se presentan diversas tipologías de familias y consecuentemente múltiples formas en cada uno de sus miembros de relacionamiento familiar. A continuación, analizamos algunos de estos estilos de relacionamiento funcional y disfuncionalidad dentro del sistema familiar.

Comenzaremos por el caso 1, Angy es madre soltera tiene una hija y no asume el rol de madre, a la vez continúa siendo la hija de sus padres en la familia (depende económica y emocionalmente de sus padres) No logra una vida independiente. Es “una hija con hija”. El mayor conflicto se ubica en la relación disfuncional de madre a hija, Angy asume que no es buena madre para su hija, este conflicto es tan profundo que Angy intentó suicidarse como una alternativa de salida al dolor y el fracaso.

También es muy interesante el tipo de relación que entabla la madre de Angy, con ella y con los demás miembros de la familia. La migración a España crea un vacío en la relación del subsistema maternal (madre-hija), la madre está ausente para asumir y resolver los problemas cotidianos de la familia, entre ellos la adicción de Angy. Ella dice: “mi familia no me abandonó”, este vacío en la relación pretende ser llenado gracias a la comunicación que logran vía internet.

Resalta el hecho que existe poca comunicación entre Angy y sus padres (subsistema paternal), ellos saben poco sobre la vida íntima de Angy, sobre todo su mamá ausente. Gracias a la terapia, su padre es el que rompe esta barrera y se entera de cosas que Angy tiene vergüenza de sí misma, por los comportamientos inadaptados (robar, mentir, pelear, etc.) que hizo durante su consumo de alcohol y drogas.

Otro aspecto que sobresale es que la madre está muy presente en la relación porque representa un soporte económico importante para la familia (manda dinero), este hecho la redime un poco quizá de la responsabilidad que tenía de estar físicamente al lado de su hija. Sin embargo, a pesar de que la madre está ausente físicamente, se nota que la familia se mantiene unida, sobre todo existen lazos muy fuertes entre hermanas, basado en la valoración y el cariño, lo cual le da fortaleza a la paciente para continuar con su recuperación. “Debo luchar, por el cariño que me brindan”.

En el caso 2, Roberto tiene el síndrome del “nido vacío”, cuando mueren sus padres y sus hermanos hacen sus vidas formando sus propias familias, en el nido del que formaba parte como hijo, solo queda él, en su relato lo dice claramente, “Me quedé solo en la casa de campo de mis padres, que también es la herencia de mis otros hermanos” (Entrev. 2, C.R.). El mensaje subyacente de este discurso de Roberto es que “ellos también pertenecen a este nido”. Roberto, al no poder mantener una relación con una pareja debido a su adicción, no abandona el nido, se queda ahí, no solo física sino mentalmente. No logra construir su propia familia, y lo dice abiertamente: “soy solterón”.

En la relación entre Roberto y sus hermanos, cuñadas y sobrinos, se nota que no es muy estrecha, las visitas son esporádicas, para compartir un almuerzo dominguero y hablar de los recuerdos de su infancia entre hermanos. Hablar de su infancia podría ser síntoma evidente de la nostalgia que sienten por el nido paterno. Por lo menos, eso reflejan las palabras de Roberto: “Mis hermanos mayores Raúl y Wilfredo vienen de vez en cuando a la casa con toda su familia, con mis sobrinos, para hacer una parrillada entre todos (...) A veces su mujer de mi hermano Raúl, me llama, me dice que pase por su casa almorzar, allí estoy con mi hermano Raúl hablando recordando, momentos que pasamos de niños con mis demás

hermanos. También recordamos a mi papá el buen hombre que era y mi mamá que era buena cocinera (...). Mientras mis hermanos menores, llaman para preguntarme como estoy, aquí en casa desde Estados Unidos” (Entrev. 2, C.R.). Por otra parte, la relación entre Roberto con sus familiares, en lo que concierne a su enfermedad, es más de apoyo a distancia, preocuparse por él, llamar por teléfono para saber cómo está. Existe un miembro de la familia, su hermano Raúl (subsistema fraternal), que ha estado más pendiente de Roberto durante estas últimas internaciones, de algún modo representa un soporte importante para su rehabilitación.

En cuanto al caso 3, podemos describir que Jhon proviene de un ambiente familiar de violencia. Por un lado, el padre ejerce violencia física en su relación con su madre. Por otro lado, el padre también ejerce violencia en la relación con su hijo (desde la infancia). El perfil del padre es machista, se autodefine como una persona luchadora y autosuficiente, ya que tuvo que salir adelante solo sin el apoyo y afecto de sus padres, por eso le da mucho valor al trabajo. Estos antecedentes del padre marcan su conducta en la relación con su hijo, ya que él no puede expresar sus sentimientos hacia su hijo, ni el hijo hacia el padre, esto creo una barrera en la comunicación entre ambos. El hijo no encaja en el modelo ideal del padre. La adicción de Jhon perfila una imagen muy devaluada frente al padre, como menciona Jhon: “Mi padre me odiaba”.

En este ambiente, la madre además de salir a trabajar a tempranas horas del día, no descuida las labores domésticas. En la relación madre e hijo (subsistema maternal), la madre expresa su afecto por Jhon en la atención con la comida. Sin embargo, entre Jhon y su madre no existe una comunicación cercana para hablar de sus problemas. Pero cuando Jhon enfrenta

el desafío de tratar su adicción, su madre y hermana están más cerca de él brindarle su apoyo, no así el padre.

En un principio la adicción de Jhon crea el rechazo y la negación de su padre porque Jhon robaba productos del negocio familiar para venderlo y conseguir dinero para comprar y consumir las sustancias adictivas y se perdía días sin rastro alguno. Todos estos elementos provocaron que el padre lo negara, lo rechazara y lo votara del negocio familiar y la casa.

Sin embargo, la terapia individual de Jhon y la terapia familiar permiten un reencuentro en el subsistema paternal (padre e hijo). Jhon lo expresa de la siguiente manera: “No esperaba que mi padre me visitara y menos que me perdonara, pero lo hizo me perdono por todos los problemas que hice al negocio y a la familia. Me siento agradecido con mi familia por todo” (Entrev. 3, C. J.). Lo interesante de este caso es que la terapia permite una especie de reencuentro y establecer una relación funcional en grupo familiar, es decir que se abre la comunicación y se curan las heridas del pasado. El padre logra perdonar y superar las barreras de comunicación para expresar sus sentimientos hacia su hijo.

#### **5.4. El rol de la familia en el tratamiento de los pacientes**

La familia es un complejo de roles y funciones (biológica, económica, espiritual, educativa, psicológica y social), en donde la convivencia, sus integrantes, la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, como se viven y como se manifiestan en sus miembros, son parte de un modelo interactivo que representan un factor importante en la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas (Cfr. Torres, 2007, p.18). Para entender un poco mejor el rol, según Méndez (2015) lo define como: “el conjunto de

comportamientos y de funciones que un miembro de familia asume frente a los otros y estos pueden ser ejecutados de modo claro y difuso”. (p. 90)

La familia desempeña estos comportamientos y funciones durante la internación del miembro de la familia internado en unidad de farmacodependientes. A continuación, describiremos las funciones como; responsable familiar del paciente, fortalecimiento de la comunicación, cohesión y resiliencia familiar, participación de los miembros de la familia en actividades del proceso de rehabilitación de los pacientes.

#### **5.4.1 Responsable familiar del paciente**

El responsable familiar es aquel que se encarga del paciente y es designado para recibir información del médico tratante o personal de salud, quien le explicará el cuadro clínico por el que atraviesa su ser querido, indicándole los procedimientos y cuidados que recibirá el paciente hasta el momento de su alta clínica o su fallecimiento, informando de forma clara y accesible la situación, los síntomas y signos previstos para cada momento de su internación hospitalaria (Ministerio de Salud, 2013).

La responsabilidad es una función que se manifiesta en comportamientos de carga afectiva, protección y cuidado con el familiar en estado de recuperación. En nuestro estudio, vemos que en el caso 3, Jhony nos relata: “Mi mamá es la que estaba responsable y como garante de mi persona en el psiquiátrico las dos veces que estuve internado. La primera estuve tres meses en la unidad de farmacodependientes y la segunda vez me internaron porque tuve una recaída a las pocas semanas que salí del psiquiátrico” (Entrev. 3, C. J.). Es evidente que la madre es la responsable y garante económica en las dos ocasiones de internación de su hijo en el hospital psiquiátrico, por lo tanto, la madre nunca dejó de cumplir la función de



protección a su hijo, a pesar de la recaída pocas semanas después de haber concluido la primera internación. Ella continuó como responsable y estuvo a su lado en la segunda internación de su hijo, mostrando un amor incondicional maternal.

En el caso 2, el paciente Roberto estuvo internado tres veces, los padres fueron responsables de la primera internación, Roberto recuerda y comenta lo siguiente: “Desde que me internaron la primera vez, mi papá venía al psiquiátrico a verme, allí hablaba con el doctor. También mi mamita venía, me traía comida. No me abandonaron, a pesar de todo lo que pasamos”, “mi papá, pago mi tratamiento, claro Yo le trataba de volver pero no quería. Solo me decía que trabaje y que siga adelante” (Entrev. 2, C.R.). Podemos evidenciar mediante el discurso de Roberto que los padres estaban pendiente de su internación la primera vez, dando a entender la importancia del subsistema parental en su rol de protección y afecto hacia el paciente para una pronta recuperación, haciéndose cargo de los gastos económicos, visitándolo el hospital y hablando con los profesionales de salud para saber estado de salud y la evolución de su tratamiento de su hijo. Por otro lado, la madre cumplía un rol más afectivo, expresado en el cuidado de la alimentación de Roberto, la madre llevaba comida cada vez que visitada a su hijo en la unidad de farmacodependientes, de esta forma, los padres nunca lo abandonaron.

Sin embargo, Roberto, después de 9 años de estar libre de las adicciones a las sustancias, que se puede catalogar como un logro del proceso de recuperación, por factores riesgos sociales y el fallecimiento de sus padres volvió a recaer muy severamente, motivo por el cual comenzó su segunda internación. En esta ocasión se responsabilizaron sus hermanos, es decir, el subsistema fraternal del paciente. Los hermanos lo visitaban y lo motivaban diciéndole: “tú puedes”, “saldrás de esta”. Roberto recuerda con mucha nostalgia,

pero a la vez con felicidad el apoyo de sus hermanos, porque a pesar que fue internado más de una vez, no lo abandonaron. En especial su hermano mayor Raúl, como tal asumió la responsabilidad y se hizo se cargó como garante económico y responsable familiar en la segunda y tercera internación en la comunidad terapéutica. Raúl estuvo pendiente de las necesidades personales, medicación, exámenes o pruebas médicas que requería Roberto durante su internación en el psiquiátrico.

En el caso 1, la paciente Angy en su testimonio argumenta que los responsables económicos fueron ambos padres, su madre enviaba el dinero desde España, su padre recibía el dinero para cancelar los gastos a la institución psiquiatría, a pesar de la distancia su madre nunca perdió el contacto y la relación de madre a hija se fortaleció durante la internación. Aunque la paciente al principio pensaba que su familia la rechazaba, la veía como una “oveja negra”, que no tendría ninguna consideración de su familia, por ende, no tendría ayuda de ningún miembro familiar. Sin embargo, frente a la actitud de sus parientes se dio cuenta que estaba equivocada porque todos sus familiares expresaron su solidaridad en los momentos difíciles, dándole palabras de aliento, y haciéndose responsables de sus gastos en el psiquiátrico, de esta manera cumplieron los roles de protección y apoyo afectivo en su proceso de rehabilitación.

En conclusión, en los diferentes casos se puede apreciar que, el responsable familiar es uno o más miembros familiares (padre, madre, hijos/as, hermanos/as, tíos/as y otros) cercano a los pacientes que manifiesta comportamientos y funciones de carga afectiva, protección, comunicativa, motivadora y alentadora con el paciente durante estado y la evaluación de tratamiento del paciente. Estar en constante contacto con el personal de salud (médico psiquiatra, enfermera, trabajo social, y otros) para saber su situación del paciente.

El responsable familiar también implica ser garante económico, es decir, que se hará cargo de cancelar los gastos médicos por los días de internación como ser: la medicación, exámenes médicos y otros insumos de salud que lo requiere el paciente durante el tratamiento.

#### **5.4.2 Motivación y resiliencia familiar en proceso de recuperación del paciente**

La familia es una parte elemental en la aceptación, orientación, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia de las drogas o alcoholismo, asimismo disminuye las recaídas, es elemento clave en la generación y recuperación de la farmacodependencia (Cfr. Torres, 2007, p.18). En los casos estudiados constatamos la importancia de dichos aspectos. Para ilustrar recurriremos al caso 1. En el relato de Angy podemos evidenciar que para ella fue difícil al principio estar internada, al pasar los días empezó a sentir la muestra de apoyo y afecto que le brindaban su padre con palabras motivadoras como: “A pesar de todo eres mi hija, y eres buena hija (...) “No importa que, si hayas tropezado, siempre serás el pilar de la casa” (Entrev. 1, C.A.), estas frases denotan el amor incondicional, la aceptación y el perdón del padre. Esta verbalización del amor y apoyo de la familia le da fortaleza a la paciente para que pueda salir a delante.

De igual manera, la madre de Angy restablece una comunicación asertiva con su hija, aunque a larga distancia y por medios tecnológicos. Esta comunicación posibilita el contacto con su hija y le da la oportunidad a la madre de expresarle a su hija su amor y apoyo. Las palabras de madre son expresiones de solidaridad y cariño, como: “Te quiero mucho (...) Que todo va estar bien. Que todos a veces caemos, y que lo importante es levantarse y seguir

adelante” (Entrev. 1, C.A.). Estas palabras causan una capacidad de resiliencia<sup>4</sup> en Angy, para poder recuperarse y salir de su problema de dependencia con la sustancia.

Debemos resaltar el rol importante que cumple la tía de Angy, que es su madrina de bautizo, quién de algún modo llena la ausencia física de la madre. Según el testimonio de Angy, fue su tía quien insistió en la internación de Angy, para una pronta recuperación. A su vez, visitó varias veces a la institución psiquiátrica, brindándole su apoyo y motivándole con palabras como estas: “debes salir de esto, dar el primer paso para ayudar a los demás”, estas sencillas palabras tuvieron un efecto igual al del padre y madre, de motivación y capacidad de resiliencia para seguir adelante.

Pero la motivación más grande que tuvo Angy fue el amor de su hija, a pesar de su corta edad, la hija fue testigo de un intento de suicidio de su madre por efectos de la droga, que casi le cuesta la vida, la hija nunca la abandono, estuvo dándole su apoyo expresando a través de cartas y mensajes, donde le escribía: “Te quiero mucho y te extraño mucho mami”, “No importa lo que hiciste, te voy a querer siempre”, “Espero que te cures lo más antes posible” (Entrev. 1, C.A.). También le mandaba regalitos hechos por sus propias manos y otros comprados con sus ahorros como ser: un collar en forma de rosario para que rece, un lápiz con un stiker para que le escriba y una cajita para que guarde sus cartas. Según Angy, todos estos detalles de afecto de parte de su hija, le dieron fortaleza, a pesar de todo lo que pasaron. En este sentido, la hija fue el sustento principal que hizo que se recuperara de su adicción.

---

<sup>4</sup> Luthar y Cushing (1999, p. 543) definen la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

En conclusión, podemos decir que el afecto que brinda la familia es un factor motivador en el proceso de tratamiento del paciente, visitándoles y expresándoles unas cuantas palabras sinceras que salen del corazón: “Te quiero mucho”, “Todo va estar bien”. “Todos a veces caemos, lo importante es levantarse y seguir adelante”, “A pesar de todo eres mi hija, y eres buena hija”, “No importa que, si hayas tropezado, siempre serás el pilar de la casa”, “Debes salir de esto, dar el primer paso para ayudar a los demás”. Esta es la verbalización del amor y apoyo incondicional de la familia que motivan y dan seguridad y fortaleza al paciente para que pueda salir a delante, creando una capacidad de resiliencia, para recuperarse lo más ante posible gracias a la familia.

#### **5.4.3 Participación de los miembros de la familia en actividades del proceso de rehabilitación de los pacientes**

La familia se involucra voluntaria y activamente en el proceso terapéutico poniendo al servicio del paciente en rehabilitación todas sus posibilidades de asistencia y recursos. La familia es un continuo cambio, tanto en su historia como en su ciclo vital, pueden cambiar las formas de relación, o el modo, pero lo que no cambia, es que está conectada a través de patrones de relación como estructura necesaria para determinadas funciones (Cfr. Fiorella, 2016, p.20).

En los casos estudiados, los pacientes argumentan que sus familiares se involucraron en su tratamiento de forma activa, unos visitándolos, llamándolos por teléfono y llevándoles, regalos, cartas, alimentos y otros insumos que necesitaba el paciente. Por ejemplo, en el caso de Angy, si bien su madre estaba fuera del país, la llamaba por teléfono, para saber de ella y para motivarla y recordarle que no estaba sola y que pueden contar con ella.

La comunicación e interacción de los pacientes con sus familiares fue muy importante, el efecto más relevante es que ellos no se sintieron solos. Por otra parte, los familiares cumplieron un rol importante en la rehabilitación de los pacientes, porque se involucraron en las actividades de terapia realizadas por los profesionales de salud, como parte del tratamiento como: charlas, reuniones, consultas y terapias individuales, grupales o familiares, en las diferentes áreas de salud del equipo multidisciplinario, con el objetivo de orientarles sobre los cuidados que deben tener los familiares con los pacientes para una pronta recuperación.

Las principales actividades en las que participaron los familiares de los pacientes fueron: a) actividades del área médico psiquiátrico, b) actividades en área de psicología, c) actividades espirituales y religiosas y d) actividades en área de trabajo social

#### **a) Actividades en el área médico psiquiátrico**

A manera de ilustración tomamos aquí el caso de Angy. Ella describe cómo su médica tratante involucra a sus padres y a su hermana mayor en las sesiones terapéuticas, para desarrollar habilidades de comunicación y fortalecimientos de los lazos afectivos en el sistema familiar. Resalta la paciente el alivio y el bienestar que logró al hablar de todos los temas y secretos de su vida personal guardados a causa de su adicción. Ella nunca les dijo nada a sus padres por miedo y culpa, guardar estos secretos para ella era un tormento y malestar de todos días, pero con la intervención de la doctora, Angy afirma que se sintió liberada y con una paz interior.

También se logró crear una adecuada comunicación con su hija y recuperar el rol de madre, ya que su hija era menor de edad, y no podía recibir visitas de ella, según las

normativas vigentes del hospital psiquiátrico lo prohibía. Sin embargo, esto no fue un impedimento para que no pueda comunicarse con ella, se escribían cartas, a sugerencia de la doctora como parte de su tratamiento terapéutico, en esas cartas se expresaban sentimientos de tristeza, esperanza y alegría a través de poesía reflejando la difícil situación que atravesaban por la drogodependencia. Termino concluyendo que su hija es una inspiración para salir adelante.

En los casos estudiados, otra forma de involucramiento de los familiares es su participación en el asesoramiento médico. Normalmente la trabajadora social quien los contacta vía telefónica para informarles que deben pasar por instalaciones de la unidad para hablar con doctor o doctora tratante del paciente, y para su asesoramiento familiar. Cuando los familiares se hacen presentes, la/el doctor/a tratante les explica a los familiares sobre la evolución médica, y los exámenes médicos que necesita el paciente. En algunos casos recomiendan que es conveniente prolongar un tiempo más la estadía en la unidad, debido a que existe en el paciente el riesgo de recaer.

En conclusión, los familiares cumplen el rol de coadyuvar en la terapia de los pacientes restableciendo una comunicación fluida, recuperando los lazos de afecto y confianza entre los miembros de la familia y el paciente. Por otra parte, los familiares coordinan con el equipo médico del área para responder a las necesidades de los pacientes en cuanto a estudios médicos, o la prolongación del tiempo de internación.

#### **b) Actividades en área de psicología**

En la comunidad terapéutica la evaluación psicológica se realiza con el propósito de observar el funcionamiento global del paciente, su conducta, sus normas de reacción frente

a diferentes situaciones individuales, familiar y social. Se intenta evaluar diversos procesos que componen la estructura de personalidad, desde la capacidad y el rendimiento intelectual, deterioro cognitivo, aptitudes, tonos afectivos, características de estilos de relación interpersonal, mecanismo defensa, expresión de afecto y control de impulsos a través de pruebas psicológicas (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.34).

Las actividades con familias según la psicóloga: “Los talleres terapéuticos se realizan con pacientes y miembros de la familia que tengan la disponibilidad de participar. Se tocan temas como la prevención del enojo y la agresión, el manejo de las relaciones interpersonales y de la ansiedad. Se practican técnicas de relajación y de respiración profunda. Los talleres son participativos, para tomar conciencia de cómo manejar el estado emocional, el enojo y la agresión. Es fundamental que establezcan buenas relaciones interpersonales, familiares y que tengan buena adaptación social” (Entrev. 7, Psi.). En los tres casos, los pacientes describen el tratamiento que recibieron del área psicológica eran diversas actividades, empezando desde el llenado de cuestionarios, tarjetas, dibujos de las familias y entrevistas personales. Asimismo, realizaron sesiones terapéuticas personales y con el responsable familiar (padre, madre, hermanos/as, hijos/as, esposos/as).

Los resultados de la intervención son evidentes, es decir, una serie de mejoramientos en sistema familiar, con la terapia, la relación es más comprensiva, la comunicación es más asertiva y coherente, el cambio de pensamiento de los familiares, es más consciente de tener un miembro en la familia que tienen un enfermedad y que el tratamiento es todo un proceso en la vida del paciente y son a largo plazo.



En algunos casos los riesgos de recaída son altos, es por eso que la psicóloga recomienda a los familiares después de obtener el alta del paciente deben acompañarlos a los centros de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, con el fin de que mantengan la abstinencia total y fortalezcan su voluntad o tener consultas con otros profesionales en salud (psicólogos, terapeutas familiares, etc.), para hacer un seguimiento del avance tanto en paciente como en la familia.

En el área de psicología las actividades, según describen los pacientes, eran diversas actividades, empezando desde el llenado de cuestionarios, tarjetas, dibujos de las familias y entrevistas personales. Asimismo, realizaron sesiones terapéuticas personales y con su familia. En las actividades que involucran a la familia son: orientaciones psicológicas, talleres donde se practican técnicas manejo de enojo y agresión, técnicas de relajación, de respiración profunda, manejo de emociones, técnicas de cambio de comportamientos.

### **c) Actividades espirituales y religiosas**

Los hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se dedican a la asistencia espiritual y pastoral para de los pacientes y sus familias, con una actitud de humildad, respeto, responsabilidad y fidelidad, participando de charlas y oraciones grupales para aliviar angustias y dar esperanzas de rehabilitación (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.104). Es por esa razón que cada domingo todos los pacientes y algunos acompañados de sus familiares participan de la celebración eucarística (misa) que llevan a cabo en dos horarios de 7 am y de 10:30 am en el templo que se encuentra ubicado en la entrada del hospital psiquiátrico como parte de su proceso de recuperación.

También los pacientes nos argumentan que el padre José y los hermanos de la orden hospitalaria les brindaban charlas sobre cómo superar la situación de las drogas o alcohol desde un enfoque más espiritual que se lleva a cabo los martes y jueves en el pabellón de farmacodependientes, pero también brindan asistencia y orientación con los padres, madres, hermanos o responsable familiar que está al pendiente del paciente, con objetivo de darles apoyo espiritual para que no pierdan la fe y la confianza en Dios. Las sesiones siempre empiezan y terminan con una oración para que Dios los ilumine y les fuerza en esos momentos más difícil durante el tratamiento.

## **5.5. El rol del Trabajador Social en la rehabilitación de los pacientes**

### **drogodependientes y sus familias**

El profesional de Trabajo Social en problemas inherentes a la salud mental debe contribuir con su accionar para hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos, en procura de mejorar las condiciones de vida de la población y objeto de intervención (paciente-familia). Para tal efecto, el abordaje de la salud debe ser enfocada desde una perspectiva integral, holística, dialéctica y acorde a la coyuntura socioeconómica que se vive en el país. Entendiendo que el abordaje integral considera a la salud, como el estado de bienestar biopsicosocial, requiriendo el esfuerzo de todos y cada uno de los interactuantes en el proceso de recuperación, donde juega un papel importante el paciente, su grupo familiar, su contexto social y la institución (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.148)

Las principales tareas que realizan los trabajadores sociales en su intervención a pacientes y familias son: a) consultas externas en el área de trabajo social b) estudio de casos, c) educación social con familiares, y d) orientación social con metáforas lingüísticas.

### **5.5.1 Consulta externa en área de Trabajo Social**

La consulta externa a cargo del profesional responsable en la oficina de Trabajo Social se realiza los días martes y jueves. A través de las observaciones etnográficas, vimos que, cada vez que venía una persona a consultar, la trabajadora social les brindaba toda información sobre el protocolo de atención e internación en el psiquiátrico. Toda consulta en trabajo social era anotada en el cuaderno registro de consultas, el nombre de la personas o pacientes, los requerimientos o las intervenciones que la trabajadora social realiza como ser: coordinación de internación intra y extra institucional, entrevista social, educación social personal o grupal, llenado de la ficha social y otros.

A continuación, analizaremos el actuar del profesional de trabajo social en la consulta externa a través de la observación etnográfica que se realizó en la atención de una pareja de novios consumidores de drogas, acompañados de sus padres de uno de ellos.

Era aproximadamente a las 10 am de la mañana, entró un señor de 50 años, para consultar los requisitos sobre la internación para su hija. La trabajadora social le explico protocolo de internación, que primero tenía que pasar por el médico psiquiatra de turno, si el confirma que es necesario la internación al pabellón de la unidad de farmacodependientes, los requisitos son los siguientes; Debe firmar el compromiso de responsabilidad un familiar, dejar una garantía de Bs. 1000 , también el paciente debe estar sin consumir las sustancias, es decir, que debe estar sobrio o limpio, caso contrario primero será internado en la unidad de agudos, donde estará hasta que pueda desintoxicarse y luego recién pueden entra a la unidad de farmacodependientes. Y por último requisito debe tener noción o conciencia de que tiene un problema con las drogas o alcohol y quiera salir de esta problemática de forma personal.

Al escuchar todo esto, el señor se puso pensativo y dijo: “Mi hija está afuera con su novio ambos son drogadictos y mi esposa esta con ellos. El problema que se perdieron

3 días y lo encontraron en ese estado”. La trabajadora social le respondió: “vayan a traerlos y tratare de hablar con ellos”. El señor salió de la oficina a traerlos. Nunca olvidaré ese momento cuando entro la pareja de novios en la oficina, se podía observar que eran jóvenes a simple vista tenían una edad entre 25 a 28 años, ambos entraron agarrados de la mano, sin embargo se notaba que estaban intoxicados, el olor era muy fuerte a alcohol y marihuana, no estaba seguro, pero el aspecto facial era sorprendente, tenían un aspecto en sus rostros de amanecidos y unos ojos rojos, ambos estaban despeinados y con ropa de días (Etnografía en la consulta externa, 22/08/19).

Se evidencia que el profesional trabajo social orienta con detalle al familiar sobre el protocolo de internación y los requisitos indispensable (garantía económica, firma de compromiso familiar e institucional y responsable familiar, etc.). Brindando un trato humanitario y dejando en claro que toda internación en pabellón de farmacodependientes el paciente debe estar consciente que tiene una adicción a las sustancias psicoactivas y quiere internarse de forma voluntaria y tomar tratamiento salir del mundo de las drogas. A continuación, presentamos otro fragmento de etnografía:

La trabajadora social les pregunto: ¿cómo están?, Ellos respondieron directamente: “que estaban bien y que no quieren que nadie los separe”. Aunque fue difícil conversar con ellos por el estado mental que estaban por el consumo de las drogas. Sin embargo, también el padre y la madre de la chica insistían que era necesario internarlos a los dos. La chica solo decía: “Queremos estar juntos internados y que nadie nos separe, con esa condición y queremos que nos prometa licenciada que nos internaran en el mismo lugar”. Su papa le dijo: “Que ya hablamos de esto y que nadie les va separar, siempre y cuando puedan tomar tratamiento y recuperarse”. La licenciada le pregunto: “Si ustedes realmente se aman, ambos deben internarse y tomar el tratamiento, ustedes están dispuesto a tomar tratamiento para luego estar juntos”. La pareja de novios se mira fijamente a los ojos, el chico le dice: “Es mejor que te internes Tú”, pero la chica le responde; “No me voy internar, si tú no te internas contigo”. La madre de la chica empieza a hablarle y llorando le dice; “hijita mía por

favor, por lo que más quieras, haz nos casó, por favor”, le abraza fuertes y empieza llora mucho más. Ese gesto de la madre y sus palabras hicieron que la chica considera la internación como una alternativa de solución, moviendo la cabeza, afirmando que si se internaría. A todo esto, la licenciada, los miro a la pareja de novios y diciendo; “Que no los van separar, se podrán ver ambos en unidad de agudos, y después de que se sientan bien, podrán pasar a la unidad de farmacodependientes ambos para terminar sus tratamientos, además esta unidad es completamente libre, en cualquier momento puedes solicitar salir de esta unidad”.

El chico en silencio y siendo testigo de las descargas de emociones ese momento, soltó la mano de su novia. Bajo la mirada, y un sentimiento de culpa sentía dentro de él. Sin embargo, no hubo resistencia por su parte para poderse internar. Después la licenciada tomo el teléfono y programo una cita de emergencia con médico psiquiatra de turno para autorización de internación para la pareja de novios. La familia muy agradecida con la trabajadora social y mucho más tranquilos se retiró.

Luego pregunté a la trabajadora social si es la primera vez que consultan una pareja de novios en ese estado, ella me respondió; “Que muchos casos y peores vienen a consultar, pero siempre están acompañados de un familiar, sea su madre, padre, hermana, hermano, tíos, esposos o esposas, y hasta en algunos casos su jefe del trabajo o empresa, porque el verdadero familiar es que te quiere y hace todo posible para que salgas adelante y que estés bien, aunque te tengas que obligarlo en contra tu voluntad a venir a la consulta” (Etnografía en la consulta externa, 22/08/19).

En esta parte se evidencia la interacción de profesional de trabajo social con los mismos pacientes, aunque es una pareja de novios la trabajadora social entra en contacto con pacientes iniciando con una pregunta ¿cómo están? para poder saber cómo están conscientemente o están bajo efectos de la droga, pero sobre todo para entablar una conversación de confianza, y orientarles sobre proceso de tratamiento. La pareja tiene la intención de estar juntos internados y no separarse lo manifiesta muchas veces la novia. Al final se puede observar que la trabajadora social convenció que el mejor camino para los

novios es la internación si realmente ambos se amaban. También la intervención de la familia fue importante a la hora de convencer a la pareja. Al final la familia muy agradecida con la trabajadora social por el trato humanitario, y mucho más aliviados se retiraron del consultorio.

Resumiendo, en la consulta externa el profesional de trabajo social brinda la orientación necesaria a todas familiares y pacientes sobre el protocolo de internación con los requisitos más primordial (garantía económica, firma de compromiso familiar e institucional y responsable familiar) brindando un trato humanitario a todo persona que venga a consulta externa de trabajo social, pero sobre todo genera seguridad en la toma decisiones para proceso de tratamiento tanto para los familiares y pacientes a la hora de decidir el mejor camino para el bienestar individual y familiar.

### **5.5.2 Estudio de caso como estrategia de intervención**

La intervención de Trabajo Social en la atención de “caso”, trata de establecer una relación previa, entre la persona que es asistida, y el profesional que va a llevar a cabo la resolución de la demanda, estableciéndose previamente un acuerdo, en un ámbito de respeto, confidencialidad y ética profesional (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.149). A continuación, para documentar este proceso, presentamos la siguiente cita de una etnografía de estudio de caso de un paciente realizado en consultorio del área de Trabajo social del psiquiátrico San Juan de Dios.

El proceso empieza cuando la trabajadora social llama por teléfono a la enfermera de turno, para que le acompañen a la paciente hasta oficinas de Trabajo Social. Después de 10 minutos de la llamada, entra una paciente mujer llamada Ariana (nombre ficticio) que tiene más 15 días internada (...). Luego la trabajadora social pregunta,

¿cómo se sentía Ariana?, ¿cómo se está llevando con los otros pacientes?, y otras preguntas, para enlazar las conversaciones y crear un vínculo y confianza. Seguidamente pasa al llenado de la ficha social, con los datos personales de Ariana, cuando le pregunto la edad, ella respondió que tenía 24 años, pero en ese momento su aspecto facial era de una persona mucho más mayor, por causa del consumo de la Marihuana.

Luego la licenciada le pide a la paciente los datos de su situación socioeconómica: vivienda, servicios básicos, seguro de salud, nivel educativo, estado laboral y otra información. Asimismo, la licenciada le pide a Ariana que le hable un poco sobre su grupo familiar. En respuesta, Ariana enfatiza los hechos que marcaron su vida, especialmente el maltrato dentro de su familia por parte del padre, pero también resalta a su hermana mayor que vive en Cochabamba como la única que la visita actualmente e la internación, la hermana se encarga de todos los gastos y tiene relación comunicativa.

En esta entrevista, también se indaga la historia social sobre consumo de drogas, de la siguiente manera: “¿me podrías contar sobre tu niñez y adolescencia un poco?”, “¿Ariana me podrías contar como sucedió todo sobre el consumo?”. Ella dice que comienza el consumo a los 13 años de edad con presencia de su tía que fumaba y consumía alcohol. Cuando era adolescente tenía su grupo de amigos perteneciente a una secta religiosa, también eran consumidores, no solamente de Marihuana, sino también de cocaína. Ariana complementa que, el consumo habitual en colegio le causó problemas como suspensión y expulsión, pasaron los años y después de terminar la secundaria, realizó sus estudios universitarios, lamentablemente a causa del consumo adictivo de la sustancia psicoactiva en la universidad, con sus amigos y en su domicilio, ella consumía 25 pipas al día, que le costaba 50 bs. Las consecuencias de su consumo fue el incendio de algunas cosas en su cuarto, por accidente, cuando se quedaba dormida fumando. Otra consecuencia fue las deudas acumuladas por compra de marihuana, al punto que tuvo que vender sus cosas (ropa, muebles, etc.) para pagar la deuda. Ella cultivaba la planta de Marihuana en su domicilio y en un bosque en Coroico. Después de tener una sobre dosis, la familia

interna en el centro de rehabilitación como REMAR en la Ciudad de La Paz-Alto, aunque indica que se escapó del centro, al pasar de tiempo los efectos de la marihuana la llevaron a tener una nueva recaída, es por eso que internaron en la unidad de farmacodependientes en el psiquiátrico de Cochabamba, su hermana siempre estuvo a cargo de Ariana en las buenas y en las malos, como ella lo expreso. (Etnografía en la oficina de Trabajo Social, 17/10/19).

Se ha evidenciado que para llevar a cabo un estudio de caso el profesional de Trabajo Social comienza primero entablando una conversación de confianza con el paciente (empatía) para luego realizar el diagnostico social, es decir, un proceso identificación e interpretación de situaciones de vida, problemas, historia social, dinámica familiar, situación socioeconómica y familiares determinantes del paciente.

Este proceso como hemos observado en la etnografía conlleva una serie de técnicas e instrumentos (entrevista, ficha social, historia social, etc.) de aplicación que permite la recolección de datos e información más relevante durante todo el estudio caso para luego sistematizar en un informe social para archivarlo en el expediente clínico de la institución, para que todos los profesionales de salud tenga conocimiento de los aspectos socio-familiares, para realizar una mejor atención y tratamiento al paciente.

La trabajadora social le recordó Ariana que está teniendo avances significativos en su recuperación en la comunidad terapéutica, que estas primeras semanas ha cumplido con todas actividades de la unidad sin ningún inconveniente y mantenerse limpia sin las drogas, y no escaparse. Al escuchar esta palabra Ariana se da cuenta que era todo cierto ha logrado auto superase sola de forma consciente. Se siente alegre por las palabras de reconocimiento de la Trabajadora Social, porque nadie le hice dar cuenta de los logros que ha conseguido hasta momento. También la licenciada le pido que trace sus objetivos una vez terminados el tratamiento. Ariana responde que quiere terminar Universidad, después trabajar para devolver todo lo que su hermana gasto



en ella. Es de esta manera se consolida sus metas en su proyecto de vida de forma consciente con el paciente demostrando fuerza de voluntad (Etnografía en la oficina de Trabajo Social, 17/10/19).

A partir de la cita etnográfica se ha evidenciado la intervención del profesional de Trabajo Social al resaltar el logro significativo que ha tenido la paciente al continuar con el tratamiento, la cual ha provocado en ella un sentimiento de auto superación, trazándose un proyecto de vida como terminar sus estudios universitarios y trabajar para auto sostenerse en la vida.

### **5.5.3 Educación social como estrategia de intervención terapéutica familiar**

La educación social es exclusivamente para los familiares de los pacientes internados en la unidad farmacodependientes, que se lleva a cabo los días miércoles a las 10:30 am., cada semana para trabajar temas relacionados con las adicciones a las drogas y alcohol. También se considera un espacio donde se toca temáticas sobre los factores de riesgo y protección, las etapas de evolución de la drogadicción, las etapas de tratamiento, las diferentes sustancias psicoactivas, la comunicación asertiva, la cohesión familiar, y muchos otros temas más, dependiendo de la demanda de los familiares.

A continuación, para documentar el proceso de educación social describiremos en tres partes: a) presentación, b) desarrollo y c) cierre de la sesión, observadas en la siguiente cita de una etnografía.

#### **a) Presentación inicial de la sesión educativa social**

La sesión se realiza de manera voluntaria con todos los familiares en la sala reuniones de la unidad, se invita a todos familiares que vinieron de visita a los pacientes pasar a la sala, según la observación etnográfica.

En cada sesión comienza con el manejo del ambiente, es decir, se acomoda un círculo con las sillas en la sala de reuniones para los familiares. Luego se les invita a pasar y tomar asiento, aproximadamente 8 a 12 o más personas participan, unos por primera vez, otros ya han participado de estas sesiones. Nadie queda fuera del círculo. La licenciada empieza diciendo; “Muy buenos días, mi nombre es Irma Lozano, soy trabajadora social. El día de hoy quisiera agradecerles por asistir a una nueva sesión y también recordarles antes de empezar, algunas las normas y reglas del grupo como ser; la confidencialidad, es decir, todo lo que se hable o se exprese aquí, se queda aquí. El Segundo es el respeto de las opiniones o percepciones del grupo y por último, la participación y apoyo mutuo entre todos. Bueno me gustaría que compartan un poco como se sienten y como han estado, estos días. Empezaremos por el lado derecho” (Etnografía de sala de educación social, 11/09/19).

Es muy evidente que para la iniciación de la educación social se adecua un ambiente cómodo pero sobre todo el círculo de sillas que se interpreta como un técnica terapéutica grupal, con el objetivo de crear un ambiente de confianza, solidaridad y respeto con todos los familiares, es por esa razón la trabajadora social inicia con un presentación personalizada, para que luego todos pueden presentarse y entrar en confianza pero también resalta las normas de la sesión para el respeto de las opiniones de cada persona.

#### **b) Desarrollo de la sesión educativa social**

Continuando con la descripción etnográfica, seguiremos describiendo el efecto terapéutico que se genera en la educación social con los familiares de los pacientes. La sesión está a cargo del profesional de trabajo social.

Se comienza por el lado derecho del círculo, hablar y expresar lo que sienten actualmente los familiares. Estos son algunos manifiestos de los familiares por ejemplo la esposa de un paciente, dijo lo siguiente: “Me siento más tranquila desde que le internaron a mi esposo, recibe la ayuda necesaria de los doctores, aunque

algunos amigos y conocidos empiezan a preguntar por él, nosotros decimos que está de viaje, ya que esta 2 meses internado y los cambios se notan, ha mejorado bastante, eso sería, gracias”. La madre de uno de los pacientes, muy triste expresa; “A mí me cuesta todavía asimilar y creer esta situación que estamos pasando con mi familia, mi hijo era trabajador. La maldita la bebida, los amigos, las malas influencias, lo empezó a destruir. Recién tiene tres semanas internado, ya está un poco mejor, pero me dice que no le gusta la comida de este lugar, que extraña que se lo cocine. También extraña a sus hermanos” (Etnografía de sala de educación social, 11/09/19).

El alivio de la esposa al saber que su esposo está recibiendo el tratamiento correspondiente por profesionales de salud, la cual ha visto cambios positivos en el esposo durante la internación. En caso de una madre que su hijo está internado expresa tristeza y negación porque todavía le cuesta asimilar lo ocurrido, aunque recién tiene poco tiempo, pero ha sentido que su hijo está mucho mejor.

La esposa y su hija de un paciente, la esposa se expresó primero diciendo: “buenos días, nosotros ya podemos dormir, porque antes no dormíamos porque mi esposo no llega a la casa, estos últimos días, antes que lo internáramos, pensábamos que se quedaba en su casa de su hermano, cuando teníamos fiestas familiares, era muy raro que cada vez iba al baño y siempre se tardaba en salir, cuando enteramos fue difícil para todos. La verdad nunca pensaba que se drogaba, pensé que andaba en otras cosas, o que me engañaba, porque Yo pensaba que solo se drogan los de la calle, esos “cleferos”, no pensé que le sucediera eso a él. Pero como les dije ya estoy mejor”. La hija continúa diciendo; “buenos días, me siento tranquila y satisfecha por el tratamiento que recibe mi papá, y que toda la familia lo está apoyando, mis tíos y mis hermanos vienen a visitarle”

Una madre de otro paciente, que por primera vez asiste, saluda a todos los presentes, aunque con lágrimas en los ojos expreso: “Me duele todavía ver a mi hijo así, me cuesta creer todavía que mi hijo sea alguien que consuma esas cosas, me descuidado por que salía a vender, solo me ocupaba de vender, por dar lo mejor a los hijos. Ahora

su padre no quiere verlo a mi hijo, todavía no lo ha visitado, Yo soy la única que me hago cargo estos días cuando la enfermera me llama para pedirme colino, cepilló, papel, medicamentos o cuando el doctor me explica un poco sobre la situación de mi hijo, o como usted licenciada cuando me llamo para hablar de mi hijo e invitarme a esta reunión, gracias. Pero al escuchándolos a todos, siento que no soy la única que está pasando por este momento, eso sería” (Etnografía de sala de educación social, 11/09/19).

La esposa y la hija de un paciente argumentan que ya pueden descansar en las noches tranquilas, no podía por las conductas adictivas del paciente. Resaltan también que toda la familia lo está apoyando en estos momentos. Otro caso diferente es de una madre que siente a dolorida por saber que su hijo es un drogodependiente, aunque algunos miembros de su familia lo rechazan y no quieren verlo por ahora. Sin embargo, la madre expresa que se siente más tranquila al escuchar a todos y que no es la única que está pasando por toda esta situación.

Todos los familiares cuentan sus experiencias vividas al grupo, y expresan lo que sienten en esos momentos, generando una catarsis, es decir, un deshago emocional y sentimental generando alivio individual y colectivo, pero también un ambiente de apoyo y confianza en el grupo con una sensación de bienestar.

Luego la trabajadora social procede a introducir al tema, pero antes de explicar, empieza con una lluvia de ideas, a través de preguntas a los familiares, ¿cuáles creen que son los motivos para que consumo las drogas o alcohol?, ¿cuáles son las influencias o factores para el consumo? Las respuestas de algunos familiares fueron; “por decepciones amorosas, empiezas a tomar”, “por la influencia de malos amigos, que te llevan a la bebida”, “en caso de mi hermano, fue por el abandono de su mujer y se llevó a su hijo”, esta es la forma de participación de los familiares a través de sus opiniones y percepciones.

Una vez concluido la lluvia de ideas, la licenciada empieza a explicar temática, apoyándose con un marcador y una pizarra acrílica (recursos educativos) que está en la sala, utilizando palabras cortas y fáciles de entender, cuyo objetivo es informar, orientar y reflexionar a los familiares. Les explica los factores de consumo; El factor psicológico como ustedes dijeron es causas decepciones amorosas, perdidas de un ser amado, provocando trastornos de depresión, ansiedad o estrés que tienen origen en estos vacíos emocionales y sentimentales. El factor familiar por problemas de violencia en hogar, la falta de comunicación de los padres a los hijos, maltratos en el hogar, abusos de un pariente cercano o lejano. El factor social, la influencia de amigos, en pandillas juveniles, etc. En lo biológico, hay pruebas que el consumo del alcohol, es hereditario, pero no en todos los casos, no del todo es cierto cuando las personas dicen borrachito es, igualito que su papa era borrachito (Etnografía de sala de educación social, 11/09/19).

El profesional de trabajo social incentiva a la participación en la temática a través de la lluvia de ideas y preguntas para saber cuánto saben del tema los familiares. En esta oportunidad se habló de las influencias o factores de consumo de drogas o alcohol. Es evidente que el trascurso de la explicación profesional de trabajo social se apoyó de recursos educativos, utilizando un lenguaje claro y ejemplos cotidianos para hacerse entender con la finalidad de aclarar las dudas o preguntas que tengan familiares sobre la temática.

### **c) Cierre de la sesión educativa social**

Y por último el cierre de la sesión de educación social para lo cual ejemplificaremos con la continuación de la observación etnográfica.

Al finalizar la trabajadora social concluye el tema diciendo; “Tenemos que entender que el consumo de drogas o alcohol es multifactorial, que quiero decir con esto, que no hay una sola causa, sino hay varias causas porque una persona consume y se sumerge en el mundo de las drogas. La drogodependencia, es una enfermedad, que

tiene etapas, el proceso de adicción no es de la noche a la mañana, es por esa razón que se considera una enfermedad la drogadicción, no existe cura alguna, sino un tratamiento. La cual posibilita que el individuo, pueda mejor y bajar los niveles de consumo, y en mejor de los casos superar esta dicción, si es que no se llegó a una afectar a sus órganos vitales la droga. El apoyo que ustedes dan a los pacientes es muy primordial para su recuperación en estos momentos, sigan haciéndolo, aunque el camino es difícil pero no pierda la esperanza. Gracias a todos participar y los espero la próxima semana” (Etnografía de sala de educación social, 11/09/19).

De esta manera se termina la sesión de educación social, con el agradecimiento por la participación, y con aplausos entre todos e invitando para la próxima sesión grupal. La mayoría de familiares de los pacientes se sintieron satisfechos, aliviados, más orientados y conscientes, sobre la drogodependencia como una enfermedad que no hay cura, sino tratamiento y parte de este tratamiento es el apoyo familiar. Con aplausos de todos los presentes y dando gracias a la trabajadora social por parte de los familiares, así concluye la sesión de educación social.

#### **5.5.4. Metáforas lingüísticas como estrategia creativa en la intervención con las familias**

El área de Trabajo Social dentro del hospital psiquiátrico cumple la función de proporcionar orientar y atención a las familias de todas clases sociales. Cada grupo familiar tiene un modo de concebir y enfrentar la realidad frente a la presencia uno de sus miembros con problemas de adicción. Algunas familias del campo tienen mitos y ciertas creencias sobre la enfermedad mental y la drogadicción, las causas son atribuidas a la brujería, posiciones diabólicas, castigos divinos o porque les cayó un rayo. Debido a estas creencias culturales les llevan a los pacientes a hacer curaciones con rituales con curanderos o chamanes, como alternativa de curación, después de intentar con estos tratamientos, se percataron que no

resultado y no funciona, y los traen como última opción al hospital Psiquiátrico. En la mayoría de casos son familias que vienen del campo, no pueden entender las palabras de los doctores, o los doctores no se hacen entender con los familiares de los pacientes. Es por esa razón que la trabajadora social, utiliza la metáfora lingüística, es decir, un lenguaje acorde a su entender de los familiares para explicar la situación actual del paciente psiquiátrico.

Así nos explica según la trabajadora social: “Yo para explicar a los familiares que el paciente tiene una esquizofrenia, tengo que explicarles con ejemplos que pueda entender, por decir, En la cabeza hay cablecitos, como los enchufes tienen los televisores o radios, que pasa cuando se quema un cablecito, por una caída o golpe. Ya no funciona y no pasa electricidad. Es igual con los pacientes esquizofrénicos algún cablecito en la cabeza no funciona o se quemó, por un golpe o caída que tuvo (...). En algunos casos doy el ejemplo de la bicicleta pinchada, que pasa cuando la bicicleta se pincha, no funciona verdad, para eso hay que parcharlo para que funcione o vuelva andar, este parchado en los pacientes es a través de los medicamentos” (Entrev. 8, T.S.).

Esta es la estrategia metafórica lingüística que usa el profesional en trabajo social para explicarles a los familiares las causas y funcionamiento de la enfermedad mental diagnosticada al paciente en psiquiátrico, utilizando estas comparaciones de objetos que ellos conocen y palabras simples para hacer se entender, y en algunas ocasiones complementando con el idioma quechua para mejor comunicación o entendimiento con los familiares.

#### **5.5.5. Implementación creativa de colores y dibujos como intervención en familias**

La estrategia creativa que usa la trabajadora Social para comunicarse con los familiares que no saben leer y escribir, que provienen del campo. Utiliza colores y dibujos

para explicar a administración de medicación para su tratamiento de los pacientes en casa, por ejemplo la fluoxetina es un antidepresivo lo pinta de color rojo y , le dibujo un sol en sobre, esto significa que este medicamento debe darle a medio día y si dibujara una luna eso significa que debe darle el medicamento en noche y si dibujara un sol saliendo de las montañas eso significa que debe darle el medicamento en la mañana, apoyándose con el idioma quechua para una mejor comprensión. Igualmente, el sobre del diazepam es ansiolítico pinta de color azul y allí dibujo el sol saliendo de las montañas es la mañana, luna es noche, o un sol es medio día. Este método como una idea originaria que implemento la Trabajadora Social que algunos doctores y enfermeras utilizan cuando se presentan casos de familiares o pacientes que no saben escribir o leer y que provienen del campo.

#### **5.5.6. La familia como dos caras de la moneda en proceso de recuperación del paciente**

La trabajadora social, según su experiencia, describe a la familia como dos caras de la misma moneda, de forma textual: “Bueno en todos los años que estoy trabajando, me dado cuenta que la familia es una moneda dos caras, la primera como la causa del consumo de las drogas por los factores de riesgo que suceden dentro de la familia como ser el maltrato, violencia, falta de comunicación, abandono, violaciones sexuales y otros factores. En algunos casos los familiares son los influenciadores o encubridores del consumo de drogas o alcohol, como algo normal. Mientras por el otro lado de la moneda, la familia es la fuerza de voluntad del paciente en su futura recuperación, eso sí, hay que entender a la familia como concepto amplio, es decir, que no solamente nos referimos a familia por los lazos sanguíneos, sino también por los lazos de afecto y amistad con el mismo pacientes como ser la novio/a, amigo/a y algunos casos el jefe del mismo trabajo, ha habido casos que se hacen responsables familiares de la internación en psiquiátrico porque vienen a visitarlos, se preocupan por



ellos/as, participan en las sesiones de educación social, hablan con los médicos para saber su estado actual, llaman para preguntar lo que necesitan a los pacientes, pagan su tratamiento y otras acciones que realizan por el bienestar del paciente” (Entrev. 8, T.S.). Es muy evidente la percepción del profesional de trabajo social durante los años de servicio en psiquiátrico, concluyendo que la familia puede ser dos polos opuestos, uno como factor de riesgo o el otro como factor de protección durante el proceso de rehabilitación.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Con base a los hallazgos del estudio, en el presente capítulo presentamos las conclusiones, que se remiten en tres aspectos importantes: a) la situación socioeconómica de la familia de los pacientes drogodependientes, b) composición y dinámica de los miembros de la familia de los pacientes drogodependientes, y c). resultados del proceso terapéutico de los pacientes, desarrollado por el equipo de profesionales en salud y el trabajador social, a partir de la participación de las familias.

#### **- Situación socioeconómica de la familia de los pacientes drogodependientes**

La condición socioeconómica es una medida de situación social que incluye típicamente recursos económicos (ingresos, satisfacción de necesidades y servicios básicos, etc.) y recursos sociales (seguro de salud, nivel de educación, estado laboral, etc.), está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental (Cfr. Méndez, 2015). En los casos estudiados, la situación económica y laboral de los pacientes, en un principio era inestable por el problema de las drogas, pues fueron perdieron sus trabajos. Después de concluir el tratamiento, los familiares tuvieron un papel importante en su reinserción laboral, pues les dieron la oportunidad de trabajar en sus negocios familiares (tienda y fábrica), para que generen sus recursos económicos junto con la familia. También les dieron la oportunidad de retomar sus estudios para ser profesionales y generar sus propios ingresos de forma independiente en un futuro.

Asimismo, la familia tuvo un rol importante en asegurar que los pacientes tengan un lugar donde vivir. Después que cumplieron el tratamiento de su adicción a las drogas, les

volvieron abrir las puertas de sus hogares, como parte del proceso de recuperación y reinserción familiar. Esta actitud de amparo de la familia evitó el riesgo de una posible recaída. De otro modo, quizá, los pacientes estarían en las calles, sin techo y sin satisfacer las necesidades básicas del ser humano que necesita para poder vivir bien.

En los tres casos, se vio que ninguno de los pacientes cuenta con un seguro de salud que cubra los gastos económicos del hospital psiquiátrico, Si bien, están escritos en el Seguro Universal de Salud (SUS), éste no tiene cobertura de los gastos hospitalarios en salud mental, es por esa razón que todos los costos económicos corren por su cuenta propia del paciente y por su familia.

#### **- La composición y dinámica familiar en los estudios de caso**

Los casos revelan diversas historias y mundos vida de las personas. En cuanto a la composición familiar también presenta diferentes tipos: nuclear, extensa y unipersonal. Sin embargo, se ha constatado que existen características similares referidas a los síntomas y comportamientos que impacta o afectan en la relación del paciente con los otros miembros de la familia, causando una codependencia, es decir, la familia también puede sentir los síntomas (insomnio, culpa, frustración, tristeza, ansiedad, etc.) de la drogodependencia. Los miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema que atraviesa su ser querido, por tanto, también necesita ayuda y alivio.

Por otra parte, en los casos se observa que, al inicio, el relacionamiento familiar de los pacientes era disfuncional en los subsistemas que se compone su sistema familiar. En los subsistemas paternal, maternal y fraternal existía una relación distante, vacía y una comunicación distorsionada o difusa. Sin embargo, después de la internación en el programa

Comunidad Terapéutica que ofrece el psiquiátrico San Juan de Dios, se dan cambios en la relación familiar de forma funcional en el sistema familiar de los pacientes. Gracias a la intervención de este programa, el relacionamiento familiar fortalece los lazos de afecto, confianza, y la comunicación se vuelve más constante, asertiva y clara en todo el sistema familiar de los pacientes.

Algo que debemos resaltar es el rol del responsable familiar, que puede ser uno o más miembros de la familia (padre, madre, hijos/as, hermanos/as, tíos/as y otros) cercanos a los pacientes. Estas personas son las que manifiestan comportamientos y funciones de carga afectiva, protección, comunicativa, motivadora y alentadora al paciente durante estado y la evaluación de tratamiento. El responsable familiar es quien está en constante contacto con el personal de salud para saber su situación del paciente. También asume el rol de garante económico, es decir, que se hará cargo de cancelar los gastos médicos por los días de internación como ser: la medicación, exámenes médicos y otros insumos de salud que lo requiere el paciente durante el tratamiento.

En el proceso terapéutico, el rol de la familia es un factor motivador, tienen mucha importancia las visitas y el contacto con los pacientes, donde se les expresa afecto, se verbalizan palabras sinceras que salen del corazón, de amor y apoyo incondicional de la familia. Esto motiva, da seguridad y fortaleza al paciente para que pueda salir adelante, creando una capacidad de resiliencia y recuperación pronta gracias a la familia.

**- Resultados del proceso terapéutico de los pacientes desarrollado por el equipo de profesionales en salud y el trabajador social, a partir de la participación de la familia.**

Las principales actividades en las que participaron los familiares de los pacientes son:  
a) actividades del área médico psiquiátrico, b) actividades en área de psicología, c) actividades espirituales y religiosas, y d) actividades en área de trabajo social.

En las actividades con el médico psiquiatra, los familiares cumplen el rol de coadyuvar en la terapia de los pacientes restableciendo una comunicación fluida, recuperando los lazos de afecto y confianza entre los miembros de la familia y el paciente. Por otra parte, los familiares coordinan con el equipo médico del área para responder a las necesidades de los pacientes en cuanto a estudios médicos, o la prolongación del tiempo de internación.

En el área de psicología las actividades son sesiones de orientación psicológica con pacientes y con sus familias donde se trabajan aspectos manejo de enojo y agresión, técnicas de relajación, de respiración profunda, manejo de emociones, técnicas de cambio de comportamientos, la cual tiene un efecto terapéutico en lo personal y familiar.

En el área espiritual y religiosa las actividades que participan los pacientes y familiares son parte del proceso de terapéutico, a través de la asistencia espiritual, charlas y oraciones para superar la situación que están pasando por la problemática de la drogodependencia, con objetivo de darles apoyo espiritual para que no pierdan la fe y la confianza en Dios.

En el área de trabajo social, las actividades y estrategias de intervención en los pacientes y sus familias son las siguientes:

En la consulta externa el profesional de trabajo social brinda la orientación necesaria a todas familiares y pacientes sobre el protocolo de internación con los requisitos más primordial, demostrando un trato humanitario a toda persona que venga a consulta externa sin distinción de clase sociales, pero sobre todo genera seguridad en la toma decisiones de los familiares y pacientes a la hora de decidir el mejor camino para el bienestar individual y familiar.

La intervención de Trabajo Social en la atención de caso, trata de establecer una relación previa, entre la persona que es asistida, y el profesional que va a llevar a cabo la resolución de la demanda, estableciéndose previamente un acuerdo, en un ámbito de respeto, confidencialidad y ética profesional (Cfr. Lozana y Camacho, 2008, p.149). El profesional de trabajo social realiza un estudio de caso, primero entablado una conversación de confianza y empatía con el paciente, para luego realizar el diagnostico social para identificar e interpretar de situaciones problemáticas o aspectos socio-familiar, a través una serie de técnicas e instrumentos de aplicación (entrevista, ficha social, historia social, etc.) que permite la recolección de datos e información más relevante durante todo el estudio caso para luego planificar las estrategias de intervención individual y familiar

La educación social es un espacio terapéutico para familiares de los pacientes internados, a cargo de la trabajadora social, la cual inicia con una presentación personalizada, para que luego todos familiares pueden presentarse y entrar en una ambiente confianza, solidaridad y respeto entre todos. Los familiares cuentan sus experiencias vividas al grupo, y expresan lo que sienten en esos momentos, generando un efecto terapéutico conocido como catarsis, es decir, un deshago emocional y sentimental generando alivio individual y colectivo con una sensación de bienestar.

El profesional de trabajo social desarrolla temáticas relacionado en prevención e intervención familiar con las drogas y alcohol, utilizando estrategias terapéuticas y técnicas de participación socioeducativas con los familiares, acompañando con un lenguaje claro y conciso para hacerse entender con los familiares. La mayoría de familiares al terminar sesión de educación social se sienten más satisfechos, conscientes, aliviados y más orientados en proceso de rehabilitación de su familiar internado.

La metáfora lingüística es una estrategia creativa que usa el profesional en trabajo social con los familiares que no saben leer y ni escribir que provienen de comunidades lejanas, para explicarles las causas y funcionamiento de la enfermedad mental diagnosticada al paciente en psiquiátrico, utilizando estas comparaciones de objetos que ellos conocen y palabras simples para hacer se entender, y en algunas ocasiones complementando con el idioma quechua para mejor comunicación o entendimiento con los familiares.

Otra estrategia creativa es la utilización de colores y dibujos para explica a administración de medicación para su tratamiento de los pacientes en casa. Un claro ejemplo de aplicación de esta técnica en los familiares son las indicaciones en la administración antidepresivos que lo pinta de color rojo o dibuja un sol en el sobre, esto significa que este medicamento debe darle a medio día y si dibujara una luna eso significa que debe darle el medicamento en noche y si dibujara un sol saliendo de las montañas eso significa que debe darle el medicamento en la mañana, apoyándose también con el idioma quechua para una mejor comprensión de los familiares para cuidado y la administración de la medicación del paciente.

Con base a lo mencionado, podemos afirmar que, el enfoque terapéutico en los pacientes, no es solamente la responsabilidad del equipo multidisciplinario, nuestro estudio

muestra que la participación de la familia juega un papel fundamental en la recuperación del paciente. La disciplina del trabajo social, desde el enfoque sistémico de intervención, tiene la función y la responsabilidad de trabajar principalmente con la familia como parte de la comunidad terapéutica, ya que los lazos familiares llegan ser un soporte fundamental para el paciente. Es por esa razón que en el psiquiátrico San Juan de Dios se garantiza la presencia y el apoyo de la familia en el proceso de intervención interdisciplinario, con buenos resultados.



## REFERENCIAS

- Aguilar, W. (25 de noviembre 2018). El Alcohol y la marihuana, drogas preferidas por los estudiantes en Cochabamba. *Los Tiempos*. Recuperado de <https://www.lostiempos.com/autor /tiempos-digital>
- Alonso, C., Diaz, P., Fernández, J., y Ganzo, M. (2000). *Intoxicaciones agudas por alcohol, otras drogas y fármacos psicoactivos*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121500284X>
- Ander-Egg, E. (1986). *Diccionario de Trabajo Social*. Recuperado de <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Diccionario-de-trabajo-social-Ander-Egg-Ezequiel.pdf>
- Borelli, A. y Pinto, B. (2006). *Modelo Sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogodependencia*. 4(1), 19-40. Recuperado de <https://app.lpz.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v4n1/v4n1a2.pdf>
- CONALTID (2015). *Problemática de las Drogas, Orientaciones Generales y Prevención del uso Indebido de Drogas*. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18404/1/Angela%20Jackeline%20Romero%20Erazo.pdf>
- Consultorio de Rehabilitación Integral. (2009). *Concepto de Rehabilitación*. Recuperado de <http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.com/2009/04/concepto-de-rehabilitacion.html>
- Guardia, M. (2016). *La investigación de procesos interactivos*. Cochabamba, Bolivia. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”
- Iroalia, M. (2000). *El alcoholismo y su relación con la depresión del pabellón con drogodependientes en hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios”*. (Tesis de grado) carrera de Psicología. Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba-Bolivia.

- Maite, J. (1999). *Mis vacíos llenos de alcohol*. (Tesis de grado) carrera de Psicología. Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba-Bolivia.
- Ministerio de Gobierno y CONALTID. (2015). *Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013-2017*. La Paz, Bolivia: Quatro Hnos.
- Malgor, L. y. Valsecia, E. (2010). *Farmacodependencia – Drogadicción*. Recuperado de [https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/8\\_dependen.pdf](https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/8_dependen.pdf)
- Maganto, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. Madrid, España. Alianza Editorial.
- Manzaneda, L. (7 de abril 2018). Cochabamba registra 213 caos de consumo y microtráfico. *Los tiempos*. Recuperado de <https://www.lostiempos.com/autor /tiempos-digital>
- Méndez, M. (2015). *Trabajo Social con Personas y Familias: Modelo Clínico de Intervención*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- Murillo, J y Martíne, Ch. (2010). *Investigación Etnográfica*. Recuperado de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37102846/I\\_Etnografica\\_Trabajo-with-cover-page-v2.pdf?Expires](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37102846/I_Etnografica_Trabajo-with-cover-page-v2.pdf?Expires)
- Pierri, G. (2011). Familia y drogodependencia. *Revista clínicas pediatras del Sur*. 1 (1), 70-76. Recuperado de <https://www.sup.org.uy/clinicas-del-sur/vol-1/ pdf/clinicas%20del%20 sur018.pdf>
- Lozano, I. y Camacho, M. (2008). *Protocolos de atención integral del área de Trabajo Social en el Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios*. Cochabamba, Bolivia. Orden Hospitalaria “San Juan de Dios”.
- Luthar, S. y Cushing, G. (1999). *El constructo de resiliencia: implicaciones para las intervenciones y la política social*. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2013000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2013000100003)

- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (s/a). *Historia, objetivos, misión, visión y estructura del Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios*. Recuperado de <https://sanjuandedios.com/orden/instituto-psiquiatrico-san-juan-de-dios/>
- Ramírez, I. (2010). *Apuntes de Metodología de la Investigación Aplicada: Un enfoque crítico*. Chuquisaca-Bolivia. UMRPSFXCH. Consejo Editorial.
- Romero, A. (2017). *La familia en el proceso de rehabilitación de las personas internas en la Comunidad Terapéutica Salvando al Adicto de la ciudad de Loja*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Loja Facultad Jurídica, Social y administrativa carrera de Trabajo social. Ecuador.
- Ríos, J., Espina, A. y Dolores, M. (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia*. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/ap/ap3.pdf>
- Sánchez, L., Sanabria, T., Velásquez, J., Lozano, I. y Olivera, H. (2014). *Comunidad Terapéutica: una alternativa para personas con adicción a sustancias psicoactivas*. Cochabamba, Bolivia. Ed. Orden Hospitalaria “San Juan de Dios”.
- Torres, L. (2007). *El adicto y familia en recuperación*. Recuperado de <https://www.file:///D:/Tesis/MARCO%20TEORICO/Adicto%20y%20recuepracion%20familiar.pdf>
- UNODC (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017 a representantes del gobierno y la sociedad civil*. Recuperado de <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
- UNODC (2003). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Recuperado de [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)
- Vasilachis, I. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España. Gedisa Editorial.
- Villar, L. y Suarez, M. (2009). *Prevención de la drogodependencias y adicciones en el ámbito familiar*. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/ap/ap3.pdf>

Yin, R. K. ( 1993). “Case Study Research”. Desing and Methods. En Applied Social Research. Methods Series. Vol 5. Beberly Hill.

Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*. 2 (2), 86-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>.

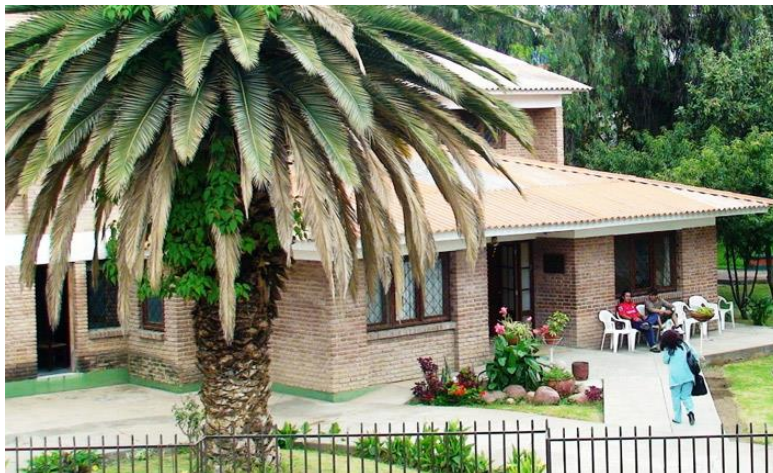
## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Fotos del Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios”



**Fotos 1:** Entrada de la Unidad de Pacientes Farmacodependientes, donde se lleva a cabo el programa de



**Foto 2:** Entrada del Hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios”



**Foto 3:** El equipo Multidisciplinario del pabellón de Farmacodependientes conformado por los siguientes profesionales: Médicos Psiquiátricos, Psicóloga, Trabajadora Social, Educador, Enfermera y auxiliares en enfermería



**Foto 4:** Oficina del área de Trabajo Social donde se llevan a cabo la consulta externa del Psiquiátrico “San Juan de Dios”



**Foto 5:** Sala de reuniones de la unidad de farmacodependientes donde se lleva a cabo las sesiones de educación social familiares

## ANEXO 2

### Ejemplo de categorización abierta

#### Caso 1 de Angy (28 años)

##### TEXTO 1

**Edor:** Para empezar me gustaría preguntarte si tienes familia y ¿cuántos miembros la conforman?

Eda: si tengo, mi papá, mi mamá [**familia completa**]. Yo soy la mayor, luego le sigue mi hermana Pamela que es mi menor por un año y por último esta mi hermanita de 12 años. Yo soy madre soltera tengo una hijita de 10 años [**familia ampliada**], no vivo con el padre de mi hija, hace 6 años, porque era una persona violenta [**experiencia negativa de pareja**].

**Edor:** me quisieras contar ¿cómo es la relación con cada uno de sus familiares?

Eda: desde que me interne mi familia se unió [**fortaleza de la familia en la adversidad**]. Mi papá y Yo antes no nos hablamos, no nos contábamos nuestras cosas [**falta de comunicación con los padres**], él a su trabajo y Yo me salía con mis amigos [**falta de reglas en la familia**]. Tengo la misma actitud que mi papa, somos introvertidos, calladitos, las cosas nos las guardamos [**barreras de comunicación en la familia**]. Ahora mi papá se acerca más a mí, ya hablamos con más confianza [**Restablecimiento de la comunicación**]. Con mi hermana estaba mal, siempre discutíamos, peor si llegaba a la casa bebida [**Rechazo a la dependencia del alcohol**]. No tenía buena relación con mi hermana, nos alejábamos [**Ruptura entre los miembros de familia**], cuando me interne mi hermana vino a visitar la primera vez me dijo [**la familia como soporte de la terapia**]; *“haigas lo que haigas hecho, tu siempre vas ser mi hermana mayor y siempre te voy a respetar, siempre tendrás mis respeto”* [**El afecto y solidaridad de la familia un valor incondicional**]. Me hizo sentir muy bien [**Efectos del cariño y amor de la familia en la terapia**]. Nos llevábamos bien desde entonces, nos apoyamos y hablamos de todo [**fortalecimiento de lazo afectivos entre hermanas**]. Mi hermana menor siempre me llevaba bien, pero desde comencé con este problema, deje de llevarme bien [**ruptura de la comunicación**], ya no hablamos como antes, pero ahora estoy mucho mejor con ella [**restablecimiento de la comunicación entre hermanas**].

##### MEMORANDO

#### 1. Sobre la composición de los miembros

La entrevistada, para responder la pregunta empieza describiendo cómo está compuesta su familia, menciona primero a los padres, luego a sus hermanos por orden de edad, resalta que ella es la mayor. Además habla de su hija de 10 años que vive con la familia de sus padres, debido a una ruptura con su pareja, alegando que era violento.

#### 2. Sobre la fortaleza y cohesión de la familia frente a la adversidad



La entrevistada distingue 2 momentos al hablar de su familia, un antes y un después. La familia de antes, aparentemente enfrentaba problemas de comunicación entre padres e hijos. Los límites sobre la autonomía de decisión de la hija y la autoridad del padre no estaban bien definidos en el sistema familiar. Sin embargo todo mejor cuando la entrevistada se internó, hubo mejor relación en subsistema fraternal (con la hermana mayor), subsistema paternal (su padre y su madre) y especialmente subsistema madre e hija.

## **TEXTO 2**

**Edor:** Entonces desde que te internaste en el psiquiátrico cambio en la relación con tus familiares

**Eda:** si ellos me daban la fuerza para estar allí [**apoyo incondicional familiar**]. Al principio quería salirme [**desesperación y escape**], mi papá me dijo que a pesar de todo soy su hija, y que soy buena hija para él [**Reconocimiento afectivo paternal**]. No importa que si haiga tropezado, siempre seré el pilar de la casa [**reconocimiento del sustento del hogar**]. Yo con todo eso que me dijo mi papá, me dije a mi misma que debo luchar por ese cariño que me brindan [**motivación afectiva y superación**].

Mi mamá esta en España, trabaja como enfermera auxiliar allá, me llamaba para decirme que me quiere mucho [**comunicación asertiva**] y que todo va estar bien [**afecto maternal**]. Que todos a veces caemos [**recaída en problema**], y que lo importante es levantarse y seguir adelante [**capacidad de resiliencia**]. Mi tía que era mi madrina de bautizo, venía a visitarnos, ella era como una madre para nosotros, [**figura materna sustitutiva**] ella insistió para la internación [**intervención familiar**]. Me vino a visitar me brindó su apoyo. [**Soporte afectivo**] Me decía que debo salir de esto, [**motivación**] que debo dar el primer paso para ayudar a los demás. Decía que debo ser fuerte [**crear capacidad de resiliencia**].

## **MEMORANDO**

### **Los cambios en la comunicación y la capacidad de resiliencia**

La entrevistada, describe la comunicación asertiva que tuvo durante la internación con cada miembro en su sistema familiar. Aunque le fue difícil al principio estar internada, al pasar los días empezó a sentir la muestra de apoyo y afecto que brindaban su padre con palabras motivadoras como ser; “*A pesar de todo eres mi hija, y eres buena hija (...) No importa que si haigas tropezado, siempre serás el pilar de la casa*”, estas le genera fuerzas para que pueda salir a delante. También la madre restablece una comunicación asertiva, aunque se a larga distancia y por medios tecnológicos que posibilitan el contacto entre la madre y la hija. Las palabras de madre son expresiones de solidaridad y cariño, como ser; “*Te quiero mucho (...) Que todo va estar bien. Que todos a veces caemos, y que lo importante es levantarse y seguir adelante*”, Estas Palabras causan un capacidad de resiliencia en la entrevistada, para poder recuperarse y salir de su problema de dependencia con la sustancia.

También la entrevista argumenta que su tía que es su madrina de bautizo insistió en la internación para la recuperación de la entrevistada, y que destaca las visitas a la institución psiquiátrica las mayores veces, brindándole su apoyo y motivándole con palabras como estas; “debes salir de esto, dar el primer paso para ayudar a los demás”, estas sencillas palabras provocan un efecto igual que el padre y madre de motivación y capacidad de resiliencia para seguir adelante.

### TEXTO 3

**Edor:** Angy, tu hija, ¿cómo era tu relación con ella?. Me puedes contar un poquito por favor.

Eda: bueno Yo me interne por que trate de suicidarme [**terminar con su propia vida**], llegue una madrugada a mi casa y empecé a descontrolarme, votaba cosas al suelo [**impulsos agresivos sin límites**], mi hija fue testigo de todo eso [**observadora pasiva**]. Estaba totalmente alcohólica [**efectos graves de la sustancia**], agarre un cuchillo me quise cortar las venas [**intento de suicidio**], aunque no logre [**acto fallido**], pero si me corte la mana un poco [**autolesión corporal**]. Yo me quería matar porque no era buena madre con mi hija la dejaba abandonaba [**culpabilidad y frustración maternal**], porque me salía con amigos y llegaba tarde, en estado alcohólico [**abandono de la hija por la sustancia**]. Después eso me internaron al psiquiátrico [**intervención familiar**]. Mi hijita sabía que estaba en el hospital para que me cure [**conocimiento de hija recuperación de la madre**], como era menor de edad no podía visitarme, pero me escribía cartitas, diciéndome que me extraña [**muestras de cariño a la distancia**], que me quería mucho, que no importara lo que hice, [**expresión afectiva de la hija**] que me va querer mucho y espera que me cure lo más antes posible [**apoyo incondicional de la hija**]. También me hacía pequeños regalos, me mandaba un lápiz adornado de stiker de corazones [**objetos de amor de hija**], para pueda escribirle a ella [**comunicación asertiva**]. Me mando también un collar eso por ella, con el corazón de Jesús, como un rosario [**sentimientos de esperanza y fe**]. Se ahorró dinero para comprarme una cajita y pueda poner mis tesoros allí [**amor de hija**]. Yo guarde toda mis cartas que mandaba y los regalos en ese cajita que me regalo mi hija [**valoración de los objetos de amor de hija**]. Yo y mi hija ahora estamos más unidos [**fortalecimiento de los lazos afectivos y sentimentales**]. Estoy al pendiente de ella, en la escuela, en sus tareas [**cohesión y cumplimiento del rol de madre en la hija**].

### MEMORANDO

#### **Fortalecimiento de la comunicación y lazos afectivo de madre a hija**

La entrevistada, argumenta que quiso terminar con su vida por efecto grave del alcohol, que las consecuencias fue que su hija fue testigo de evento lamentable que casi le cuesta la vida. Que un sentimiento de culpa y frustración le invadía por ser una mala madre. Sin embargo después de todo lo malo que paso con su hija, ella nunca la abandono, estuvo dando apoyo incondicional y expresando su amor de hija a su madre a través de cartas donde le escribía que la quería mucho, que la extrañaba, que no importa lo que hizo, que va quererla y que espera que se cure lo más antes posible. También le mandaba regalitos hecha por sus propias manos y otros comprados con sus ahorros como ser: un collar en forma de rosario para que rece, un lápiz con stiker y una cajita para que guarde sus cartas. Todo este detalle y destaca entrevistada sobre la fortaleza que le brinda su hija, a pesar de todo que pasaron. La cual fue el motor principal que hizo que se recupera de su adicción.

### TEXTO 4

**Edor:** ¿Quién era el responsable familiar que está al pendiente de tu tratamiento?

**Eda:** Mi papá el responsable, mi mamá también era la responsable porque corría con los gastos [**responsables paternos económicos**], me llamaba desde España, mi papá me hacía hablar con mi mama por Whassap [**comunicación a distancia**]. Cuando mi papá venía a visitarme [**amor paterno**].

Mi mamá y Yo no éramos tan unidas [**relación disfuncional madre e hija**], como ahora. Mi mamá me decía que no me preocupara por el dinero [**preocupación económica de la paciente**], Tú eres mi hija y siempre lo serás, pase lo pase [**Fortalecimiento de relación afectiva madre y la hija**].

**Edor:** Entiendo Angy. Dime ¿Qué esperabas de tu familia para tu rehabilitación?

**Eda:** Yo la verdad pensaba que perdería el respeto de mi familia [**creencia errónea familiar**], que era la oveja negra [**estereotipo subjetivo personal**]. Me dado cuenta que mi familia cree que soy una buena persona, buena hija [**reconocimiento familiar**], y todo esto que me dijeron mi papá, mi mamá, hermana, tía, mi hija, me hace fuerte para recuperarme [**capacidad de resiliencia**].

## MEMORANDO

### **Responsables familiares en proceso de rehabilitación**

La entrevistada, argumenta que los responsables económicos fueron ambos padres, su madre enviaba el dinero desde España, su padre recibía el dinero para cancelar los gastos a la institución psiquiatría, a pesar de la distancia donde se encontraba su madre nunca perdió el contacto y la relación de madre a hija se fortalecía durante la internación. Aunque la entrevistada al principio tenía una creencias erróneas pensando, que su familia la veía como una oveja negra, que perdería el respeto y no tendría ninguna ayuda de ningún miembro familiar, sin embargo se dio cuenta que estaba equivocada porque todos sus miembros familiares expresaron su solidaridad en esos momentos tan difíciles, dando palabras de aliento, haciéndose responsables de sus gastos en el psiquiátrico, de esta manera cumplieron roles de protección y afectividad en su proceso de rehabilitación.

## TEXTO 5

**Edor:** ¿A qué te dedicaba antes de entrar a la institución?

**Eda:** Estudiaba gastronomía en un instituto técnico [**superación personal**], pero también trabajaba en una empresa administrando [**esfuerzo laboral**] y supervisando la llegada de productos de higiene personal [**ámbitos y funciones laboral**].

**Edor:** ¿Seguiste trabajando en esa empresa?

**Eda:** No, ya no. Porque con este problema que tuve con el alcohol [**drogodependencia**], deje de trabajar [**consecuencias de alcoholismo**].

**Edor:** ¿Con que vivías Angy?

**Eda:** Mi mamá me mantenía, a mí y a mi hija [**rol materno**]. Aunque me salía esas veces todos los días, con mis amigos, [**libertinaje**] me aprovechaba de la mayoría de ellos [**manipulación de las amistades**], para conseguir dinero, bebida, lo que Yo quisiera [**dependencia alcohol**]. Siempre hay uno o dos amigos que te quieren dar todo, y Yo me aprovechaba de eso [**abuso de los lazos de la amistad**]. Sigo viviendo en la casa mis papás [**dependencia paternal**], vivo con ellos, con mis hermanas, mi hija y mi sobrino, que es el hijo de mi hermana Paola [**familia extensa**]

**Edor:** ¿Tu casa cuenta con los servicios básicos (luz, agua, teléfono, etc.)?

**Eda:** Si, tiene luz, agua, teléfono, todo eso [**servicios básicos para bienestar social**].

**Edor:** ¿El internet también?

**Eda:** Si tenemos Wifi con televisión por cable [**acceso tecnológicos**].

**Edor:** Angy ¿tenías o tienes seguro de salud?

**Eda:** No tenía y no tengo seguro de salud [**falta servicio de salud**].

**Edor:** cuando trabajabas en la empresa ¿no tenías?

**Eda:** No contaba con ese beneficio [**falta de seguro de salud**], porque no trabaje mucho tiempo, creo que solo estaba un mes [**trabajo temporal**] y después no volví por el problema que tenía con el alcohol [**perdida del trabajo como consecuencia de la adicción**]

**Edor:** ¿Quién paga los gastos de tu tratamiento?

**Eda:** Mis mamá es la que pago envió desde España el dinero [**dependencia económica maternal**]. Mi hermana Paola [**subsistema fraternal**] o mi papá [**subsistema paternal**] lo recogió y ella cancelo [**apoyo familiar**].

**Edor:** Aproximadamente sabes ¿cuánto costó todo el tratamiento?

**Eda:** La verdad, no se exactamente cuanto pagaron, pero por día es 90 bolivianos [**costos diarios**], la habitación y la comida cubría los 90 bolivianos [**gastos en la internación**]. Los medicamentos eran aparte [**tratamiento farmacológico**]. Se hizo aproximadamente unos 10.000 bolivianos [**gastos totales del tratamiento**]. El dinero era una razón por la cual no quería estar en el psiquiátrico [**preocupación económica**], porque les hacía gastar dinero a mi papá [**sentimiento de culpa por los gastos**], pero mi mamá me decía que no importa el dinero [**apoyo familiar incondicional**], lo importante es que mi hijita está bien [**prioridad es la salud**].

**Edor:** ¿Enfrentas alguna dificultad económica debido a la pandemia?

**Eda:** No, ninguna dificultad porque abrimos una tienda con mi familia, es por esa razón, no nos faltado nada.

## MEMORANDO

### 1. Situación laboral y educativa

La entrevistada manifiesta que antes de internarse en pabellón de farmacodependientes realizaba dos actividades simultaneas una de **estudiar una carrera** de gastronomía y la **otra de trabajar** en una microempresa como supervisora, tratando de superarse, pero por la consecuencia del consumo de alcohol tuvo problemas en trabajo y se retiró, de igualmente en sus estudios.

### 2. Vivienda y servicios básicos

La entrevistada argumenta que estaba alojada en la **vivienda** de sus padres con su hija que cuenta con todos **los servicios básicos** (agua potable, energía eléctrica, internet, tv cable, etc.) sus padres segúan

manteniéndola, porque no trabajaba y era madre soltera, sin embargo no supo aprovechar la ayuda por parte de sus padres, salía bastante con sus amistades, se aprovechaba de ellas para conseguir dinero, alcohol y otras sustancias psicoactivas más. No contaba con un **seguro de salud** cuando la internaron en el hospital psiquiátrico.

### 3. Situación actual socioeconómica

Los gastos corrieron por cuenta de la sus familia, aunque no quería permanecer internada por la preocupación económica, sin embargo sus padres cubrieron los gastos diarios de alimentación y cama pero también los gastos extras en medicamentos o análisis para su rehabilitación. En cuanto a su **situación actual**, sigue viviendo en la casa de sus padres con su hija, en estos tiempos de pandemia su familia abrió una tienda en su mismo domicilio, la cual la entrevistada se está dedicando a la atención de ese tienda y gracias al pequeño negocio de sus padres no pasaron ninguna dificultada económica toda su familia.

## TEXTO 6

**Edor:** ¿Quisiera que me cuentas sobre tu tratamiento?

**Eda:** Bueno entre primeramente a pabellón de agudos de emergencias [**inicio del tratamiento**], como me quería suicidar [**consecuencia de la adicción**] y estaba muy alcohólica [**drogodependencia**]. El primer día era horrible [**mala experiencia**], me vino síntomas de temblor en las manos [**señales corporales cuando deja de consumir**], sentía que me encogía el cuerpo [**alucinaciones psicósomáticas**], no me sentía bien [**malestares**]. La medicación que me dieron me tranquilizaba un poco [**tratamiento farmacológico**]. Eso bajaba mis síntomas [**alivio corporal**].

Había otros pacientes en ese pabellón [**otros internos**], las personas que estábamos un poco conscientes charlábamos entre nosotros en el día [**comunicación e interacción entre pacientes**], hasta que venía algún familiar a vernos [**visitas familiares**] y traernos algo de comer [**necesidad de alimentación**], a mí me daba hambre en ese lugar [**falta de alimento**].

**Edor:** Acaso no les proporcionaban alimentación allí

**Eda:** si nos daban, pero un poco tarde el almuerzo a las 1 o 1:30pm, pero el desayuno nos daban temprano a las 7am, y hasta que nos sirvan el almuerzo pues a uno le daba hambre [**necesidad de alimentación**].

**Edor:** Esta bien entiendo. Bueno sígueme contando de tu tratamiento

**Eda:** Estaba en agudos más de una semana [**Protocolo de internación**], la medicación que me daban era mucho [**rechazo a las píldoras**], Mi hermana me dijo, que cuando me venían a visitar me parecía un zombi [**percepción de la hermana al ver a la paciente**]. Tomaba dos píldoras en la mañana, una píldora a medio día y antes de dormir tomaba dos píldoras, creo que eran calmantes o antidepresivos, [**primeros tratamientos psicofarmacológica**] no me acuerdo bien lo que me daban. También me pinchaba complejo B [**asistencia médica**], para tener más energías en el día [**efectos del tratamiento**].

Después que mejore [**recuperación afectivo**], estaba mucho más consciente, la doctora me explico que había una unidad de farmacodependientes para continuar recuperarme [**orientación psiquiátrica**] y salir a delante. Al principio no tome en serio, no me gustaba la idea, [**inseguridad personal**], además no quería hacer gastar más dinero a mi familia [**preocupación económica**]. Pero ellos fueron los que insistieron [**apoyo del sistema familiar**]. Bueno pensé que me quedaría unos días más allí, pero al pasar el tiempo me puse la meta de terminar mi tratamiento en la unidad de farmacodependientes [**capacidad de resiliencia personal**]. Allí nos daban tareas para cumplir desde levantarnos temprano [**adaptaciones conductual positivas**], limpiar nuestros cuartos [**hábitos de higiene**], nos organizamos para el orden y mantenimiento de la unidad [**deberes individuales como parte de la rehabilitación**]. Claro que los más antiguos [**supervisores**] y señora clarita [**enfermera auxiliar**] nos controlaban y nos ayudaban cuando algo no podíamos o no entendíamos [**orientadores**]. En las tardes tenías clases con profesores donde hacíamos lecturas reflexivas, poesía y algunas manualidades [**actividades recreativas ocupacionales**], como una terapia ocupacional [**tratamiento conductual**].

En las noches había sesiones grupales [**terapias de ayuda grupal**], donde los pacientes que superaron su problema nos contaban sus testimonios [**ejemplos de superación**]. Teníamos terapias con los doctores de forma individual [**psicoterapia**] pero también grupal [**intervención psiquiátrica**]. Los fines de semanas también hacíamos deportes entre todos [**actividad física y mental**].

## MEMORANDO

### **Tratamiento farmacológico e internación**

La entrevista cuenta como inicio su proceso de tratamiento, empezando con la internación en la unidad de pacientes agudos de forma de emergencia por intento de suicido que tuvo por efectos del alcoholismo y otros factores de riesgo. El primeros días recuerda que empezó a tener síntomas corporales (temblores en la manos) y mentales (cuerpo se le encogía) por abstinencia al consumo de la sustancia, se la diagnostico dependencia alcohol se empezó con el tratamiento farmacológico desde antidepresivos y ansiolíticos para aliviar los síntomas, tuve afectividad el tratamiento administrado. La estadía en el pabellón de agudos fue incómoda porque sentía frio y hambre algunas veces. Esos primeros días sus familiares la visitaban pero no era la misma, por la medicación bastante que tomaba, a tal punto que afectaba algunas funciones mentales.

Su tiempo de estadía en la unidad agudos fue más de una semana, quería salirse por la preocupación económica de los gastos hospitalarios pero su familia alivio la preocupación diciéndola que lo importante era su salud. La doctora de turno le explico qué puede pasar al siguiente unidad denominada farmacodependientes donde tenían un programa de tratamiento para pacientes con adiciones a las sustancias psicoactivas. La cual motivada por la familia decidió entrar en programa terapéutico de la unidad, donde le brindaban asistencia médica, aprendizaje de hábitos de orden e higiene individual, terapias individual, grupal y ocupacional por el personal de salud asignado a la unidad.

## TEXTO 7

**Edor:** ¿Qué profesionales de salud en la institución demandan la participación de tus familiares en tu tratamiento?

Eda: La doctora Patricia, era mi doctora tratante [**personal de salud**], tenía sesiones de terapia con ella, le contaba todo [**intervención psiquiátrica individual**]. Siempre hablamos de muchos temas, y cosas que nunca dije a mis familiares [**lazos de confianza entre paciente y doctora**] por vergüenza o por empeora más la situación [**remordimiento y culpa**]. La doctora me motivaba para que Yo pueda decir a mi papá las cosas que le escondía [**intervención subsistema paternal como parte del tratamiento**]. Es por eso que llamo un día a mi papá y con la ayuda de la doctora le dije las cosas que me avergonzaban o escondías [**resultados de la intervención familiar**], las cosas que hacía cuando salía a beber, o con mis amigos [**secretos de la consecuencias del alcohol**]. Me costó decirle a mi papá pero al finalizar me sentía libre [**comunicación como efecto de la intervención**] porque antes por dentro me estaba ahogando [**represión y angustia interna**] gracias doctora que me hizo comprender que lo mejor es hablar y sacar todo eso que te ahoga o te asfixia [**alivio y bienestar personal efecto del tratamiento familiar**]. También me ayudo para hablar con mi mamá por whasap ya que ella estaba en España, igual le dije a mi mamá todo lo nunca le dije antes [**intervención en subsistema maternal en la comunicación**]. La doctora estaba allí para que no me echara para atrás. Gracias a ella [**intervención individual de parte del personal de salud**].

También me dijo que le escribiera una poesía para mi hija [**comunicación asertiva**], de esta manera sacaría el dolor y la vergüenza que tenía dentro [**parte de la rehabilitación**]. Escribí la poesía pero cada vez que leía me ponía triste pero me daba fuerza para seguir adelante [**dolor y fortaleza**] y no cometer el mismo error [**desarrollar la capacidad de resiliencia**].

**Edor:** Te acuerdas como era tu poesía que escribiste para tu hija

Eda: Una parte decía así;

*“Mientras Yo disfrutaba, bailando, bebiendo y alejándome de ti,*

*Tú me esperabas en la terraza todas las noches pensando en mí.*

*Y aunque me olvidaba lentamente de ti,*

*Tú te consolabas con la almohadada sin dejar de pensar en mí”*

**Edor:** muy poética de tu parte Angy

**Edo:** Gracias, mi hija es una inspiración para mí para salir adelante [**su hija ocupa una función importante para motivarse**], cada vez que salía no me soltaba [**amor de hija incondicional** y siempre me esperaba [**amor de madre**], aunque mi hermana le decía, que se vaya dormir, que se podía resfriar si sigue en la terraza en la noche [**sentimiento de esperanza**].(*Angy se pone triste*)

## **MEMORANDO**

### **Tratamiento psiquiátrico personal y familiar**

La entrevistada relata el tratamiento de la doctora Patricia con sesiones de terapias individuales y terapias con sus padres e hija para pueda desarrollar habilidades de comunicación y fortalecer los lazos afectivos con su sistema familiar.

La entrevistada resalta el alivio y el bienestar que le causó hablar de todos temas y secretos productos de su adicción que nunca les dijo a sus padres provocando una liberación y paz interior, este es un resultado de la intervención familiar. También fortaleció los lazos afectivos y comunicación asertiva con su hija, ya que era menor de edad no podía recibir sus visitas de acuerdo a las normativas del hospital psiquiátrico,

Sin embargo esto no fue un impedimento para que pueda comunicarse con ella, se escribían cartas, a sugerencia de la doctora, en esas cartas se expresaban sentimientos de tristeza, esperanza y alegría a través de poesía reflejando la difícil situación que atravesaban por la drogodependencia. Su hija es una inspiración para salir adelante.

## **TEXTO 8**

**Edor:** Angy a parte de la doctora, que otros profesionales o personal de salud involucraban a tu familia como parte de tu tratamiento

**Eda:** bueno la psicóloga me hacía pruebas [**diagnostico psicológico**], llenar cuestionarios, tarjetas, dibujos de familias [**instrumentos psicológicos**]. Bueno me preguntaba de mi familia [**entrevista**], alguna vez también hablo con mi papá pero a solas [**intervención familiar**], Después nada más.

La licenciada Irma es la que trabajaba con los familiares [**intervención familia**], les daba terapias grupales y de orientación [**educación social**]. Mi hermana, mi papá y mi tía venían los días miércoles [**participación activa de los familiares**]. Me contaban que les hablaba de temas de las drogas y el alcohol [**orientación social con los familiares**], como va creciendo esta adicción poco a poco por diferentes factores, también les explico los tipos de sustancias de drogas, que existen [**información nueva para entender el problema**] y los cuidados que deben tener con nosotros que estamos en tratamiento [**incluyen a la familia como parte de la rehabilitación**]. Todo eso me contó. También me decían que les hacía bien estar en esas terapias con los familiares [**precepción familiar**].

El padre José nos daba charlas como superar esta situación confianza en Dios [**asistencia religiosa**], pero también habla con mi papá y mi tía para que no pierdan al fe [**intervención espiritual con la familia**] y siempre hacíamos una oración para que Dios me iluminada [**sentimiento de esperanza**] y daba fuerza en esos momentos de mi tratamiento [**fortalecimiento espiritual para seguir adelante**].

## **MEMORANDO**

### **1. Intervención psicológica**

La entrevistada comenta sobre el tratamiento que recibió del área psicológica, empezando desde el llenado de cuestionarios, tarjetas, dibujos de familias y entrevistas personales, pero también entrevistas personales con su padre.

### **2. Intervención de Trabajo social con familiares**

La entrevista resalta la intervención con sus familiares de la licenciada Irma, que consistía en terapias grupales y de orientación a su hermana, su papá y su tía. Las orientaciones sobre temas de drogodependencia y alcoholismo, los factores, causas, pero sobre todo los cuidados que deben tener los miembros familiares en su tratamiento.



### 3. Intervención espiritual familiar

En cuanto la asistencia espiritual a los familiares consistía en charlas motivacionales por el sacerdote de asociación de San Juan de Dios basadas en la fe y la esperanza, siempre haciendo oración para que Dios los ilumine y brinde las fuerzas en estos momentos tan difíciles para poder superar el problema de la drogodependencia.

#### TEXTO 9

**Edor:** ¿Durante tu tratamiento has recibido servicios del área de Trabajo Social?

**Eda:** con la licenciada Irma, hemos tenido sesiones grupales con todos los pacientes sobre los factores sociales del consumo [**intervención social**], reflexionando y escribiendo al último nuestras metas para el futuro [**proyecto de vida como parte del tratamiento**], pero también teníamos sesiones [**sesiones grupales**], solo con mujeres, entre nosotras [**creación de lazos de confianza**]. Hablamos sobre el incremento del consumo en las mujeres [**factores de riesgo en el consumo**]. Hablamos de nuestras experiencias de nuestro consumo [**reflexiones en grupo**], que las mujeres podemos concebir rápidamente las sustancias adictivas [**facilidad al acceso la droga y alcohol**], aunque no tengamos dinero, por medio de conocidos, amigos [**malos hábitos**], o hasta robas a nuestros conocidos o familiares sus cosas [**conductas delictivas por las drogas**]. En una ocasión también la licenciada me pidió dibujar mi familia [**expresión gráfica**], Yo dibuje en la hoja a mi hija y a mí [**percepción de familia monoparental**], los demás miembros los dibujé alejados de nosotras [**exclusión de los demás miembros de su sistema familiar**]. La licenciada me preguntó porque me dibujé con mi hija muy distante de mi familia [**reflexión personal**]. Yo le respondí que me sentía en esos momentos alejado de ellos [**lazos distanciados con los demás**], pero licenciada me dijo que aislarme, no es la solución de los problemas en estos momentos [**fortalecer la cohesión familiar**]. Me ayudó bastante como la doctora [**reconocimiento de la ayuda del personal de salud**], me ayudó a comprender que mi familia a pesar de todo no me abandonó [**intervención familiar efectiva**] y que Yo también no debo abandonarlos, ni aislarme [**unión familiar**].

#### MEMORANDO

##### **Intervenciones del área de trabajo social como parte del tratamiento**

La entrevistada argumenta los servicios sociales recibidos durante su rehabilitación, una fue la educación social en grupo de pacientes hablando de los factores de sociales del consumo. También con el grupo de pura mujeres con el objetivo de reflexionar sobre el incremento de consumo en las mujeres y la facilidad de conseguir sustancias adictivas hasta el punto de tener conductas delictivas.

El proyecto de vida es un aspecto que se trabajó de forma grupal también pero especialmente de forma individual con la entrevistada, las metas en un futuro que deben cumplir una vez terminado su tratamiento. La entrevistada admite que la Trabajadora social le ayudó a comprender que estaba alejada de su familia y que aislarse no era la solución en esos momentos donde su familia juega un rol importante en su proceso de recuperación

## ANEXO 3

### Categorización abierta

#### Entrevista a la Trabajadora Social de la unidad de farmacodependientes.

##### Datos

**Cargo:** Trabajadora Social

**Fecha:** 02/09/2020

##### TEXTO 1

**Edor:** Buenos días licenciada, primeramente le agradezco por brindarme la oportunidad entrevistarla. Me gustaría comenzar preguntándole, ¿cuántos años tiene de experiencia trabajando en la institución?

**TS:** Buenos días Roger, haber, tengo muchos años trabajando en psiquiátrico [**experiencia en ámbito de la salud mental**], casi 25 años trabajando [**experiencia profesional**], en todo ese tiempo no he tenido ningún percance en la institución [**eficiencia laboral**].

**Edor:** Licenciada los primeros años le costó adaptarse al instituto, es decir que los primeros años fueron fáciles o difíciles.

**TS:** No voy decir que fue difícil pero tampoco fácil [**percepción personal**], como todo trabajo a veces hay días que tienes un monto de cosas que hacer [**trabajo bajo presión**], como informes que entregar [**funciones requerimiento**], visitar a los pabellones, supervisar a los pacientes [**asistencia social**], coordinar con los doctores y enfermeras [**trabajo multidisciplinario**]. Otros días tienes pocas cosas que hacer, simplemente orientaciones adecuadas a las personas que vienen a la consulta externa [**funciones en consulta**].

##### MEMORANDO 1

##### Experiencia laboral

La Trabajadora social nos cuenta que son 25 años de experiencia en el ámbito de la salud mental, el trabajo en un institución hospitalaria tienen días cargados de muchas actividades por realizar, desde transiciones de informes, visitas a pabellones, supervisión de paciente, y coordinación con los diferentes profesionales de salud. Pero también hay días con menos presión laboral en la oficina de trabajo social que se cumple solamente la consulta externa realizando orientaciones a personas y familiares.

##### TEXTO 2

**Edor:** Licenciada me podría decir ¿Qué programas de salud brinda el psiquiátrico en el problemática del alcohol y drogas?

**TS:** Como tú sabes Roger, el programa de la comunidad terapéutica en el pabellón de farmacodependientes [**Programa de rehabilitación para las drogas**], allí se internan los pacientes que tienen problemas a sustancias psicoactivas [**características de la población**].

**Edor:** ¿En qué consiste programa de comunidad terapéutico?

**TS:** El programa de consiste en tratamiento de forma psiquiátrica, psicológica, social, educativa, familiar, espiritual y mucho más [**enfoque multidisciplinario**]. Como has debido observado Roger, todo los profesionales nos reunimos para poder hacer seguimiento de caso [**estudio caso**], para saber cómo responde ante el tratamiento [**resultados**], como esta en la comunidad terapéutica, como se relacionan con sus compañeros [**interacciones en la unidad**], cuales son los avances y cambios en el mejoramiento de algunos comportamientos [**proceso de evaluación**]. Es muy importante el seguimiento de caso, es por esa razón que el programa tiene una capacidad de 30 personas a lo mucho [**cantidad de vacancias**].

*No existe una cura, sino un tratamiento* [**ideología del programa**], y el psiquiátrico ofrece un tratamiento que dura tres meses [**alternativa de salud**], la meta es que los pacientes dejen de consumir, regulen comportamientos por efecto de esta sustancias y entren a un estado de abstinencia [**logras a conseguir**]. Primero es el diagnóstico psiquiátrico [**evaluación médica de salud mental**], el cual te avisa cual es el problema para luego dar la autorización [**identificación de la adicción**], si entran casos graves de intoxicación [**efectos de la sustancia en el cuerpo**], primero se interna en la unidad de agudos, allí lo desintoxican hasta que la sustancia salga de su cuerpo [**sacar la sustancia del organismo**], después cuando los pacientes están lucidos, conscientes, limpios, se les pregunta si quisieran tomar el tratamiento en el pabellón de farmacodependientes.

Después de decidir que quieren tomar el tratamiento en la unidad, y cada paciente debe pasar por siguientes etapas [**proceso de rehabilitación**], la primera es la Pre-comunidad [**primera etapa**], que tiene una duración de 15 días [**intervalo de tiempo**], donde el sujeto se plantea metas y hace actividades cotidianas de su vida [**planificación personal**], si antes no lava su ropa, ahora lo hace, si antes no tendían su cama y no barría, no trapeaba, ahora los hace [**hábitos de limpieza**], después de adaptarse recién pasa a la comunidad, dura dos meses [**segunda etapa**], en ese tiempo se involucra con actividades internas dentro de la comunidad organizada [**inclusión**], puede ser miembro de la mesa directiva de pacientes en la unidad [**organización interna**], que el cargo tienen una duración de dos semanas [**decisión de llevar responsabilidades**].

## **MEMORANDO 2**

### **Primera y segunda etapa el programa terapéutico comunitario**

La Trabajadora Social nos describe sobre el programa de rehabilitación para personas con adicciones a las drogas y alcohol que ofrece el hospital psiquiátrico, denominado comunidad terapéutico que tienen un enfoque interdisciplinario, que tiene una capacidad para 30 personas en la unidad de farmacodependientes. Pero antes de entrar al programa debe haber un diagnóstico médico para derivación del paciente a la unidad, Sin embargo hay situaciones que llegan personas intoxicadas, es decir, están con la sustancia en su organismo, se les interna en unidad de agudos para su limpieza en cuerpo.

Es muy interesante cuando a la Trabajadora Social resalta que “*No existe cura, solo tratamiento*”, aunque la drogodependencia es una enfermedad pero no existe una cura sino un tratamiento que se traduce en un proceso de rehabilitación, en la cual el programa de la comunidad terapeuta, está estructurado en etapas, un primera etapa es la pre-comunidad el paciente realiza actividades hábitos de higiene y practica los valores dentro del pabellón. Después de adaptarse recién pasan a la comunidad, dura dos meses, en ese tiempo se involucra con actividades internas dentro de la comunidad organizada en segunda etapa, puede ser miembro de la mesa directiva de pacientes en la unidad como parte del tratamiento.

### **TEXTO 3**

**Edor:** licenciada que cargos hay en la mesa directiva, que usted menciona. Me podría comentar un poco más.

**TS:** El primer cargo es la presidencia, luego está el vicepresidente [**cargos de la directiva**], los requisitos son que estén más de 2 meses en la comunidad terapéutica [**intervalo de tiempo**], y que no tengan faltas o puntos negativos por incumplir en su aseo de su habitación, o faltar a las actividades, indisciplina, y otros [**descuido en las actividades**]. Se les pone un punto negativo[**normativas internas**], si llegan a 5 puntos negativos, pues hacen una experiencia educativa[**castigo positivo**], por ejemplo ir ayudar a las enfermeras en cuidado de pacientes de otras unidades, limpieza en otras unidades, y otra, dependiendo al staf [**equipo de profesionales multidisciplinario**] que somos nosotros el personal de salud.

Hay otros cargos responsable de biblioteca, responsable de administración [**responsabilidades asumir los pacientes**], quien se encarga de atender y administrar ese pequeño kiosquito que tenemos [**funciones administrativas**]para que ingrese recursos a la comunidad [**ingreso económicos**], también está el responsable de control social [**cargo social**], quien se encarga de controlar a los nuevos pacientes que hagan su aseos de su cuarto[**organización y mantenimiento en hábitos de higiene**] y por ultimo está el responsable de deportes [**cargo**]quien organiza actividades deportivas los fines de semana, no solamente futbol, sino también , volibol, pin pon, y otros [**actividades recreativas**], para los pacientes tengas estas actividades [**terapia ocupacional como parte su tratamiento**] y no todo sea tareas o deberes.

**Edor:** Licenciada, y cuando el paciente pasa tres meses en la unidad, ¿allí termina el tratamiento?.

**TS:** No, allí no termina, el paciente sabe que el tratamiento es para toda la vida [**continua la rehabilitación**], si bien ya no puede estar internado pero si puede venir a consultas con su doctor tratante [**supervisión psiquiátrica**], a esto se llama seguimiento a través de la consultas externas y las terapias grupales [**alternativa de tratamiento**] que se llevan a cabo los días jueves con el doctor Camacho [**intervención profesional**]. También dependerá mucho de uno mismo, en cuidarse, tomar los medicamentos [**seguir voluntariamente con el tratamiento**], seguir con una vida sana, es por eso, que es todo una vida tratamiento [**meta a lograr**].

### **MEMORANDO 3**

## **Cargos y responsabilidades de los pacientes**

La Trabajadora Social explica en esta parte del texto los cargos de la mesa directiva que conlleva responsabilidades en la organización de la comunidad terapéutica por parte de los pacientes, como parte de su proceso de recuperación. Cada cargo conlleva un serie de responsabilidades que deben cumplir, el más alto cargo son la presidencia y vicepresidencia que vela los intereses de la comunidad y bienestar de toda la población de pacientes en la unidad. El responsable de administración de un pequeño kiosco como fuente de ingresos económicos a unidad y beneficio a la población de pacientes. El responsable de control social la cual orienta y supervisa a los nuevos pacientes en los deberes que les corresponde. Responsable deporte que organiza actividades deportivas y deportivas para los fines de semana como parte de la terapia ocupacional

## **Etapa final del programa de la comunidad terapéutico**

Una parte esencial en el proceso de rehabilitación que nos cuenta la Trabajadora Social es la última etapa de programa terapéutico, que consiste después de la conclusión de los tres meses de internación, el paciente continúa con el tratamiento de forma voluntaria y familiar toda su vida, y realiza las consultas externas con su doctor tratante en determinado tiempo, pero también asiste a las terapias grupales los días jueves para ver los avances en la inserción familiar y social.

### **TEXTO 4**

**Edor:** Para que los pacientes accedan al programa ¿Qué requisitos se deben cumplir?

**TS:** Haber empezamos diciendo que un requisito para que entren al programa, es el diagnóstico psiquiátrico para la internación a la unidad, para empezar. Después se debe firmar el compromiso de responsabilidad por parte de un pariente del paciente [**responsable familiar**], a esto deben depositar una garantía de Bs. 1000 [**garantía económica**]. El familiar responsable debe estar informado que la internación por día tiene un costo es Bs. 90 [**gastos diarios**], este monto de dinero cubre cama y alimentación [**satisfacer las necesidades del paciente**]. Los medicamentos son aparte [**tratamiento farmacológico**]. Se le informa al responsable familiar que debe comprar la medicación, se le da el recetario [**función del familiar en la recuperación**], o veces sacamos de la farmacia que tenemos aquí, y deben devolver el mismo medicamento, o caso contrario deben cancelar [**responsabilidad económica del familia**].

**Edor:** Algún otro requisito licenciada que debe cumplirse para internación

**TS:** El requisito más importante es que el paciente se interne de manera voluntaria [**primer paso a la recuperación**]. No obligado, el obligar no ayudaría para nada en su recuperación, es por esa razón que deben estar conscientes [**conciencia de enfermedad**] las personas que tienen un problema y necesitan ayuda, ya hemos tenido muchos casos, que por insistencia de los familiares a fuerza les obligan a internarse [**presión familiar**], Tenía un paciente que me decía, que no quería estar aquí [**no hay deseo de recuperarse**], pero que si no tomaba el tratamiento, su madre lo votaba de la casa y no

le daba un centavo [**obligación por parte de la madre**], estoy hablando de una persona de 45 años, que vivía con su madre [**caso en particular**]. En otros casos eran personas que trabajaban en empresa o instituciones públicas [**fuentes laborales**], sino los votaban del trabajo [**consecuencias de la drogodependencia**], sino tomaban tratamiento y tenían que presentar una certificación como respaldo de su rehabilitación [**exigencia laboral**].

**Edor:** Licenciada ¿Cuál es el protocolo de internación?

**TS:** Como te mencione, la internación dependerá de la autorización y el diagnóstico psiquiátrico [**secuencia de protocolos de internaciones**]. Después conducirán al paciente a la unidad de internación para su tratamiento [**comunidad terapéutica**]. Bueno siempre debe existir un responsable familiar que firma el compromiso de responsabilidad [**rol de la familia**] como garantía tanto para el paciente y la institución [**garantía para institución**]

#### **MEMORANDO 4**

##### **Requisitos [protocolo] de internación en programa terapéutico**

La Trabajadora Social nos cuenta que el primer requisito es el diagnóstico médico psiquiátrico, para internación a la unidad correspondiente. Luego se los orienta a los familiares de salud mental para que puedan tomar la decisión y hacerse responsable de los gastos económicos, medicación, exámenes médicos y otras necesidades durante su proceso de recuperación del paciente, todo esto en cuanto el protocolo de internación.

Sin embargo existe un requisito primordial que el paciente debe tener para que pueda acceder al programa de rehabilitación es la *decisión de internarse de manera voluntaria*, sin obligación o presiones, caso contrario no habrá una recuperación consciente. La licenciada cuenta que habido casos de pacientes que no querían estar internados que los obligaron o los presionaron por parte de sus familiares con amenazas de echarlos de la casa o no darles ningún centavo más. Otros pacientes que trabajaban en instituciones públicas o privadas que sabían de su diagnóstico de farmacodependencia les sugerían que tomaran un tratamiento para rehabilitarse y les pedían una certificación de conclusión o pleno tratamiento, caso contrario de rehusarse los despedirían de su puesto laboral.

#### **TEXTO 5**

**Edor:** Desde su experiencia ¿Qué rol cumple la familia en proceso de rehabilitación del paciente?

**TS:** Bueno en todos los años que estoy trabajando [**experiencia laboral**], me dado cuenta que la familia es moneda dos caras [**percepción subjetiva**], porque a veces es la causa del consumo de drogas, por el maltrato, violencia, falta de comunicación, abandono, y en algunos casos violaciones sexuales en la misma familia [**factores de riesgo familiar**], aunque algunos casos miembros familiares son encubridores de esta acción [**complicidad familiar**]. Sin embargo en el otro lado de la moneda, algunos casos, los familiares son la fuerza de voluntad del paciente para salir adelante [**factor de protección familiar**], eso sí, Tienes que entender que la familia no solamente es por el

lazo sanguíneo con el pacientes, sino también por los lazos afectivos y de amistad que tienen con los pacientes [**vínculos familiares**], por ejemplo en algunos casos, los responsables del paciente son sus misma esposas, esposos, o novios, novias, amigos, amigas muy cercanos con el paciente, hasta su mismo jefe en algún caso [**subsistema filial**]. Y ellos vienen a visitarlos, se preocupan por ellos [**acción de apoyo**], participan de las sesiones de educación social, hablan con los médicos para saber su estado [**involucramiento familiar**], llaman para preguntar lo que necesitan o falta a los pacientes [**roles de protección**], y otras acciones que hacen por el bien del paciente [**vínculos de afecto**].

**Edor:** Licenciada ¿El tratamiento de los pacientes en la institución demanda algún tipo de gasto económico? (Sí, cuál)

TS: Si, por día es Bs. 90 por día [**gasto diario**]. En los tres meses de tratamiento aproximadamente el costo total Bs. 8280, sin embargo esto cubre el tema de alimentación y cama como te dije. Los medicamentos son aparte [**requerimientos durante la rehabilitación**].

## **MEMORANDO 5**

### **La familia como dos caras de la moneda en proceso de recuperación**

En esta parte de Texto la Trabajadora social describe según su experiencia a la familia como dos caras de la moneda. La primera como la causa del consumo de las drogas por los factores de riesgo que suceden dentro de la familia como ser; el maltrato, violencia, falta de comunicación, abandono, violaciones sexuales y otros factores. En algunos casos los familiares son los influenciadores o encubridores de la consumo de drogas o alcohol, como algo normal.

El otro lado de la moneda la familia es la fuerza de voluntad del paciente en su futura recuperación, eso sí, hay que entender a la familia como concepto amplio, es decir, que no solamente nos referimos a familia por los lazos sanguíneos, sino también por los lazos de afecto y amistad con el mismo pacientes como ser la novio/a, amigo/a y algunos casos el jefe del mismo trabajo, ha habido casos que se hacen responsables familiares de la internación en psiquiátrico porque vienen a visitarlos, se preocupan por ellos/as, participan en la sesiones de educación social, hablan con los médicos para saber su estado actual, llaman para preguntar lo que necesitan o faltan a los pacientes, pagan su tratamiento y otras acciones que realizan por el bienestar del paciente

## **TEXTO 6**

**Edor:** Licenciada que pasa con los pacientes de escasos recursos económicos, hay una estudio de socioeconómico para que rebajen el costo de la internación.

**TS:** La familia con recursos económicos bajos [**población vulnerable**] solicitan la rebaja de estos costos [**necesidad económica**], sin embargo, les rebajaban lo mínimo, porque el psiquiátrico es una institución privada que se sustenta con sus propios recursos que van generando [**recursos económicos**]. Antes el área de Trabajo Social estaba encargado de la rebaja de los costos, a través de la valoración socioeconómica del paciente [**intervención social**], una vez terminado la valoración, tenías un criterio socioeconómico de la familia y el paciente, para bajar los costos por día, que estaban desde 70, 50, 30, hasta 20 bolivianos[**escala de rebajas por día**]. En la actualidad solo nosotras

emitimos un informe socioeconómico [**función de Trabajo Social**] para el área de administración pueda hacer la rebaja correspondiente. Ellos determinan la rebaja.

**Edor:** Y ¿cuáles son las técnicas y elementos que necesitan para valoración o informe socioeconómica?

**TS:** Se le pide a la familia del paciente algunos documentos [**requisitos para el informe socioeconómico**], pero primero está la entrevista y el llenado de la ficha social donde identificamos los datos del paciente [**técnicas de intervención social**]; edad, grado de instrucción, ocupación laboral, residencia, y otros [**elementos personales**]. Luego se identificamos el grupo familiar, cuántos son en la familia y cuantos viven con él [**elementos socio-familiar**]. Identificamos la vivienda, si es propia, alquilada, anticrético, los servicios básicos, agua, luz, alcantarillado, el número de personas que viven en vivienda [**situación actual**], esto es importante para determinar si hay hacinamiento o no. Por último los gastos que realizan extras, es decir, si tienen deuda con el banco [**factores determinantes**].

Después se les pide que traiga los siguientes documentos como ser; factura de la luz, agua, y otro servicios básicos [**documentos de respaldo**]. Es alquiler se les pide que traigan un certificado emitido por el dueño sobre el monto del alquiler mensual [**evidencias**]. Boletas de pago de su trabajo del paciente, y si es asalariado, lógicamente que se pregunta en la entrevista donde y cuanto ganaba por día o mes [**estudio económico**], igualmente. Si tiene deuda con el banco, la boletas de pago del banco [**constancia del banco**].

## MEMORANDO 6

### **El estudio socioeconómico función del trabajo social**

La Trabajadora Social nos explica sobre el estudio socioeconómico como parte de las funciones que se cumple en hospital psiquiátrico, para desarrollarlo se empieza técnicas de intervención social, como la entrevista y el llenado de ficha, la cual proporcionara datos personales, familiares y socio ambientales del paciente, con documentación de respaldo que se pide a los familiares que puedan traerlos desde facturas, boletas de pagos, contratos y otras constancias de la información emitida anexándolo en el informe social solicitado por las familias de escasos recursos para una rebaja, la cual el área de Trabajo Social no hace la rebaja de los gastos de internación del paciente, solamente desarrolla el informe.

El área de administración es la que hace la rebaja correspondiente apoyándose con el informe socioeconómico proporcionado por área de Trabajo Social y solicitada por la familia de bajos recursos económicos. Las rebajas son mínimas porque el hospital psiquiátrico es una institución privada que se sustenta con sus propios recursos económicos que van generando por si sola. No es pública y no tiene mucha colaboración de la alcaldía, gobernación o del estado Boliviano

## TEXTO 7

**Edor:** Licenciada los pacientes tienen ¿seguro de salud?



**TS:** Unos cuentan con seguro de salud [**beneficiarios**] y otros no cuentan [**no beneficiarios**], lógicamente pues son las personas con bajos recursos económicos [**población vulnerable**].

**Edor:** La mayoría se podía decir que no cuentan con seguro medico

**TS:** Si podía decir que sí [**derecho a la salud**]. Dependiendo el caso de cada pacientes [**estudio de caso por caso**]. Porque hay de todo un poco en la unidad [**complejidad**].

**Edor:** Los que tienen seguro de salud les favorece en algo en psiquiátrico

**TS:** Los que tienen seguro médico en caja nacional, la caja petrolero, caja cordex [**instituciones de salud externas**], solo corren con los gastos de la medicación o exámenes médicos y algunos insumos [**beneficios de los asegurados**], dependiendo al convenio con el psiquiátrico [**inter institucionalidad**], pero va depender mucho del trámite hagan los familiares [**solicitudes y requerimientos que deben hacer**]. La caja nacional es muy lenta. No les facilitan rápidamente la medicación u otros estudios [**dificultades que deben afrontar los familiares**], sino esta todo en orden en cuestión de papeleos [**tramites**]. Mientras la caja petrolera es más eficiente y facilitan los medicamentos e insumos [**eficiencia y eficacia en la atención**].

**Edor:** ¿Los pacientes tienen respaldo económico personal o de su familia para seguir su tratamiento?

**TS:** Tenemos pacientes que provienen de familias que tienen los recursos económicos suficientes. Esta enfermedad de la drogodependencia no discrimina a nadie, seas rico o pobre [**realidad boliviana**]. En psiquiátrico hemos tenido pacientes que son profesionales de alta clase sociales. Hemos tenido abogados, médicos, enfermeras, jefe de empresas, hasta futbolistas jubilados y políticos [**profesionales que cayeron en las drogas**]. Claro que hay un nivel de confidencialidad para estos casos [**principio ético institucional**]. Me acuerdo que hace 15 años a tras teníamos internada a la sobrina del presidente aquí en psiquiátrico [**paciente de alta clase social**]. Cuando se trata de la salud no hay precio, a veces *la familia saca de donde puede para pagar los gastos* [**esfuerzo familiar**]. *Se acotan entre todos para cubrir el los gastos* [**solidaridad familiar**].

**Edor:** ¿Cuáles son las condiciones de vida de los pacientes?

**TS:** Como te dije, tenemos de todo un poco [**experiencia**], algunos vienen de buenas familias que no les falta nada [**clase social alta**]y tenemos otros pacientes que no tienen un vivienda propia[**clase social baja**], no tienen un trabajo , no tienen seguro de salud [**escases de necesidades de vida**], pero también tenemos personas del campo, no solamente la ciudad [**variedad de población**].

## MEMORANDO 7

### **Seguro de salud un derecho que no beneficia a todos los pacientes**

La Trabajadora Social describe que algunos pacientes son asegurados en las distintas cajas de salud y otros pacientes no tienen ni el Seguro Universal de Salud (SUS), aunque este no beneficia con gastos en psiquiátrico. Los beneficios de los pacientes asegurados tiene convenio interinstitucionales con hospital psiquiátrico San Juan de Dios para que cubran los gastos o proporcionen la medicación y exámenes médicos dependiendo convenio y sobre todos los requisitos que deben presentar los familiares para que cubra o autorice el seguro de salud de los pacientes en el psiquiátrico.

Este proceso de trámite es muy burocrático y lento en algunos seguros de salud por ejemplo caja de salud nacional, son las dificultades que la familia atraviesa. Por otro lado hay cajas de salud más eficientes y facilitan insumos médicos que requieran el paciente en su tratamiento. Caso contrario la familia se encarga de los gastos de la medicación, exámenes médicos o insumos que requiere los pacientes durante su estancia de internación en pabellón de farmacodependientes.

### **La drogodependencia no discrimina de clase alta o baja**

La Trabajadora Social nos cuenta que la enfermedad de la drogodependencia no discrimina a nadie, seas rico o pobre. En psiquiátrico se ha tenido pacientes que son profesionales de alta clase sociales, como ser; abogados, médicos, enfermeras, jefe de empresas, futbolistas, jubilados y políticos. Claro que hay un nivel de confidencialidad para estos casos. Y hace muchos años se ha tenido internado a la sobrina del presidente aquí en psiquiátrico.

Por otro lado se ha tenido pacientes de familias que **no** tienen los recursos económicos suficientes, que provienen del campo, no solamente de la ciudad pero cuando se trata de la salud no hay precio, a veces la misma familia saca de donde puede para pagar los gastos, se acotan, se prestan y empeñan o venden muchas pertenencias de todos los miembros familiares para cubrir los costos del tratamiento de su familiar.

### **TEXTO 8**

**Edor:** En la institución ¿Qué profesionales de salud involucran a la familia para su proceso de rehabilitación de los pacientes?

**TS:** En psiquiátrico se le brinda toda la ayuda posible de todos los profesionales [**enfoque interdisciplinario**] que tenemos, médicos, psiquiatras, psicólogas, las enfermeras, fisioterapeutas, también la ayuda religiosa [**equipo multidisciplinario**], como la el psiquiátrico es institución dependiente a la organización internacional San Juan de Dios [**asistencia del exterior**].

**Edor:** Es decir que todos estos profesionales brindan ayuda a las familias

**TS:** Claro que sí, porque la recuperación depende bastante del apoyo familiar [**factor de protección**]. Desde el cuidado del paciente en el hogar, hasta ayuda en la reinserción laboral y social [**metas y logros para el paciente**]. Todos los profesionales de salud tienen la forma de trabajar con el paciente y sus familias. Desde charlas de información hasta terapias alternativas [**actividades de intervención**]

### **MEMORANDO 8**

#### **Los profesionales de salud en el psiquiátrico**

La Trabajadora Social explica que en psiquiátrico brinda toda la ayuda de un equipo multidisciplinario conformado por profesionales médicos, psiquiatras, psicólogas, las enfermeras, fisioterapeutas, también la ayuda religiosa. Todos los profesionales de salud tienen la forma de trabajar con el paciente y sus familias, desde charlas de información hasta terapias alternativas, porque la familia es un factor de protección desde cuidado en el hogar, hasta la ayuda en la reinserción laboral y social.

## **TEXTO 9**

**Edor:** Usted como parte del equipo multidisciplinario ¿Que estrategias intervención familiar utiliza en el tratamiento del paciente?

**TS:** Una de las funciones que cumplo es la orientación a los familiares [**educación social**]. Brindarles información sobre las consultas y dudas que tienen [**intervención social**]. En algunos casos hay familias que vienen del campo [**población vulnerable**] y no pueden entender las palabras de los doctores, o los doctores no se hacen entender con los familiares de los pacientes [**distorsión de lingüística**]. Es por esa razón que las Trabajadoras Sociales, utilizamos lenguaje acorde a su entender [**estrategias de Trabajo Social**]. Por ejemplo para explicar que a los familiares que el paciente tienen un esquizofrenia, tenemos que explicarles con ejemplos que pueda entender, como ser, la bicicleta pinchada, que pasa cuando la bicicleta se pincha, no funciona verdad, para eso hay que parcharlo para que funcione, este parchado en los pacientes es a través de los medicamentos [**metáforas lingüísticas**].

También en algunos casos les explico que en la cabeza hay cablecitos, como los enchufes tienen o aparatos electrónicos, y que estos a veces se quema un cablecito y no funciona, por una caída o golpe. Es igual a los pacientes esquizofrénicos algún cablecito en la cabeza no funciona o se quemó, por un golpe o caída [**estrategias lingüísticas de Trabajo Social**]. De esta manera comprender mucho mejor la condición de la salud mental [**orientación familiar**] desde trastornos psicóticos, esquizofrénicos, discapacidades, adicciones a las drogas [**psicopatología**]. Los familiares tienen más contacto con el paciente, los apoyan, los cuidan y bueno no descartan esos mitos que le cayó un rayo, lo embrujaron o le entro el diablo, que son creencias del campo o de la cultura [**creencias socioculturales familiares**]. Porque al final los traen aquí después de hacer curaciones, rituales con curanderos o chamanes, y no funcionaron [**descartan las posibilidades**].

**Edor:** Licenciada que otras estrategias de intervención utiliza con familias especialmente de la unidad de farmacodependientes.

**TS:** Las otras son las visitas domiciliarias [**técnica de Trabajo Social**] con objetivo de hacer un seguimiento del entorno familiar de los pacientes [**supervisión social**], aunque a vivan lejos o en el campo. Después están las entrevistas sociales y llenadas de fichas [**instrumentos y técnicas**] como te mencione, las llamadas de seguimiento o información a los familiares [**involucramiento familiar**] cuando el paciente necesita algún insumo médico, o medicación, análisis de laboratorio, o algunas emergencias [**bienestar social para el paciente**]. La coordinación con los familiares en casos de internación externa [**funciones de Trabajo Social**], cuando los pacientes necesitan con urgencia una intervención médica de otra especialidad en hospitales de ámbito público o privado [**prevaler el derecho de salud**].

La educación social que ya conoces, que se trabaja temas sobre las adicciones de las drogas y alcohol con los familiares [**actividad como intervención a la familia**]. Donde se hablan temas de los factores de riesgo y protección, las etapas de evolución de la drogadicción, las etapas de tratamiento, las diferentes sustancias psicoactivas, la comunicación asertiva, la cohesión familiar, y muchos otros temas más, dependiendo la demanda de los familiares [**informado y educando a las familias**].

## **MEMORANDO 9**

### **Metáforas lingüísticas como estrategia de intervención social en las familias**

La Trabajadora Social nos describe sobre las funciones que cumple dentro de del hospital psiquiátrico, específicamente en la unidad de farmacodependientes, una función es la orientación a los familiares sobre las consultas y dudas que tienen. En algunos casos hay familias que vienen del campo y no pueden entender las palabras de los doctores, o los doctores no se hacen entender con los familiares de los pacientes. Es por esa razón que la Trabajadora Social, utiliza un lenguaje acorde a su entender, es decir, que para explicar a los familiares del paciente tiene una esquizofrenia, tenemos que explicarles con ejemplos que pueda entender, como ser, la bicicleta pinchada, que pasa cuando la bicicleta se pincha, no funciona verdad, para eso hay que parcharlo para que funcione, este parchado en los pacientes es a través de los medicamentos.

La Trabajadora Social nos cuenta que algunos casos utilizan comparaciones de objetos que ellos conocen para explicarles el funcionamiento del paciente o su enfermedad mental que padecen, utilizando estas comparaciones y palabras que conocen. Por ejemplo; En la cabeza hay cablecitos, como los enchufes tienen las televisiones o radios, que pasa cuando se quema un cablecito, por una caída o golpe. Ya no funciona y no pasa electricidad. Es igual con los pacientes esquizofrénicos algún cablecito en la cabeza no funciona o se quemó, por un golpe o caída que tuvo. De esta manera hace comprender mucho mejor la condición de la salud mental o psicopatológicas que padecen a los familiares

### **Alternativas de creencias y tratamiento socioculturales**

En esta parte de texto a la Trabajadora Social relata cómo los familiares tienen los mitos sobre la enfermedad mental, que le cayó un rayo, lo embrujaron o le entro el diablo, que son creencias del campo o de la cultura, la cual es alternativa de tratamiento llévalas hacer curaciones, rituales con curanderos o chamanes. Después de todo alternativas de tratamiento sociocultural que hicieron y resultó que no funcionó, los traen recién al hospital Psiquiátrico para rehabilitación.

### **Técnicas e instrumentos de intervención social al paciente y familia**

La Trabajadora social nos describe otra función que cumple dentro de la institución mental, que son las visitas domiciliarias con objetivo de hacer un seguimiento del entorno familiar de los pacientes, aunque a vivan lejos o en el campo.

Las entrevistas sociales y llenadas de fichas son instrumentos que para evaluación socio familiar del paciente que se plasma en el informe social. Las llamadas de seguimiento o información a los familiares cuando el paciente necesita algún insumo médico, o medicación, análisis de laboratorio, o algunas emergencias. La coordinación con los familiares en casos de internación externa, cuando los pacientes necesitan con urgencia una intervención médica de otra

La educación social exclusivamente para los familiares que se lleva a cabo los días miércoles para trabajar temas sobre las adicciones de las drogas y alcohol. Un espacio donde se toca temáticas sobre los factores de riesgo y protección, las etapas de evolución de la drogadicción, las etapas de

tratamiento, las diferentes sustancias psicoactivas, la comunicación asertiva, la cohesión familiar, y muchos otros temas más, dependiendo la demanda de los familiares

### **TEXTO 10**

**Edor:** licenciada que pasa con los familiares que no saben leer y no saben escribir. ¿Cómo hace para hacerles entender?

**TS:** Buena pregunta, en esos casos, tuve que ser creativa [**habilidad profesional**], utilizando papel y lápiz para dibujar [**elementos creativos**], utilizando los ejemplos que te dije de la bicicleta, o aparatos electrónicos, especialmente el celular sin batería. Pero especialmente utilizo los colores y dibujos para orientar la administración de medicamentos a los pacientes [**estrategias de intervención**]. Por decir cada medicamento está en un sobre de papel. La fluoxetina y paroxetina que son antidepresivos. El diazepam o clonazepam que son ansiolítico [**tratamiento farmacológico**]. El sobre de fluoxetina lo pinto de color rojo, le dibujo un sol, esto significa que este medicamento debe darle a medio día y si dibujara una luna eso significa que debe darle el medicamento en noche y si dibujara un sol saliendo de las montañas eso significa que debe darle el medicamento en la mañana [**enseñanza al familiar la administración del medicamento**], utilizando el idioma quechua para una mejor comprensión. Igualmente pinto el sobre del diazepam de color azul y allí dibujo el sol saliendo de las montañas es la mañana, luna es noche, o un sol es medio día [**método didáctico**]. De esta manera me las arreglo para hacerles entender a los familiares la administración de medicamentos [**involucramiento de la familia en tratamiento del paciente**].

**Edor:** Muy interesante y creativo esa estrategia para explicar a los familiares, especialmente la administración de medicamento a través de colores y dibujos licenciada.

**TS:** Si, Yo fui la que implemento este método en psiquiátrico [**idea originaria**], ahora algunas enfermeras y médicos está utilizando esta estrategia [**compartimiento de la estrategia**].

### **MEMORANDO 10**

La Trabajadora Social nos describe de las estrategias creativas para los familiares que no saben escribir, ni leer y que provienen del campo. En base a colores y dibujos para explicar a los familiares la administración de medicación para su tratamiento en casa por ejemplo la fluoxetina y paroxetina que son antidepresivos. El diazepam o clonazepam que son ansiolítico. El sobre de fluoxetina lo pinta de color rojo, le dibujo un sol, esto significa que este medicamento debe darle a medio día y si dibujara una luna eso significa que debe darle el medicamento en noche y si dibujara un sol saliendo de las montañas eso significa que debe darle el medicamento en la mañana, apoyándose del idioma quechua para una mejor comprensión. Igualmente el sobre del diazepam de color azul y allí dibujo el sol saliendo de las montañas es la mañana, luna es noche, o un sol es medio día. Este método como una idea originaria que implemento la Trabajadora Social que algunos doctores y enfermeras utilizan cuando se presentan casos de familiares o pacientes que vienen que no saben escribir o leer y que provienen del campo.

### **TEXTO 11**

**Edor:** ¿Cuáles son los resultados de la intervención familiar en el tratamiento de los pacientes?

**TS:** El solo hecho de mejorar la convivencia, la comunicación o relación del paciente con la familia, ya estamos hablando de reinserción familiar [**logros en sistema familiar**]. Esto es un logro que para nosotros es una meta de la comunidad terapéutica [**objetivo a cumplir**]. El paciente aprende habilidades personales, desde la puntualidad, orden, responsabilidad, [**hábitos de higiene**] cumplimiento de tareas, son logros que se demuestran a largo y mediano plazo [**proceso de rehabilitación**].

El estar años sin recaer en las drogas, es un gran logro [**meta cumplida**]. Esto les permite también la inserción laboral y social. Pero también la familia es consciente que el camino puede recaer el paciente por algún factor socio-ambiental, es por esa razón que el seguimiento y supervisión familiar es muy importante en su recuperación [**factor de protección familiar**].

**Edor:** Entiendo licenciada, bueno gracias por compartirme sus experiencias desde Trabajo Social en el tratamiento de los pacientes farmacodependientes.

**TS:** Esta bien Roger, hasta luego y suerte en tu investigación

**Edor:** hasta luego licenciada y una vez más gracias por su tiempo

#### **MEMORANDO 10**

##### **Logros a cumplir en proceso de Rehabilitación con el apoyo de la familia**

En esta parte del texto la Trabajadora Social nos describe de logros del tratamiento en la familia. El mejoramiento en la convivencia, la comunicación o relación del paciente con la familia, es decir, ya un reinserción en sistema familiar. Esto es la meta cumplida para la comunidad terapéutica. También no describe que el paciente aprende habilidades personales, desde la puntualidad, orden, responsabilidad, cumplimiento de tareas, son logros que se demuestran a largo y mediano plazo.

Un logro importante que resalta la Trabajadora Social, es estar años sin recaer en las drogas o alcohol, esto permite la inserción laboral y social. Pero también la familia es consciente que el camino puede recaer el paciente por algunos factores de riesgo socio ambientales que se pueden presentar, es por esa razón que el seguimiento y supervisión familiar es muy importante en su proceso recuperación diría para toda la vida.

## ANEXO 4

### Ejemplo de etnografía

#### Una pareja de novios en la consulta (Diego y Britani<sup>5</sup>)

Jueves 22 de agosto 2019 (N°2)

Era las 9 am de la mañana del día jueves, hoy me tocaba estar en la consulta externa con licenciada Irma Lozana, en la oficina de Trabajo Social. Cada vez que venía una persona o personas a consultar, la licenciada los atendía y Yo estaba a su lado izquierdo a notando en el cuaderno registro de consultas, el nombre de la personas o pacientes, los requerimiento o las intervenciones que la licenciada hacía, como ser: coordinación de internación intra y extra institucional, entrevista social, educación social personal o grupal, llenado la ficha social y otros.

La licenciada Irma siempre preguntaba a las personas que venían a consultar, si el estudiante de Trabajo Social podía estar presente, es decir, mi persona. La mayoría decía que sí. Aproximadamente a las 10 am de la mañana, primero entro un señor de 50 años, pregunto por la Trabajadora Social. La licenciada lo atendió, el señor quería consultar de la internación para su hija. La licenciada le explico el protocolo de internación, que primero tenía que pasar por el médico psiquiatra de turno, si el confirma que es necesario la internación al pabellón o unidad de farmacodependientes, los requisitos son los siguientes; Debe firmar el compromiso de responsabilidad un familiar, dejar una garantía de Bs. 1000 , también el paciente debe estar sin consumir las sustancias, es decir, que debe estar sobrio o limpio, caso contrario primero será internado en la unidad de agudos, donde estará hasta que pueda desintoxicarse y luego recién puedan entra a la unidad de farmacodependientes. Y por último requisito debe tener noción o conciencia de que tiene un problema con las drogas o alcohol y quiera salir de esta problemática de forma personal.

Al escuchar todo esto el señor se puso, pensativo y nos dijo: *“Mi hija está afuera con su novio ambos son drogadictos y mi esposa esta con ellos. El problema que se perdieron 3 días y lo encontraron en ese estado”*. La licenciada le respondió; *“vayan a traerlos y tratare de hablar con ellos”*. El señor salió de la oficina a traerlos. Nunca olvidaré ese momento cuando entro la pareja de novios en la oficina, se podía observar que eran jóvenes a simple vista tenían una edad entre 25 a 28 años, ambos entraron agarrados de la mano, sin embargo estaban intoxicados, el olor era muy fuerte a alcohol y

---

<sup>5</sup> Los nombres son ficticios, no son reales por la protección de identidad de los mismos pacientes.

marihuana, no estaba seguro, pero el aspecto facial era sorprendente, tenían un aspecto en sus rostros de amanecidos y unos ojos rojos, ambos estaban despeinados y con ropa de días.

La licenciada les pregunto: *¿cómo estaban?*, Ellos respondieron directamente: *“que estaban bien y que no quieren que nadie los separe”*. Aunque fue difícil conversar con ellos por el estado mental que estaban por el consumo de las drogas. Sin embargo también el padre y madre de la chica insistían que era necesario internarlos a los dos. La chica solo decía: *“Queremos estar juntos internados y que nadie nos separe, con esa condición y queremos que nos prometa licenciada que nos internaran en el mismo lugar”*. Su papa le dijo: *“Que ya hablamos de esto y que nadie les va separar, siempre y cuando puedan tomar tratamiento y recuperarse”*. La licenciada le pregunto: *“Si ustedes realmente se aman, ambos deben internarse y tomar el tratamiento, ustedes están dispuesto a tomar tratamiento para luego estar juntos”*. La pareja de novios empiezan haberse, el chico le dije: *“Es mejor que te internes Tú”*, pero la chica le responde; *“No me voy internar si tú no te internas contigo”*. La madre de la chica empieza a hablarle y llorando le dice; *“hijita mía por favor, por lo que más quieras, haz nos casó, por favor”*, le abraza fuertes y empieza llora mucho más. Ese gesto de la madre y sus palabras hicieron que la chica considera la internación como una alternativa de solución, moviendo la cabeza, afirmando que si se internaría. A todo esto la licenciada, los miro a la pareja de novios y diciendo; *“Que no los van separar, se podrán ver ambos en unidad de agudos, y después de que se sientan bien, podrán pasar a la unidad de farmacodependientes ambos para terminar su tratamientos, además esta unidad es completamente libre, en cualquier momento puedes solicitar salir de este unidad”*.

El chico en silencio y siendo testigo de las descargas de emociones ese momento, soltó la mano de su novia. Bajo la mirada, y un sentimiento de culpa sentía dentro de él. Sin embargo no hubo resistencia por su parte para poderse internar. Después la licenciada tomo el teléfono y programa una cita de emergencia para el médico psiquiatra consulta y autorización para la pareja de novios.

la licenciada les comento que ya saco ficha para la consulta con médico psiquiatra, que procedieran primero a la consulta. Después con la autorización pasaran a firmar el compromiso de internación y responsabilidad de un miembro familiar de cada uno de ellos, como les dije al principio deben cancelar una garantía de Bs. 1000 igualmente de cada uno en administración que se encuentra en el pasillo a la entrada, la internación por día es Bs. 90, esto cubre cama y alimentación, los medicamentos son aparte, pueden atraerlo ustedes o sacamos de la farmacia pero les cobrarían, bueno eso dependerá de ustedes. Después la enfermera les dará las indicaciones para los implementos de higiene y ropa. La familia muy agradecida con la licenciada, y mucho más tranquilos, salieron a realizar con lo instruido.



Después que se fueron, le pregunto a la licenciada si es la primera vez que consultan una pareja de novios en ese estado, acompañados con sus familiares, ella me respondió; *“Que muchos casos y peores vienen a consultar, pero siempre están acompañados de un familiar, sea su madre, padre, hermana, hermano, tíos, esposos o esposas, y hasta en algunos casos su jefe del trabajo o empresa, porque el verdadero familiar es que te quiere y hace todo posible para que salgas adelante y que estés bien, aunque te tengas que obligarlo en contra tu voluntad a venir a la consulta ”.*

En casos como este, me doy cuenta de la sequía de la juventud por unos rocíos de gotas de alcohol y drogas, a tal punto que el jardín de la familia no vuelve a ser la misma, después de la fría y amarga sequía de las drogodependencia (Diario de campo)

**FICHA DOCUMENTAL PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO ACADÉMICO**

| GRADO ACADÉMICO  |   |                      |                  |
|--|---|----------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Técnico Superior <input checked="" type="checkbox"/> <b>Licenciatura</b> <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado   |   |                      |                  |
| MODALIDAD DE TITULACIÓN  |   |                      |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tesis de Grado</b> <input type="checkbox"/> Proyecto de Grado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Trabajo Dirigido <input type="checkbox"/> Trabajo de Adscripción <input type="checkbox"/> Examen de Grado |   |                      |                  |
| <b>FACULTAD</b>  | FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  |                      |                  |
| <b>CARRERA</b>   | TRABAJO SOCIAL  | <b>ÁREA</b>          | FAMILIA Y SALUD  |
| <b>AUTOR(ES)</b>   | AP. PATERNO<br>SANCHEZ  | AP. MATERNO<br>LOPEZ | Nombres<br>Roger |
| <b>TUTOR(ES)</b>   | María Arratia Jimenez Ph.D. - Tutor Metodológico<br>Lic. Maria Esther Delgadillo Bazoalto - Tutor Temático (carrera de trabajo Social ) |                      |                  |
| <b>Fecha de defensa</b>  | Diciembre de 2021   |                      |                  |

| <u>TITULO</u>  |  |
|--|--|
| <b>EL ROL QUE CUMPLE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN CON PACIENTES FARMACODEPENDIENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAN JUAN DE DIOS”</b>  |  |
| <b>TITULO TRADUCIDO</b>  |  |
| <b>RESUMEN</b>   |  |
| <p>En la actualidad el consumo de drogas y alcohol ha aumentado hasta llegar a adicciones provocando conductas desadaptadas o muertes, según informes a nivel internacional fallecieron cerca de 450.000 personas por el consumo de drogas en todo el mundo (UNODC, 2017) . A nivel nacional se ha reportado una creciente en el consumo de alcohol y marihuana en la población de jóvenes y personas adultas. A nivel de Cochabamba se registraron 213 casos de consumo y microtráfico de drogas en Unidades Educativas públicas, fiscales, de convenio en los operativos de la policía.</p> <p>La aparición del consumo de drogas está asociada a la presencia de algunos factores, estos son los factores de riesgo que son condiciones que facilitan el consumo de drogas, pero también existen los factores de protección que son condiciones de prevención e intervención frente a las drogas, que hacen que sea más difícil que aparezca el consumo. Uno de los factores de protección es la familia y el rol que cumple está en el proceso de prevención e intervención.</p> <p>La presente investigación se realizó en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” en la unidad farmacodependientes que ofrece un programa terapéutico comunitario, para personas con problemas de adicción al alcohol y drogas, brindando tratamientos multidisciplinarios (médico, psicológico, educativo, social y espiritual) en donde involucran actividades de rehabilitación con participación de las familias de los pacientes con el propósito que el paciente mejore su calidad de vida y la de su entorno social.</p> |  |

Los objetivo de la tesis es: Analizar el rol de la familia en el proceso de rehabilitación de pacientes fármaco dependientes internados en el Instituto Psiquiátrico “San Juan de Dios” de la ciudad de Cochabamba, en la gestión 2019-2020. Los objetivos específicos son: a) analizar la composición y dinámica de los miembros de la familia de los pacientes drogodependientes, b) describir la situación socioeconómica de la familia de los pacientes drogodependientes, y c) indagar la participación y actividades que cumple la familia en el protocolo de atención a los pacientes drogodependientes

La metodología tiene un enfoque cualitativo con base etnográfica, que ha permitido describir y analizar los conocimientos, percepciones, actitudes y experiencias de los actores involucrados en el estudio. El método análisis de la “categorización abierta” que provee la Teoría Fundamentada, ha permitido identificar los principales conceptos emergentes de los discursos de los pacientes sobre su familia y su rol que cumplen en el proceso de tratamiento, apoyados por un equipo interdisciplinar de profesionales en salud mental del hospital.

Los resultados en nuestra investigación es la responsabilidad familiar, es una función que se manifiesta en comportamientos de carga afectiva, protección y cuidado con el familiar en estado de recuperación. En nuestro estudio, vemos que en el caso 3, Jhony nos relata: “Mi mamá es la que estaba responsable y como garante de mi persona en el psiquiátrico las dos veces que estuve internado. La primera estuve tres meses en la unidad de farmacodependientes y la segunda vez me internaron porque tuve una recaída a las pocas semanas que salí del psiquiátrico” (Entrev. 3, C. J.). Es evidente que la madre es la responsable y garante económica en las dos ocasiones de internación de su hijo en el hospital psiquiátrico, por lo tanto, la madre nunca dejo de cumplir la función de protección a su hijo, a pesar de la recaída pocas semanas después de haber concluido la primera internación. Ella continuó como responsable y estuvo a su lado en la segunda internación de su hijo, mostrando un amor incondicional maternal.

En el caso 2, el paciente Roberto estuvo internado tres veces, los padres fueron responsables de la primera internación, Roberto recuerda y comenta lo siguiente: “Desde que me internaron la primera vez, mi papá venia al psiquiátrico a verme, allí hablaba con el doctor. También mi mamita venia, me traía comida. No me abandonaron, a pesar de todo lo que pasamos”, “mi papá, pago mi tratamiento, claro Yo le trataba de volver pero no quería. Solo me decía que trabaje y que siga adelante” (Entrev. 2, C.R.). Podemos evidenciar mediante el discurso de Roberto que los padres estaban pendiente de su internación la primera vez, dando a entender la importancia del subsistema parental en su rol de protección y afecto hacia el paciente para una pronta recuperación, haciéndose cargo de los gastos económicos, visitándolo el hospital y hablando con los profesionales de salud para saber estado de salud y la

evolución de su tratamiento de su hijo. Por otro lado, la madre cumplía un rol más afectivo, expresado en el cuidado de la alimentación de Roberto, la madre llevaba comida cada vez que visitada a su hijo en la unidad de farmacodependientes, de esta forma, los padres nunca lo abandonaron.

Sin embargo, Roberto, después de 9 años de estar libre de las adicciones a las sustancias, que se puede catalogar como un logro del proceso de recuperación, por factores riesgos sociales y el fallecimiento de sus padres volvió a recaer muy severamente, motivo por el cual comenzó su segunda internación. En esta ocasión se responsabilizaron sus hermanos, es decir, el subsistema fraternal del paciente. Los hermanos lo visitaban y lo motivaban diciéndole: “tú puedes”, “saldrás de esta”. Roberto recuerda con mucha nostalgia, pero a la vez con felicidad el apoyo de sus hermanos, porque a pesar que fue internado más de una vez, no lo abandonaron. En especial su hermano mayor Raúl, como tal asumió la responsabilidad y se hizo se cargó como garante económico y responsable familiar en la segunda y tercera internación en la comunidad terapéutica. Raúl estuvo pendiente de las necesidades personales, medicación, exámenes o pruebas médicas que requería Roberto durante su internación en el psiquiátrico.

En el caso 1, la paciente Angy en su testimonio argumenta que los responsables económicos fueron ambos padres, su madre enviaba el dinero desde España, su padre recibía el dinero para cancelar los gastos a la institución psiquiatría, a pesar de la distancia su madre nunca perdió el contacto y la relación de madre a hija se fortaleció durante la internación. Aunque la paciente al principio pensaba que su familia la rechazaba, la veía como una “oveja negra”, que no tendría ninguna consideración de su familia, por ende, no tendría ayuda de ningún miembro familiar. Sin embargo, frente a la actitud de sus parientes se dio cuenta que estaba equivocada porque todos sus familiares expresaron su solidaridad en los momentos difíciles, dándole palabras de aliento, y haciéndose responsables de sus gastos en el psiquiátrico, de esta manera cumplieron los roles de protección y apoyo afectivo en su proceso de rehabilitación.

Las conclusiones en las actividades con el médico psiquiatra, los familiares cumplen el rol de coadyuvar en la terapia de los pacientes restableciendo una comunicación fluida, recuperando los lazos de afecto y confianza entre los miembros de la familia y el paciente. Por otra parte, los familiares coordinan con el equipo médico del área para responder a las necesidades de los pacientes en cuanto a estudios médicos, o la prolongación del tiempo de internación.

En el área de psicología las actividades son sesiones de orientación psicológica con pacientes y con sus familias donde se trabajan aspectos manejo de enojo y agresión, técnicas de relajación, de respiración profunda, manejo de emociones, técnicas de cambio de comportamientos, la cual tiene un efecto terapéutico en lo personal y familiar.

En el área espiritual y religiosa las actividades que participan los pacientes y familiares son parte del proceso de terapéutico, a través de la asistencia espiritual, charlas y oraciones para superar la situación que están pasando por la problemática de la drogodependencia, con objetivo de darles apoyo espiritual para que no pierdan la fe y la confianza en Dios.

En el área de trabajo social, las actividades y estrategias de intervención en los pacientes y sus familias son las siguientes:

En la consulta externa el profesional de trabajo social brinda la orientación necesaria a todas familiares y pacientes sobre el protocolo de internación con los requisitos más primordial, demostrando un trato humanitario a toda persona que venga a consulta externa sin distinción de clase sociales.

El profesional de trabajo social realiza un estudio de caso, primero entablando una conversación de confianza y empatía con el paciente, para luego realizar el diagnóstico social para identificar e interpretar de situaciones problemáticas o aspectos socio-familiar, a través una serie de técnicas e instrumentos de aplicación que permite la recolección de datos e información más relevante durante todo el estudio caso para luego planificar las estrategias de intervención individual y familiar

La educación social es un espacio terapéutico para familiares de los pacientes internados, a cargo de la trabajadora social, la cual inicia con una presentación personalizada, para que luego todos familiares pueden presentarse y entrar en un ambiente confianza, solidaridad y respeto entre todos. Los familiares cuentan sus experiencias vividas al grupo, y expresan lo que sienten en esos momentos, generando un efecto terapéutico conocido como catarsis.

La metáfora lingüística es una estrategia creativa que usa el profesional en trabajo social con los familiares que no saben leer y ni escribir que provienen de comunidades lejanas, para explicarles las causas y funcionamiento de la enfermedad mental diagnosticada al paciente en psiquiátrico, utilizando estas comparaciones de objetos que ellos conocen y palabras simples para hacer se entender, y en algunas ocasiones complementando con el idioma quechua para mejor comunicación o entendimiento con los familiares.

Otra estrategia creativa es la utilización de colores y dibujos para explicar a administración de medicación para su tratamiento de los pacientes en casa. Un claro ejemplo de aplicación de esta técnica en los familiares son las indicaciones en la administración antidepresivos que lo pinta de color rojo o dibuja un sol en el sobre, esto significa que este medicamento debe darle a medio día.

Recomendaciones en el enfoque terapéutico en los pacientes, no es solamente la responsabilidad del equipo multidisciplinario, nuestro estudio muestra que la participación de la familia juega un papel fundamental en la recuperación del paciente. La disciplina del trabajo social, desde el enfoque sistémico de intervención, tiene la función y la responsabilidad de trabajar principalmente con la familia como parte de la comunidad terapéutica, ya que los lazos familiares llegan ser un soporte fundamental para el paciente. Es por esa razón que en el psiquiátrico San Juan de Dios

se garantiza la presencia y el apoyo de la familia en el proceso de intervención interdisciplinario, con buenos resultados.

**PALABRAS CLAVES**

<ROL DE FAMILIA><REHABILITACION><FARMACODEPENDENCIA>  
<COMUNIDAD TERAPEUTICA><INSITITUTO PSIQUITRICO><DROGAS>  
<EDUCACION SOCIAL><DROGODEPENDIENTES><INTERNACION>  
<INTERVENCION FAMILIAR><EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO>

**LUGAR DONDE SE REALIZO EL PROYECTO:**

<UMSS COCHABAMBA BOLIVIA>

**SIGLAS**

Universidad Mayor de San Simón (UMSS)  
Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios (IPSJD)  
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

**E-MAIL DE CONTACTO** [roger99psicosocial@hotmail.es](mailto:roger99psicosocial@hotmail.es)

**PARA SER LLENADO POR LA DIRECCIÓN ACADÉMICA**

|                         |                   |                      |               |
|-------------------------|-------------------|----------------------|---------------|
| <b>Fecha de defensa</b> | Diciembre de 2021 | <b>Nº de páginas</b> | <b>174 p.</b> |
|-------------------------|-------------------|----------------------|---------------|

**PARA SER LLENADO POR LA BIBLIOTECA FACULTATIVA**

|                             |  |                              |  |
|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| <b>Código de biblioteca</b> |  | <b>Signatura topográfica</b> |  |
|-----------------------------|--|------------------------------|--|