



UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN

INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ACUERDO CIRE NÚM. 09/09 DEL 19 DE MAYO DE 2009

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8952-25

“DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TALLER PREVENTIVO PARA FORTALECER LA RESILIENCIA EN ADOLESCENTES QUE ESTÁN EN EL PROGRAMA PIBA”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ELSA GUADALUPE BARRIOS CRUZ

ASESOR
Lic. Miguel Ángel Aguilar Padilla

NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO, 25 DE ENERO DEL 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi madre y a mi esposo que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión. Gracias por el apoyo incondicional y la confianza que depositaron en mí. Y por enseñarme que la vida es un reto a vencer.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	4
CAPÍTULO ADOLESCENCIA	9
1.1 Definición de la Adolescencia.....	9
1.2. Aspectos que confirman la identidad.....	11
1.2.1. Autoconcepto.....	12
1.2.2. Autoestima.....	15
1.3. Factores de riesgo y Factores de protección en la adolescencia.....	15
1.4. Principales trastornos de salud mental en la adolescencia.....	21
1.4.1. Consumo de sustancias psicotrópicas.....	25
CAPITULO II DROGAS	28
2.1. Concepto de droga.....	28
2.2. Concepto de adicción.....	29
2.3. Función de una droga en el Sistema Nervioso Central.....	30
2.4. Proceso adictivo: Uso, Abuso Y Dependencia.....	32
2.5. Clasificación de las drogas.....	34
2.5.1. Drogas Legales.....	34
2.5.2. Drogas Ilegales.....	34
CAPÍTULO III INTERVENCIÓN: EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	37
3.1. Concepto de Intervención.....	37
3.2 Concepto de prevención de la enfermedad.....	37
3.2.1. Prevención Primaria.....	39
3.2.2. Prevención Secundaria.....	41
3.2.3. Prevención Terciaria. (Rehabilitación).....	42
3.3. Definición de prevención según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2 200943	
3.3.1. Universal.....	44
3.3.2. Selectiva.....	45
3.3.3. Indicada.....	46

CAPITULO IV TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	49
4. Fundamentos Históricos de la Terapia Conductual.....	49
4.1. Watson, Pavlov Y el Condicionamiento Clásico.....	50
4.2. Skinner y el Condicionamiento Operante.....	53
4.3. Terapia Conductual.....	56
4.4. Principales autores de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	58
4.4.1 Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva. (TRE).....	58
4.4.2. Aarón T. Beck y la Terapia Cognitiva.....	61
4.5. Técnicas de la Teoría Cognitivo Conductual.....	65
4.6. Programa de intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.....	69
CAPITULO V INVESTIGACIONES RELACIONADAS.....	78
5.1. Resiliencia en adolescentes Mexicanos.....	78
5.2. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo.....	79
5.3.- Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupo de discusión.....	81
Método.....	83
Enfoque del estudio.....	83
Alcance del estudio.....	83
Diseño de la investigación.....	83
Variables.....	84
Definiciones Conceptuales.....	84
Definición Operacional.....	85
Hipótesis.....	86
Muestra.....	88
Instrumento.....	89
Descripción del instrumento.....	89
Material.....	90
Procedimiento.....	92
Análisis estadístico descriptivo de la fase de pre-prueba.....	95
Análisis estadístico descriptivo de la fase de post-prueba.....	99
Análisis estadístico inferencial.....	103

Discusión y conclusiones	105
Limitantes y sugerencias.....	110
Referencias.....	112
Anexos.....	116

Resumen.

El trabajo tiene un enfoque de investigación de carácter cuantitativo, el diseño que se utilizó para la investigación es cuasiexperimental. El propósito de la investigación es fortalecer la resiliencia en los adolescentes. Para esto se aplicó un cuestionario a 15 jóvenes de entre 14 y 18 años. Fueron abordados en su contexto natural. La muestra fue tomada de un grupo intacto. El instrumento consta de 50 preguntas; que se aplicó en dos momentos diferentes. Una pre-prueba la cual en base a los datos obtenidos, se diseñó e implementó un taller, y posteriormente la post-prueba para valorar el impacto de la intervención. Las conclusiones de la investigación reflejan que la intervención fortaleció con éxito los factores de protección en los adolescentes.

Palabras claves: Drogadicción - Prevención - Adolescencia - Factores de Protección - Resiliencia

ABSTRACT

The work has a research focus of quantitative character, the design that was used for the research is quasi-xperimental. The purpose of the research is to strengthen resilience in adolescents. For this, a questionnaire was applied to 15 young people between 14 and 18 years old. They were addressed in their natural context. The sample was taken from an intact group. The instrument consists of 50 questions; Which was applied at two different times. A pre-test which, based on the data obtained, was designed and implemented a workshop, and later the post-test to assess the impact of the intervention. The findings of the research reflect that intervention successfully strengthened protection factors in adolescents.

Keywords: Drug addiction - Prevention - Adolescence - Factors of Protection - Resilience

Introducción.

El trabajo que se presenta es el resultado de una investigación realizada en torno a mejorar la resiliencia en los adolescentes; en el acercamiento que se tuvo en el plantel de Centro Atención Primaria a las Adicciones se observó que el incremento de adolescentes con problemas de adicción es alarmante, el impacto que esto tiene en la sociedad es una situación que no se le debe restar importancia.

La adolescencia es una etapa de muchos cambios en la vida del individuo, los cambios no solo son físicos, sino que también, cognitivos, biológicos y sociales. En esta etapa los jóvenes son vulnerables y fáciles de inducir a tener actividades inadecuadas o de alto riesgo, conductas como relaciones sexuales sin protección, una percepción inadecuada de sí mismos, dificultad de integración en su entorno social, y conflictos con las figuras de autoridad, así como el deseo de experimentar el consumo de drogas.

Los Centro de Atención Primaria a las Adicciones están situados estratégicamente en comunidades donde se identifican altos consumos de las diversas drogas, zonas de alto riesgo, comunidades de bajos recursos y alta demanda de venta de drogas.

Los programas de intervención para tratar los problemas de adicción ayudan al usuario a identificar su problema, establecer metas de largo y corto plazo y posteriormente llevar un registro del consumo, y así de este modo iniciar con el cumplimiento de las metas; que en su defecto es la disminución del consumo o erradicar definitivamente el consumo.

Sin embargo no es suficiente esta intervención, ya que el uso y consumo de drogas se relaciona con aspectos económicos, sociales, culturales y aspectos de alto riesgo. Es por estas razones que el usuario inicia su tratamiento y en algunas ocasiones presenta recaídas en su intervención o tiempo después de haber terminado su tratamiento, ya que el joven no tiene los recurso necesarios para tener un buen mantenimiento de la nueva conducta de no consumo.

Identificada esta situación se consideró importante realizar un trabajo más profundo con los jóvenes, fortaleciendo sus habilidades de resiliencia que pudiesen utilizar no

solo en situaciones relacionadas al consumo de drogas sino que también en las distintas experiencias a lo largo de su vida.

Las preguntas en torno a ¿Cómo poder ayudar a los jóvenes?, ¿Cuáles serían las alternativas más viables y oportunas?, fueron encaminando la investigación, a un tema importante y clave que ayudó de este modo a realizar una intervención completa. Se trabajó en el diseño, elaboración e implementación de un taller, además de la evaluación en dos tiempos diferentes para identificar si el taller tendría el impacto esperado.

Ya que el diseño, e implementación del taller ayudará a los jóvenes a fortalecer la resiliencia, a mejorar sus habilidades de solución de problemas otorgándoles la habilidad para sobreponerse ante situaciones que les generen estrés y puedan evitar recaer en el consumo de drogas.

Los contenidos del marco teórico que fundamentan esta investigación son los siguientes:

Capítulo I: Adolescencia

Capítulo II: Drogadicción

Capítulo III: Intervención en psicología clínica

Capítulo IV: Teoría cognitivo conductual

Capítulo V: Investigaciones relacionadas.

Planteamiento del problema

En la actualidad las drogas son un gran problema que perturba el desarrollo biopsicosocial del individuo y contribuye a la delincuencia juvenil, violencia intrafamiliar y a la desintegración de la familia.

El crecimiento del consumo de sustancias tóxicas está siendo muy elevado, y un segmento de la población que se ve afectada es la de los adolescentes, quizá porque el proceso de desarrollo en el que se encuentran es difícil, y por lo regular tienden a ser más vulnerables

Esta problemática se ha vivido desde hace algunos años pero en la actualidad ha ganado terreno con individuos que están en la transición de niños a adultos.

Es por eso que existe el Centro de Atención Primaria contra las Adicciones CAPA, el cual ofrece a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones que contemple desde la prevención del consumo de sustancias con potencial adictivo y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio, accesible y de calidad. Se otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad, consumidores experimentales y sus familias, para evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia.

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA), es uno de los servicios de intervención Breve que ofrece CAPA; se constituye de 5 etapas básicas para su desarrollo, en términos generales se determinan de la siguiente manera; Detección de casos, Evaluación, Inducción al tratamiento, Tratamiento (consta de 5 sesiones) y Seguimiento (después de 6 meses). (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2009)

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) tiene como objetivo reducir y/o eliminar el consumo de sustancias psicotrópicas.

Al revisar la literatura del PIBA y tener un acercamiento con personal especializado de CAPA donde él habla de su experiencia con el programa; se llegó al análisis de que el programa tiene algunas limitaciones, dado que después de la última etapa que es el seguimiento, se da de alta al paciente. Es ahí donde el programa PIBA no orienta y prepara al adolescente para enfrentar los factores de riesgo y no fortalece los factores de protección que el adolescente necesita para no incurrir nuevamente en el uso/abuso de las drogas.

La investigación pretende brindar una solución que resulte eficaz, enriqueciendo al programa de intervención con un taller preventivo, en el cual se tratarán temas como; manejo de emociones, donde el adolescente aprenderá a reconocer las emociones, darle un nombre a lo que siente y regular las emociones. Se hablará sobre el tema de redes de apoyo, el cual pretende reconocer quién es una red de apoyo y fortalecer el vínculo con él mismo. El tema de la comunicación es un tema esencial que se impartirá en el taller, donde los adolescentes serán capaces de reconocer cómo se comunican y mejorar la calidad de comunicación con sus redes de apoyo y familiares. Además de que también se intervendrá el tema de toma de decisiones, con el objetivo de que el adolescente identifique las alternativas viables, que le resulten satisfactorias para la resolución del problema.

Los beneficios que se esperan con el taller, es ayudar a los jóvenes con situaciones que usualmente viven y no saben cómo afrontar, fortaleciendo sus conocimientos y alternativas que pueden tener, para que las situaciones a las que estén expuestos no los hagan vulnerables, y se conviertan en factores de riesgo. Por otra parte, se pretende que con los temas presentados a los adolescentes se fortalezcan sus herramientas y estén preparados; convirtiendo esas herramientas en sus factores de protección y puedan enfrentar diferentes situaciones. Es por eso que se debe trabajar en la resiliencia de los jóvenes.

¿Fortalecerán los adolescentes de 14 a 18 años de edad que están en el PIBA de CAPA Héroes de Granaditas sus factores de protección a través de un taller preventivo?

Preguntas de Investigación.

1. ¿La aplicación del cuestionario de Resiliencia (Fuerza y seguridad personal) cumplirá la función de evaluación, para identificar el nivel de resiliencia que tiene el adolescente?
2. ¿El diseño y la implementación del taller cumplirá su objetivo en relación al número de sesiones y los temas que se abordan, así como el tiempo asignado a cada sesión?
3. ¿El diseño, elaboración e implementación del taller mejorarán la resiliencia de los adolescentes que están en el programa de PIBA?
4. ¿Hubo un cambio significativo en los factores de protección?
 - Seguridad personal.
 - Autoestima.
 - Afiliación.
 - Altruismo.
 - Familia.
 - Baja autoestima.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Diseñar, implementar y evaluar un taller para los adolescentes que se encuentran en el PIBA en UNEME CAPA Héroes de Granaditas. El taller pretende promover y fortalecer factores de protección a nivel individual en los adolescentes (Seguridad Personal, Autoestima, Afiliación, Altruismo, Familia, Baja autoestima) a fin de que sean empleadas como estrategias o habilidades de vida. Por tanto se fomentará el desarrollo de un estilo de vida más saludable en los adolescentes.

Objetivos particulares.

- Aplicar el instrumento que es, Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) desarrollado por González Arratia, Valdez, y Zavala (2008). Para medir resiliencia (Factores de protección) previo a la intervención.
- Diseñar el taller preventivo, el cual tiene como intención incrementar los factores de protección.
- Implementar el taller preventivo.
- Aplicar el instrumento nuevamente el cual será el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) desarrollado por González Arratia et al. (2008). Para medir resiliencia (Factores de protección) posterior a la intervención.). Con el propósito de identificar si la intervención cumple con el objetivo general.
- Fortalecer los factores de protección en los adolescentes.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

CAPÍTULO ADOLESCENCIA

1.1 Definición de la Adolescencia

La adolescencia es un proceso natural por el cual cada uno de los individuos pasa. La United Nations Children's Fund [UNICEF] 2015 define que La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Esta etapa en el ser humano tiene varias características de cambio, la principal y la más visible es que los jóvenes adquieren el aspecto físico de un adulto, ya que los cambios en el hombre se caracterizan por: agrandamiento de los genitales, aparición de vello facial, axilar, púbico y cambio en la voz; por otra parte el cambio en la mujer se caracteriza por: aparición de vello púbico, axilar, las mamas crecen y se destacan los pezones, los genitales se engruesan y las caderas se hacen amplias. Estos cambios hacen referencia a los órganos sexuales secundarios, mientras que los cambios en los órganos sexuales primarios en las mujeres, son el pleno desarrollo de la vagina y el útero y en los hombres se caracteriza por el agrandamiento de la glándula de próstata y las vesículas seminales.

Sin embargo no es el único cambio por el cual pasan los jóvenes, otro cambio es la pubertad, aunque ésta llega antes que la adolescencia, así lo destacan algunos autores, viene a formar parte de la transición de la adolescencia “La pubertad es un proceso mediante el cual la persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse” (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009 p. 461). La pubertad llega con la menarquia, que es el primer sangrado vaginal en las mujeres y la espermarquia en los hombres, que refiere a la primera eyaculación.

En esta transición el niño deja de tener ese aspecto, hasta que finalmente alcanza la imagen adulta. Un aspecto de esta transformación es la racha del crecimiento adolescente, un periodo de crecimiento muy rápido en estatura y peso. Los varones crecen un promedio de 10.5 y las chicas 8.9 centímetros por año. Algunos crecen hasta 12.7 cm en un solo año” (Tanner, 1972 citado en Feldman, 2007).

Otra definición que se considerará para esta investigación es que “El paso de la niñez a la adultez no se distingue por un único suceso, sino por un largo periodo conocido como **adolescencia**, transición del desarrollo implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales, y adopta distintas formas en diferentes escenarios socioculturales y económicos” (Papalia, Duskin y Martorell, 2012 p.354).

Por su puesto que la adolescencia es un cúmulo de varios procesos que denotan el crecimiento en distintas áreas del ser humano, como anteriormente se argumentó el proceso de desarrollo es físico pero también es cognitivo, y aunque este cambio a simple vista no se percibe, está ahí; este cambio viene a revolucionar la perspectiva del pensamiento en el individuo.

Los adolescentes, no solo piensan y hablan de manera diferente a los niños, sino que, la velocidad con que procesan la información es más rápida y va en aumento. Según los estadios de Jean Piaget los niños se encuentran en el estadio de operaciones concretas, cuando estos sujetos llegan a la adolescencia, por lo regular alrededor de los 11 años esto cambia, y el adolescente entra en lo que Piaget denominó el nivel más alto de desarrollo cognitivo que es el estadio de operaciones formales o abstractas.

En el estadio de operaciones formales los sujetos empiezan a perfeccionar la capacidad de pensamiento abstracto. Ya no están restringidos al aquí y ahora, sino que pueden entender el tiempo histórico y el espacio. Logran utilizar símbolos para representar otros símbolos y por consiguiente pueden aprender algebra y cálculo. Pueden apreciar mejor las metáforas y alegorías y por ende encuentran más

significados en la literatura. Pueden pensar en términos de lo que *podría ser* y no solo de lo que *es*. Consiguen imaginar posibilidades y formar y probar hipótesis (Papalia, et al. 2012).

El cambio cognitivo que implica este desarrollo es un proceso de cambios paulatinos, que el individuo experimenta en la adolescencia. Estos permiten que el adolescente pueda cuestionar su existencia, ¿El por qué? y ¿Para qué está destinado? Incluso cuestionar el por qué del universo, estas preguntas filosóficas conllevan un análisis de una realidad, una realidad que para él no precisamente es tangible. En esta etapa los jóvenes no solo pueden hacer análisis filosóficos sino que también son capaces de abstraer, sintetizar y analizar la información, además de que tienen la capacidad para realizar hipótesis y deducir.

El ingreso de los adolescentes en esta nueva etapa, tiene implicaciones muy importantes en el desarrollo cognitivo y evolutivo del ser humano, ya que a partir de esta línea el sujeto adquiere nuevas habilidades de pensamiento que le permitirán desarrollar capacidades importantes en su vida adulta.

Algunos autores mencionan que esta etapa era una fase de tormento y estrés, sin embargo es una etapa de crecimiento y descubrimiento, donde los jóvenes aprenden a interactuar en su contexto social y adaptarse a los nuevos requerimientos que le exige el mundo.

1.2. Aspectos que confirman la identidad.

Los jóvenes empiezan a tener un aspecto físico diferente al de los niños y además empiezan a pensar diferente, es por eso que llegan a un punto donde hacen preguntas. ¿Cómo soy? ¿Qué tipo de persona soy?, ¿Quién soy yo en el mundo? Y no es para menos, debido a que se encuentran en un punto intermedio; entre ser niños y ser adultos.

¿Quién soy?

Cuando los sujetos todavía son niños y se les pregunta cómo se definirían, ellos dan como respuestas características físicas, en función de las actividades que realizan o se definen por sus posesiones, por ejemplo, “estoy muy alto” o “tengo un play

station”, “juego futbol” etc. Sin embargo cuando son adolescentes ellos dan una respuesta diferente ante dicha pregunta; ellos responden en base a lo que perciben de sí mismos y de lo que ellos creen que los demás dirían de ellos mismos, con el siguiente ejemplo se entiende más claramente:

Soy una persona divertida, graciosa, aunque mis compañeros de clase dirían que soy tímida y reservada.

El adolescente se identifica y se percibe a sí mismo, pero también reconoce cómo su entorno social lo ve, y a partir de esta visión forma un propio concepto de sí mismo.

Además de que los adolescentes se definen con términos menos tangibles que los infantes, los términos abstractos que pueden utilizar son: alegre, ansiosa, sensible, sociable, etc. Estos sujetos están formando su identidad por lo tanto el Autoconcepto y la Autoestima forman parte importante en el desarrollo de cómo se concebirán en un futuro.

1.2.1. Autoconcepto.

La definición de autoconcepto es la siguiente:

“Representación de una realidad multidimensional en las que unas dimensiones adquieren más valor que otras. Está organizado según unos esquemas que actúan como mecanismos selectivos de la información. El concepto que tenemos de nosotros mismos proviene de la interacción social con los otros. Aun así, la correlación existente entre el concepto que tenemos de nosotros mismos y el concepto que tienen los demás sobre nosotros es realmente débil. Esto debido a que existe una distorsión sistémica de la evaluación que los otros hacen de nosotros. La necesidad de asegurar su integración social puede llevar al sujeto a presentaciones de su imagen que le conduzcan a pautas de comportamiento no saludables” (Consuegra, 2010 p.31)

Como lo definió el autor, nuestro autoconcepto proviene de lo que nosotros mismos percibimos, pero también y de forma muy importante, lo que nos aporta nuestro entorno social. En medida de esto depende la valoración que el individuo se da. Si el sujeto se define de manera positiva, pero su entorno social más cercano (pares, familia) lo definen de manera negativa, el adolescente tiene un concepto de su persona quizá poco valorado. Sin embargo no siempre es así, en algunas ocasiones los adolescentes no son tan vulnerables con los comentarios de su entorno, y forman un concepto de su persona de manera sana.

¿Me agrado?

Es importante como nos definimos como personas pero también es significativo como nos sentimos con esa definición que damos de nosotros mismos, la pregunta sería ¿Qué es lo que les gusta de sí mismos?

Para Feldman (2007)

“Saber quién eres y que te agrade son dos cosas diferentes. Aunque los adolescentes son cada vez más precisos en la comprensión de quiénes son (su autoconcepto), eso no garantiza que se agraden (su autoestima). En efecto, su precisión les permite conocerse plenamente, con todos sus defectos. Sus percepciones los llevan a desarrollar un sentido de autoestima” (p.425).

Los jóvenes se enfrentan a una nueva lucha, sujetos que su mente y cuerpo cambian constantemente en este periodo, viven día a día un crecimiento. Los cambios que la pubertad ha dejado a su paso, marcan la forma en cómo ellos se perciben y el afecto que tienen de su nueva imagen.

La autoestima tiene que ver con cómo el sujeto se ve y se evalúa. Cuando hablamos de la adolescencia, hablamos de jóvenes que tienden a juzgar de manera muy dura y cuando se habla de hacer una valoración de su persona, destacan sus defectos y minimizan las habilidades que ellos tienen.

Un elemento importante a destacar es que los medios masivos de comunicación marcan un estéreo tipo, el cual tiene muchas exigencias, el adolescente se ve bombardeado con mucha información de cómo debería ser físicamente y emocionalmente, esto genera en el adolescente estrés y angustia, por no poder cumplir con los cánones de belleza que establece la sociedad, generan un impacto tan importante, que ellos no valorizan las cualidades y virtudes que poseen, y por el contrario viven queriendo ser como alguna otra persona perdiendo y desvalorizando su propio ser.

El autoconcepto y la autoestima son elementos importantes para la estructura de la identidad, Erikson fue un teórico que realizó trabajos de la juventud y la adultez, él nos dice que:

La formación de la identidad suele ser un proceso prolongado y complejo de *autodefinición*. Este proceso ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo; crea una estructura que le permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida; y concilia sus inclinaciones y talentos con roles anteriores provenientes de los padres, los compañeros o la sociedad. La formación de la identidad ayuda además al adolescente a conocer su posición con respecto a los otros, y con ello sienta las bases de las comparaciones sociales. Por último, el sentido de identidad contribuye a dar le dirección, propósito y significado a la vida. (Erikson, 1968 citado en Craig & Baucum, 2009)

En el desarrollo de la identidad, los jóvenes empiezan a identificar a sus diferentes dimensiones del yo, es decir; la forma en cómo se comportan, cómo se perciben y cómo creen que los perciben los demás, en cada uno de los contextos (familia, escuela y sociedad) y con cada uno de los roles (hijo, novio, alumno, compañero). En esta lucha por encontrar a su verdadero yo, el adolescente puede tener conflicto, y no poder distinguir entre su yo real y su yo ideal. El yo real, engloba las características y habilidades que posee el joven, a diferencia del yo ideal, del cual se

desprende en yo posible; que es una tendencia a idealizar un futuro. Sin embargo esa idealización de un yo, puede ser en relación, a la forma en que el adolescente quiere verse o cómo no quiere verse en un futuro. El joven comienza a elaborar críticas de su yo, y empieza a comprenderse a sí mismo, e identifica la importancia de su rol en la sociedad.

El sujeto define quién es, se da un valor como individuo y es capaz de reconocer qué papel juega en su sistema social.

1.2.2. Autoestima.

“Se define generalmente como la evaluación global del valor que cada individuo tiene de sí mismo; es decir, el grado de satisfacción personal . Este valor que nos damos a nosotros mismos; está de acuerdo con la manera en que nos percibimos, la forma en que pensamos sobre nuestra persona y en nuestra conducta general como seres humanos” (Díaz-Barriga, Gómez, Sánchez, Cortés, Cruz, Martínez & Martínez, 2006, p.46).

1.3. Factores de riesgo y Factores de protección en la adolescencia.

Se ha descrito el transcurso del desarrollo de la adolescencia y sus cambios físicos, cognitivos y sociales, de igual manera se ha observado cómo ha cambiado paulatinamente el niño en su proceso de transformación a la etapa adulta.

Se ha identificado que el sujeto se integra a su medio biopsicosocial de manera adaptativa y que su forma de percibir al mundo ha cambiado, o al menos está en ese paso hacia la madurez. Sin embargo el adolescente no ha terminado su proceso de maduración y es todavía vulnerable ante situaciones que surgen en su entorno.

Es importante dar énfasis en que la adolescencia trae consigo factores que pueden influir de manera positiva o negativa en los jóvenes, y esto marcaría el desarrollo y conductas futuras del mismo. Hay factores de riesgo y factores de protección en el periodo de la adolescencia.

De acuerdo a Ángeles (2011)

“En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica”. (p. 87)

Anteriormente se ha hablado de autopercepción y de la importancia de que ésta se haya percibido favorablemente, los adolescentes que tienen una percepción de sí mismos agradable, les favorece en gran medida a sobre llevar las adversidades que se presenten en la vida. Una autoestima positiva brindará al adolescente seguridad para poder insertarse en su grupo de pares adaptativamente disminuyendo el peligro de que tengan conductas de riesgo para intentar ser aprobados por su grupo de amigos.

Los factores de protección se clasifican en; factores personales y factores familiares e interpersonales.

Podremos encontrar que los factores personales que protegen a los adolescentes de conductas de alto riesgo son las siguientes:

- Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia)
- Tener una buena capacidad para comunicarse.
- Tener proyectos personales y sociales.
- Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida.
- Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones.
- Tener la capacidad de resolución de problemas.
- Ser asertivo y resiliente.
- Identificar, nombrar y regular las emociones.

En la adolescencia los jóvenes tienen diversos temas de interés, como por ejemplo el deporte, practicar actividades recreativas; lo cual genera en ellos sentido de competición y mantienen sus tiempos en actividades positivas que les ayudará a tener una relación de convivencia con compañeros que tienen intereses en común, y de este modo los jóvenes empiezan a hacer una discriminación para elegir pares con cualidades e ideologías similares.

En la adolescencia es muy importante el manejo de los tiempos libres, ya que los adolescentes que no asisten a la escuela, o que no realizan actividades artísticas, deportivas o recreativas. Pueden tener comportamientos inadecuados o delictivos.

Los padres son los pilares más importantes que influye en el comportamiento de los hijos, la forma en cómo los padres podrían ayudar a sus hijos es, comunicándose con ellos asertivamente, respetando sus ideas, reconociendo sus logros, y manifestando verbalmente y con afecto su amor.

Los factores de protección familiar e interpersonal son los siguientes:

- Grupo familiar estable, con la capacidad para resolver los conflictos que se presentan.
- Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.
- La disciplina familiar debe ser consistente, flexible.
- Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo.
- Existencia de una red social de apoyo.
- Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, culturales, etc.)
- Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua.

Un *factor de riesgo* es una característica (personal, familiar, grupal o social) cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno. Un factor de riesgo vendría a ser una característica que permite predecir el desarrollo de la conducta problema; una variable que, en alguna

medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad (Bermúdez, Sagarduy & Ybarra, s/f citados en Benítez, 2010).

Los chicos están expuestos ante situaciones de riesgo en la vida, la adolescencia como tal es un primer factor, ya que, se encuentran en un periodo de cambios muy importantes; cognitivos y sociales, buscan respuestas, buscan su identidad para poder formar posteriormente su personalidad. Su carácter se está moldeando contantemente con el cúmulo de experiencias que han vivido a su corta edad. Son maleables e influenciables y esto puede llevarlos a tener conductas de alto riesgo.

Los factores de riesgo personales son:

- Baja autoestima.
- Bajo nivel de resiliencia.
- Escasa tolerancia a la frustración
- Dificultades de comunicación con padres y profesores
- Bajo rendimiento escolar.
- Rebeldía que se podría definir como poca dificultad para aceptar la autoridad.

Los padres en este momento de la adolescencia pasan a tomar una posición de represores, lo que puede ocasionar una fractura en la relación familiar padres-hijo. Los jóvenes se pueden llegar a sentir invadidos y en un sentido figurado hasta asfixiados, o que les llevaría a pensar que tienen más comprensión por parte de sus amigos.

Los factores de riesgo familiares se caracterizan por:

- Inestabilidad o desintegración familiar
- Maltrato físico o sexual
- Violencia en el grupo familiar
- Dificultad en la integración de contacto y expresión de afecto.
- Presencia de familia que tiene conductas de abuso o adicción a sustancias.
- Falta de normas y límites en el hogar.
- Estilo de crianza autoritario o permisivo.

- Violencia intrafamiliar.

En esta edad la influencia de los pares es muy importante y los amigos toman un terreno con valor similar al de los padres; viven una lucha de poder y buscan constantemente ser aceptados e integrados en el grupo, lo que les empuja a hacer cosas que no harían por ellos mismos.

Para Santrock (2004)

Muchos estudios han constatado que factores como la pobreza, una educación paterna inadecuada y los trastornos mentales de los padres *predicen* los problemas adolescentes. Los predictores de problemas se denominan *factores de riesgo*. La expresión «factor de riesgo» significa que en los grupos de personas que presentan determinadas características existen muchas probabilidades de que se presente un determinado problema. A los niños que poseen muchos factores de riesgo se les conoce como niños «de alto riesgo», pero eso no significa que todos ellos vayan a desarrollar problemas. (p.378)

Los factores de riesgo sociales son:

- Dificultades de integración al grupo de pares.
- Grupo de amigos consumidores.

Estas conductas de alto riesgo pueden desencadenar psicopatologías como trastornos alimenticios y trastornos adictivos.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Biología/Genética

Factores de riesgo: Antecedentes familiares de alcoholismo.

Factores de protección: Gran inteligencia.

Ambiente Social

Factores de riesgo: Pobreza, Anomia normativa, Desigualdad racial

Factores de protección: Escuelas de calidad, Cohesión de la familia, Recursos del barrio, Adultos responsables.

Ambiente Percibido

Factores de riesgo: Modelos de conducta desviada, Conflicto normativo entre progenitores y amigos.

Factores de Protección: Modelos de conducta convencional, Controles estrictos sobre la conducta desviada.

Personalidad

Factores de riesgo: Percepción de pocas oportunidades vitales, Baja autoestima, Propensión a correr riesgos.

Factores de protección: Valoración del aprovechamiento académico, Valoración de la salud

Conducta concreta

Factores de riesgo: Problemas de alcoholismo, Trabajo escolar deficiente,

Factores de protección: Asistencia a la iglesia, Participación en la escuela y clubes de voluntarios

CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta y estilos de vida de riesgos del adolescente

Problemas de conducta, consumo de sustancias ilícitas, delincuencia, conducir en estado de ebriedad, conductas relacionadas con la salud, alimentación poco sana, tabaquismo, vida sedentaria, no usar el cinturón de seguridad, conducta escolar, haraganería, deserción escolar, uso de drogas en la escuela.

Resultados riesgosos

Resultados que ponen en peligro la salud/vida

Salud: enfermedad/afecciones, mala condición física.

Roles sociales: fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales, procreación temprana. Desarrollo personal: autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio.

Preparación para la adultez: escasas habilidades laborales, propensión al desempleo, falta de motivación.

(Craig & Baucum, 2009)

1.4. Principales trastornos de salud mental en la adolescencia.

Los jóvenes que viven en situaciones de vulnerabilidad, son adolescentes con alto riesgo de desencadenar patologías.

La familia es un elemento importante y esencial para el desarrollo y crecimiento del individuo, es por eso que es muy importante que la familia tenga una estructura estabilizada; donde los padres brinden un hogar cálido, se enseñen valores y haya un respeto principalmente entre cada uno de los miembros que la integran.

Para Santrock (2004) “los factores de protección y la resiliencia en cada uno de los adolescentes, no siempre es satisfactoria, algunos jóvenes se encuentran en entornos marginales y de alto riesgo, situaciones de pobreza extrema violencia intrafamiliar, abuso psicológico, físico y/o sexual, además de desintegración familiar; estos factores pueden dejar a su paso jóvenes con conductas antisociales, involucrados en vandalismo; además de que se pueden desarrollar patologías”. (p.457)

“Algunas psicopatologías que se pueden presentar en la adolescencia son: los trastornos alimenticios y trastornos de consumo de sustancias psicotrópicas. Los

trastornos alimenticios se clasifican en: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad”. (Santrock, 2004 p.457)

La Anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio el cual se caracteriza por dejar de comer.

“La **anorexia nerviosa** es un trastorno que típicamente comienza en la adolescencia y que se caracteriza por una preocupación obsesiva por estar delgado. Existen dos tipos de anorexia. Una se caracteriza por la inanición autoimpuesta, que a menudo se acompaña de ejercicios compulsivos y excesivos. El otro tipo se caracteriza por atracones de comida, conducta purgativa o ambos”. (Papalia et al., 2012 p.365)

Como se mencionaba anteriormente las adolescentes son vulnerables en este proceso del desarrollo, los estereotipos son tan marcados y tan severos, que las chicas son impactadas con imágenes de mujeres esbeltas y estilizadas. Las chicas al no estar satisfechas con su imagen, crean una distorsión en su cerebro; al verse al espejo, ven una imagen reflejada de una chica gorda, y en la realidad son jóvenes delgadas. La insatisfacción que les provoca ver su cuerpo robusto (aunque esto solo es una percepción errónea de su imagen) puede dar lugar a esfuerzos obsesivos por controlar el peso. Empiezan haciendo dietas, fijándose como meta tener un peso ideal el cual estaría por debajo de los estándares de salud.

“Existen dos tipos de anorexia. Una se caracteriza por la inanición autoimpuesta, que a menudo se acompaña de ejercicios compulsivos y excesivos. El otro tipo se caracteriza por atracones de comida, conducta purgativa o ambos”. (Papalia et al., 2009 p.475)

Este trastorno no solo lo padecen las mujeres, también un porcentaje de hombres se ve afectado. Y aunque son menos los casos, los síntomas son los mismos y el impacto que provoca es igual de devastador para los dos géneros. Estos sujetos no dejan de comer, pero constantemente piensan en cuáles son los alimentos

permitidos que deben ingerir para no estar gordos, y es ahí donde está su psicopatología: el deseo constante de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.

Bulimia nerviosa

Según el DSM- IV (1995)

“La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

A diferencia de la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa no se presenta ausencia de hambre. Ya que este trastorno se muestran periodos de atracones de alimento y posteriormente la presencia de culpa, lo cual estimula a desechar del cuerpo todas las calorías consumidas, con ayuda de altas cantidades de laxantes y ocasionándose el vómito”.

En el siguiente cuadro se observan los factores de riesgo que se le atribuyen al desarrollo de la psicopatología.

Trastornos alimentarios: factores de riesgo y síntomas	
<p>FACTORES DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptar las actitudes de la sociedad acerca de la delgadez • Ser perfeccionista • Ser mujer • Haber experimentado ansiedad en la niñez • Sentir mayor preocupación o prestar más atención al peso y forma • Haber sufrido problemas alimentarios y gastrointestinales en la niñez temprana • Tener una historia familiar de adicciones o trastornos alimentarios • Tener padres preocupados por el peso y la pérdida de peso • Tener una imagen negativa de sí mismo 	
<p>SINTOMAS</p>	
<p>Anorexia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso inapropiado de laxantes, enemas o diuréticos en un 	<p>Bulimia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de laxantes, diuréticos o enemas para evitar el aumento

<p>esfuerzo por perder peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atracones. • Ir al baño justo después de las comidas. • Ejercicio compulsivo. • Restringir la cantidad de alimentos ingeridos. • Cortar la comida en pedacitos. • Caries dentales por el vómito autoinducido. • Pensamiento lento y confuso. • Piel con manchas o amarillentas. • Depresión • Boca seca. • Sensibilidad extrema al frío. • Cabello delgado. • Baja presión sanguínea. • Ausencia de menstruación. • Mala memoria o juicio inadecuado. • Pérdida significativa de peso. • Pérdida excesiva de músculo y grasa corporal. 	<p>de peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atracones. • Ir al baño justo después de las comidas. • Pesarse con frecuencia. • Vómito autoinducido. • Conducta de logro excesiva. • Caries dentales por el vómito autoinducido.
---	---

La obesidad

Es uno de los tres trastornos de la conducta alimentaria es la obesidad, la cual es el polo opuesto a la anorexia y bulimia nerviosa, sin embargo no deja de tener un impacto nocivo para la salud.

La obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y 30% en los hombres (Belloch et al. 2008 p. 412)

1.4.1. Consumo de sustancias psicotrópicas.

Ya se habló aunque de manera breve de algunas psicopatologías que se pueden desarrollar en la adolescencia, ahora toca el turno a uno de los temas central de esta investigación, que es el consumo de drogas en la adolescencia.

Los factores de riesgo en la adolescencia son proclives a desencadenar adicción a las drogas. El consumo de drogas empieza en la adolescencia con la experimentación, los chicos sienten curiosidad por experimentar qué es lo que provoca en su cuerpo el consumo de sustancias psicotrópicas. Su primer acercamiento es con el tabaco y el alcohol.

El acercamiento también puede ser por la presión que ejerce el grupo, debido a que “Los niños son más susceptibles a la presión para ajustarse durante la preadolescencia, y menos durante la adolescencia” (Constanzo & Shaw, 1996 citado por Sandoval, 2012). De esta manera el sujeto siente la necesidad de consumir para sentirse integrado.

Los chicos buscan consumir drogas con fin de integración y adaptación, sin embargo es muy grande el costo que se paga y al final pasa de ser adaptación a desadaptación social.

Para Santrock (2004)

“Las personas se sienten atraídas por las drogas porque estas sustancias les ayudan a adaptarse a un ambiente cambiante. Fumar, beber y consumir otras drogas son comportamientos que reducen las tensiones y la sensación de frustración; mitigan el aburrimiento y la fatiga; y en algunos casos ayudan a evadirse de la dura realidad. Las drogas proporcionan placer induciendo una sensación de paz interior, alegría, relajación, percepciones caleidoscópicas, oleadas de euforia o una sensación prolongada de vigor y energía” (p. 380).

Los jóvenes viven día a día una lucha contra sí mismos, contra sus problemas y lidian con las emociones que estos les producen. Vivir en un ambiente familiar hostil y violento seguramente será factor que desencadene conductas de alarma ante el consumo de drogas en los adolescentes. Como bien lo menciona Santrock (2004) el consumo de sustancias psicotrópicas en los sujetos puede ser un mecanismo de defensa para escapar de su realidad tormentosa y su poca capacidad resiliente. Es por eso que es importante enseñar a los niños desde edades muy tempranas a manejar sus emociones y a regularlas, además como padres y familiares contribuir en la enseñanza de resolución de problemas, para que en la adolescencia tengan mejores habilidades de confrontamiento ante los factores de riesgo.

En este capítulo se abordó la adolescencia y el consumo de sustancias psicotrópicas, los factores que son más proclives a tener conductas de riesgo, y el impacto que genera el consumo de drogas, En el siguiente capítulo se hablará acerca del impacto de las drogas en el cerebro, así como la adicción y los tipos de drogas según su clasificación.

CAPÍTULO II

DROGAS

CAPITULO II DROGAS

2.1. Concepto de droga.

En el capítulo anterior se hizo referencia a las psicopatologías que comúnmente surgen en la adolescencia, los trastornos alimenticios y el consumo de drogas.

En este capítulo se hablará acerca de las drogas y sus efectos en el organismo.

Una droga es una sustancia que puede modificar al cuerpo, ya que tiene influencia en el pensamiento, las sensaciones y las emociones de la persona que las consume, las drogas tienen la capacidad de cambiar el comportamiento y con el tiempo hasta la manera de ser del sujeto, el consumo de la droga tiene efectos devastadores y su dependencia se puede dar en personas de cualquier edad, sexo, raza, estrato social y cultura.

Se comprende como:

“Droga a toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo” (Programa de Prevención de las Drogodependencias, 2015 p. 365).

Algunas drogas son sustancias que provienen de recursos naturales, los cuales a su vez son sintetizados y transformados en drogas de diseño.

En la actualidad en México se consume una droga, la cual su principal función era de uso industrial pero que causa efectos de alteración en el sistema nervioso central, estamos hablando de los disolventes volátiles; “thinner”, pegamento. Los cuales se utilizan como drogas y generan adicción.

Para Bobes, Casas & Gutiérrez (2011) “Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.” (p.19). Se entiende que cualquier sustancia ingerida por cualquier vía que altere o tenga un impacto en el SNC y en la percepción se considera una droga.

2.2. Concepto de adicción.

Para la National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2012)

La adicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. Si bien es cierto que en el caso de la mayoría de personas la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria, con el tiempo los cambios que ocurren en el cerebro de las personas adictas pueden afectar el autocontrol y obstaculizar su habilidad de resistir los impulsos intensos de consumir drogas.

El consumo de drogas es como tal una enfermedad que tiene un gran impacto en el cerebro, este puede llegar a alterar el funcionamiento, modificando y dañando el órgano más importante del ser humano. La drogadicción hace referencia al consumo repetitivo de sustancias psicoactivas. Cuando un sujeto tiene una exposición repetida a una sustancia adictiva, en este caso estamos hablando de sustancias que alteran la percepción del individuo, surge en ellos la necesidad de consumir dosis repetidas y posteriormente incrementadas de la sustancia para evitar sentirse mal o tener el síndrome de abstinencia.

Se comprende que drogadicción es el uso de sustancias que alteran la percepción y el funcionamiento del cerebro, además de que el consumo se hace de manera

reiterada, hasta llegar al punto en que el individuo debe aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado.

Otra definición de adicción es la siguiente: “Estado psíquico y, a veces, físico resultante de la incrementación de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga: Conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales, y fisiológicos”. (Bobes et al 2011 p.20) en esta nos define que hay dos tipos de dependencia la física y la psicológica, las cuales se presentan con la ausencia de la sustancia, y provocan un malestar significativamente en el individuo. Por esta razón es complicado para el sujeto ir disminuyendo la dosis o erradicar el consumo. ¿Pero qué pasa cuando en nuestro organismo cuando se consume una droga? ¿En dónde tiene un impacto directo?, estas preguntas se responderán en el siguiente tema.

2.3. Función de una droga en el Sistema Nervioso Central.

Cuando un sujeto consume alguna sustancia que altera su organismo y su percepción y que además tiende con frecuencia a consumir esa sustancia para evadir el dolor o los síntomas que le produce su cuerpo al necesitar la sustancia; estamos hablando de una drogadicción, existen diversas drogas y por supuesto que cada una de ellas tiene un efecto diferente en el cuerpo y en el sistema nervioso central.

¿Cuál es el impacto que tiene el consumo de drogas en el cerebro?

El cerebro es una parte del cuerpo muy compleja, del cerebro dependen, los sentimientos, la forma de pensar y la capacidad de relacionarnos. Las drogas rompen el equilibrio del buen funcionamiento de este órgano.

El cerebro está constituido por los lóbulos: Frontal, temporales, parietal y occipital además del sistema límbico.

Las drogas actúan específicamente en el sistema límbico el cual se encarga del control de las emociones y las necesidades fisiológicas o también conocidos como impulsos primarios, este sistema está en la parte más interna del cerebro, las drogas provocan una sensación artificial de placer; sin embargo el cerebro no está preparado para recibir estos estímulos.

El sistema límbico está constituido por el hipocampo, amígdala y el núcleo accumbens, este último es una pieza clave en los centros de recompensa, ya que en él se liberan grandes cantidades de dopamina y otras sustancias como las endorfinas y las encefalinas que proporcionan una sensación de placer en nuestro cerebro, todas las drogas se cateterizan porque tienen en común que activan el núcleo accumbens, esa es la base para que se pueda producir una adicción; y mucho más probable en el caso de personas con cierta vulnerabilidad como es el caso de los jóvenes y personas que se encuentran en un entorno con situaciones de inestabilidad.

El sistema límbico responde de una manera adecuada a los estímulos naturales por ejemplo al miedo, alimento, sueño; pero no está preparado para ser sobre estimulado por drogas. La estimulación repetida del sistema límbico por las drogas produce cambios adaptativos que conllevan a una disminución de actividad de los centros de recompensa y un incremento de actividad de los centros de castigos.

Es aquí cuando la cantidad de droga administrada ya no es suficiente, y no se alcanza el efecto que se obtuvo en la primera ocasión, estamos hablando de tolerancia, sin embargo cuando el sujeto no está expuesto al consumo de la sustancia su sistema límbico no está estimulando por efectos placenteros, sino más bien, hay estimulación en los centros de castigo.

Estos cambios dan lugar a una disminución progresiva de los efectos placenteros producidos y hacen que el sujeto se encuentre cada vez peor en la ausencia de la droga. Esto provoca que la persona tenga una sensación de malestar cada vez más aguda en ausencia de drogas y que solo se resuelva con el consumo de drogas, el cerebro de una persona consumidora se reprograma y solo responde a los estímulos de las droga de esta manera se ve afectado el cerebro ante el consumo de sustancias.

2.4. Proceso adictivo: Uso, Abuso Y Dependencia.

Cada una de las personas es distinta en el uso de drogas legales e ilegales. Algunas personas nunca prueban drogas, otras tienen un uso irregular y lo dejan, otros son usuarios irregulares pero a lo largo de mucho tiempo y otros son usuarios regulares y constantes. Separados de todos los mencionados están los drogodependientes y/o dependientes.

Para que un tratamiento funcione depende en gran medida de la etapa de proceso adictivo en el que se encuentre el sujeto.

Hablaremos acerca de la primera etapa del proceso adictivo:

Para Becoña & Cortés (2010).

“Por *uso* de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica” (p.24).

De acuerdo con lo anterior se comprende por uso un consumo que no acarrea consecuencias negativas para el sujeto, se describe a un usuario, como un individuo que se encuentra interactuando en las esferas biopsicosocial de manera adaptativa y en equilibrio; donde el sujeto no se ve afectado.

“El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo” (Becoña & Cortés, 2010 p.24)

Las características de un sujeto que se encuentra en este proceso de adicción, es marcado por la pérdida de control de sí mismo, el consumo deja de ser limitado para ser frecuente.

En la tercer etapa del proceso de adicción se encuentra la dependencia para Becoña & Cortés (2010) “La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana” (p.24).

En la etapa de dependencia la droga se convierte en el tema de máxima prioridad para el individuo, el deseo de consumo es descrito como muy fuerte e incluso a veces insoportable. Las características que aseguran que existe dependencia de una sustancia es que aparezca la tolerancia: entiéndase por tolerancia la situación en la que el sujeto necesita obtener una mayor cantidad de droga para conseguir los mismos efectos. Este es otro concepto para tolerancia “Proceso que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de mantener un determinado efecto gratificante. Variaciones en la condición y entorno en que un drogodependiente consume la sustancia adictiva puede hacer disminuir o desaparecer el fenómeno de tolerancia, con lo cual la dosis de droga habitualmente consumida pasa a ser toxica, pudiendo provocar fenómenos de sobredosificación” (Bobes et al 2011, p.21)

Otra característica es la presencia del síndrome de abstinencia

Añaños y Márquez, (2015) señalan que el “síndrome de Abstinencia es un: Conjunto de signos, señales y síntomas de naturaleza cognitiva (pensamientos, ideas, recuerdos), conductuales (inquietud, hiperactividad), fisiológica (sudoración, palpitaciones) y emocional (ansiedad, euforia, depresión). Que se presentan por la reducción o supresión del consumo de una determinada droga.” (p. 25).

2.5. Clasificación de las drogas.

Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser ingeridas, pueden modificar la conciencia, la percepción, estado de ánimo y los procesos de pensamiento de una persona. La investigación científica nos ha dotado de información de los efectos que producen las drogas en el cuerpo, y el daño que pueden ocasionar las personas bajo la influencia de algunas drogas como el consumo de, alcohol, cocaína, heroína y muchas otras.

Es por esta razón que el uso de estas sustancias se divide en dos categorías según su estatus legal.

2.5.1. Drogas Legales.

Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción, venta y consumo no están prohibidos por la legislación con carácter general (por ejemplo el tabaco o el alcohol). En algunos casos, estas sustancias, su comercialización o su uso, pueden estar sometidos a restricciones en función de determinadas circunstancias (horarios o tiempos de establecimiento de venta, edad de los consumidores, et...). En el caso de los fármacos, generalmente su venta legal está sometida a la prescripción facultativa. (Sanz et al. 2004 p.64)

Como drogas legales se comprende la fabricación, venta y consumo de alcohol y tabaco, claro está bajo los lineamientos establecidos de no venta a menores de edad.

2.5.2. Drogas Ilegales.

Para Sanz et al. (2004), las drogas ilegales:

Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción o venta (no necesariamente su consumo) está prohibido por la legislación con carácter general. Una droga incluida en la lista de los acuerdos internacionales sobre

control de drogas, sólo puede ser denominada ilegal (o ilícita) si su origen es ilícito. Si su origen es legal, entonces la droga en sí misma no es ilícita, sino sólo su producción, venta o uso en determinadas circunstancias. Las drogas que aparecen en dichas listas de acuerdos internacionales están bajo control y sólo pueden utilizarse legalmente para fines científicos. (p.64)

Los derivados de la cocaína, heroína, metanfetaminas, opiáceos, drogas de diseño, quedan en un marco legal prohibidas tanto la producción, venta y consumo.

En este capítulo se explicó la importancia del impacto que tiene el consumo de drogas en el cerebro y el proceso adictivo por el que pasa un individuo para hacerse dependiente a la sustancia. Se explicó la clasificación de las drogas en referencia a un marco jurídico y la importancia del mismo. En el siguiente capítulo se abordará la importancia de cómo analizar la temática de las adicciones pero desde una perspectiva meramente de prevención.

CAPÍTULO III

INTERVENCIÓN: EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CAPÍTULO III INTERVENCIÓN: EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

En este segmento del marco teórico trataremos la temática de intervención, ya que es un eje fundamental de la investigación que se llevó a cabo.

3.1. Concepto de Intervención.

Empezaremos por conceptualizar el término Intervención.

Para Cosacov, (2007).

“Se denomina intervención a cualquier *señalamiento* introducido de modo deliberado por el terapeuta en una sesión clínica. Generalmente tales intervenciones son observaciones, interpretaciones o pedidos de aclaración que formula el psicólogo al entrevistado. Por extensión, igualmente se habla de *intervención institucional* cuando se promueven cambios en ámbitos organizacionales, laborales o educativos”. (p. 187)

Se entiende que la intervención es un proceso estructurado y sistematizado en el cual el psicólogo pretende producir cambios en el comportamiento del sujeto, dicha intervención puede realizarse a manera grupal o individual, en un consultorio, escuela o a una comunidad.

Intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus conflictos, y en lo posible reducir o superar estos; a prevenir recaídas. Así como mejorar las capacidades personales o relaciones con las personas aun en ausencia del conflicto.

3.2 Concepto de prevención de la enfermedad.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998)

La población en la actualidad tiene algunos conflictos y para prevenir dichos conflictos no existen soluciones mágicas, sino que se van realizando un conjunto de acciones que van en dirección a una buena salud y no lleguen a una fase incurable o de deterioro.

Los adolescentes son un blanco perfecto y susceptible ante el consumo de drogas es por esta y otras razones que en nuestra sociedad existe y existirá oferta de drogas, legales e ilegales, y es imposible eliminarlas todas, por lo que controlar la oferta es una forma de hacer prevención, pero no la única ni la más eficaz.

La disponibilidad de drogas es sólo una parte del problema. Tenemos que pensar que hay drogas porque hay demanda, así que la prevención sobre esta demanda es la que puede hacer cualquier persona y además, es la que da mejores resultados.

La prevención es una labor de todos como profesionales de la salud y sociedad en general, en la que cada persona puede aportar algo. Se trata de que vayamos reduciendo los factores de riesgo y creemos un estilo de vida saludable, tanto individual como colectivo. A esto se le reconoce el valor de destacar y fortalecer los factores de protección que pueda tener el individuo como para prevenir el consumo de drogas y las conductas de alto riesgo en diverso temas, como suicidio, trastornos de alimentación etc.

La prevención es una intervención de la cual el sector salud se ayuda para educar al colectivo sobre un estilo de vida saludable y prever enfermedades en una fase primaria, donde se pueda dar un tratamiento que no implique un excesivo gasto de los recursos: tiempo, espacio y calidad de vida.

En México existen algunos problemas de salud crónica, como es el caso de la Diabetes Mellitus y Obesidad; además de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de mama en los cuales México se encuentra en los primeros lugares de muerte a nivel mundial. Estas cifras son muy altas debido a que en la cultura Mexicana no se tiene la educación de revisarse continuamente. Es

precisamente por esta razón que se hace un esfuerzo por invertir económicamente en programas para la educación de la prevención en el país. La prevención tiene resultados que demuestran ser eficaces y que reducen costos, mientras mayor sea el impacto de responsabilización y prevención en los habitantes del país menores son los índices de muerte y gastos de hospitalización y tratamiento de la enfermedad.

Para prevenir el consumo de drogas, el objetivo es educar y sensibilizar a la comunidad ante los daños que deja a su paso el consumo de drogas, este daño no solo es para quien la consume, sino también para las personas que están alrededor, familia, amigos, comunidad.

Por tipos de prevención vamos a comprender, según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), a los distintos niveles en los cuales se atiende una enfermedad que afecta la salud de los seres humanos.

Dichos niveles de prevención siguen un estándar registrado por organismos internacionales como lo es la OMS perteneciente al sistema de organismos de las Naciones Unidas (ONU). Cada país es libre de elegir sus políticas al respecto del tipo de prevención, pero la mayoría debe de sujetarse al esquema universal de: Prevención primaria, secundaria y terciaria.

El sector de salud en nuestro país sigue ese esquema de prevención estructurado en tres niveles; con el fin de dar un mejor servicio y organización de los recursos médicos.

3.2.1. Prevención Primaria.

El primero de estos niveles se conoce, como el nivel primario y se caracteriza por tener el primer contacto con la población, además de tener como objetivo principal preservar la salud mediante actividades de promoción y educación para la salud. Se entiende que la prevención primaria es un conjunto de medidas específicas que busca como fin prevenir trastornos psiquiátricos.

Es importante conocer la situación de la comunidad y, sobre todo, identificar y estudiar a los grupos de alto riesgo, así de esta manera se hará una intervención adecuada.

Un programa de intervención primaria debe identificar las situaciones o cosas que afectan a la comunidad; así como el ambiente, es decir, los recursos que tiene la población para enfrentar situaciones que amenazan su bienestar; es importante identificar los factores de riesgo.

Las instituciones que proporcionan atención primaria son las que dan servicios básicos, y que constituyen la puerta de entrada al sector de salud, este primer nivel debería ser el nivel con más demanda por parte de la población, dichas instituciones son los Centros de Salud: T1, T2 y T3; dispensarios Médicos, DIF, Instituciones para la mujer, campañas médicas y consultorios móviles.

La intervención que se realizó en esta investigación fue la “primaria”, ya que el objetivo fue sensibilizar a la población en riesgo de consumo, mediante un taller que favoreciera y fortaleciera los factores de protección y a su vez los jóvenes identificaran los factores de riesgo que se encuentran en la comunidad, el hogar e incluso en sí mismos.

En el primer nivel de intervención las acciones que se realizan son, promoción, fomento de la salud, higiene personal, control de embarazo, salud mental, higiene buco-dental, higiene y medicina del trabajo, higiene y medicina escolar.

Como objetivo de la intervención primaria es reducir los índices de enfermedad por medio del control de las causas que originan la enfermedad y por los factores de riesgo.

Según Cosacov, (2007) La prevención primaria indica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista sobre la etiología. Puede enfocarse a toda la población con objeto de reducir el punto medio (estrategia

poblacional) o sobre las personas cuyo riesgo de enfermedad es alto por exposiciones particulares (estrategias de grupo de riesgo).

En la investigación que se llevó a cabo la intervención se realizó en un grupo de riesgo.

3.2.2. Prevención Secundaria.

Anteriormente se habla de la prevención primaria, donde la intervención solo corresponde a la educación sobre la salud, sin embargo no es suficiente, debido a que existen diversas enfermedades que es precisos detectarlas y dar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

La prevención secundaria tiene como objetivo la reducción de los efectos de enfermedad. Implica disminución de la prevalencia. Focaliza muchos esfuerzos en la detección precoz de individuos portadores de factores de riesgo, es decir, vulnerables. (Caplan, 1964; Casas, 1996 citados en Bueno & Rosser, 2002)

En este nivel de prevención juega un papel muy importante la identificación temprana de casos, es de suma importancia llevar a cabo campañas de salud donde la comunidad pueda revisarse y atenderse oportunamente; el diagnóstico y tratamiento adecuado evita el paso de las etapas siguientes.

Su objetivo es identificar a quienes ya consumen drogas pero aún no llegan a la farmacodependencia, para proporcionarles tratamiento. La intervención se realiza con uno o varios sujetos, dirigida a una población que ha caído en un problema, dichos sujeto (s) se someten a una metodología que trata de conseguir un cambio.

La prevención secundaria suele aplicarse a enfermedades cuya historia natural comprende un periodo prematuro en el que son fáciles de diagnosticar y tratar y puede detenerse su progresión hacia una etapa más grave.

“Los requisitos principales para que un programa de prevención resulte útil es que se disponga de un método seguro y exacto de detención de la enfermedad,

preferiblemente en estadio preclínico y que existan métodos terapéuticos eficaces” (Bueno & Rosser, 2002).

Esta prevención va dirigida a grupos de riesgo, con el problema inicial, la intervención es temprana y pretende incluir el cambio de hábitos y actitudes del individuo además que se busca ir creando y fortaleciendo las redes de apoyo.

3.2.3. Prevención Terciaria. (Rehabilitación)

La intervención que se realiza en la salud también es preventiva en un tercer nivel de atención, es decir, que se encarga de la enfermedad como tal, sin embargo el riesgo es más alto, ya que el sujeto puede encontrarse en la fase más avanzada de la enfermedad; lo que les deja a los profesionales de la salud en ocasiones pocas alternativas de tratamiento.

Una de las características de este nivel, es que cuenta con la mejor tecnología y con personal de salud altamente calificado, los cuales realizan procedimientos de mayor complejidad a diferencia de los niveles anteriores.

Este nivel se define como el nivel donde se atiende a los pacientes o enfermos que requieren necesariamente hospitalización. Estos pacientes llegan canalizados de los niveles anteriores o según la gravedad del caso lo hacen directamente.

Por ejemplo: el cáncer de mama; en la prevención primaria; se interviene dándole información del tema a toda la población, mujeres y hombres, educarlos para explorar su seno y detectar anomalías, enseñarles los síntomas de cáncer de mama.

En prevención secundaria el objetivo es realizar estudios de mastografía a la población de más de 40 años, para detectar si hay riesgo de cáncer y de ser así, identificar en qué etapa se encuentra y dar un tratamiento.

En la prevención terciaria, se da el tratamiento, en este nivel incluso se hospitaliza y se rehabilita.

De acuerdo con Salas y Álvarez (2004) la prevención terciaria se aplica en el periodo patogénico, una vez avanzado el horizonte clínico, cuando la enfermedad se presenta con todos sus síntomas y signos. Comprende la limitación del daño, previniendo secuelas y utilizando los recursos médicos para evitar que la enfermedad pase a un estado de mayor gravedad. También considera la rehabilitación, durante la cual se busca la recuperación de la funcionalidad específica, la adaptación psicosocial y la protección del incapacitado. (p. 126)

La prevención terciaria en las adicciones tiene como fin, dar tratamiento especializado al adicto y rehabilitación así como la reinserción social y familiar.

La prevención terciaria tiene como meta reducir el progreso o complicaciones de una enfermedad ya establecida. Consiste en reducir las consecuencias y minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes en etapas de la enfermedad incurables.

Prevención terciaria: Conjunto de estrategias de intervención social, educativa o terapéutica que tienen como objetivo eliminar, reducir o retrasar la repetición de una conducta desajustada, una vez que se ha verificado la misma. Se trata de actuar sobre grupos en los que ya existe el comportamiento desajustado de que se trate. Es totalmente específica. (Pons, 2006 p. 90)

3.3. Definición de prevención según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2 2009

Para el tratamiento y control de las Adicciones la Secretaria de Salud en el 2009 definió la prevención de la siguiente forma:

“El conjunto de acciones dirigidas a identificar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, sí como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales” (Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, 2009, p.37)

La Norma Oficial Clasifica en tres niveles la prevención: universal, indicada y selectiva

3.3.1. Universal.

La NOM-028-SSA2-2009 define como:

“Es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención” (2009, p.22).

Esta definición viene bien en el sentido en que la intervención es a toda la población en general, orientando y sensibilizando a las personas sobre el riesgo del consumo; la educación de una vida sana se considera importante para no desarrollar adicciones.

Para Solís, Gómez & Ponce, (2016) la prevención universal está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. Para lo anterior se realiza:

- 1) La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
- 2) La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones.
- 3) La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
- 4) El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección. (p.7)

Este tipo de prevención es la que tiene un contacto con la sociedad en general, lo que se pretende es generar una conciencia sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas.

La intervención se da en población general como bien se comenta, dicha información pretende informar acerca de fenómenos de los que pueden ser susceptibles los jóvenes y se ofrece una psicoeducación para enfrentar situaciones de riesgos que se

pueden presentar. Aunque en esta población no se presenten factores de riesgo, la prevención juega un papel importante que ayudará a disminuir en un futuro el riesgo si es que se presenta.

Un ejemplo son las acciones de prevención orientadas a los jóvenes de las escuelas, que tienen por objetivo fortalecer sus factores protectores en términos generales.

Como objetivos generales pretende: prevenir, posponer y disminuir el uso de drogas en los individuos. La prevención universal se caracteriza porque los individuos no se seleccionan por algún requisito establecido para participar en las actividades, sino más bien se da al público en general.

3.3.2. Selectiva.

La prevención Selectiva

Se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcoholicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta. Estos grupos se asocian, al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, se coayuda a la atención a grupos específicos de niños en situaciones de calle, indígenas y adultos mayores, todo ello a través de: 1. El diseño de metodologías de capacitación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamientos. 2. La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores. (Solís, Gómez & Ponce, 2016 p.8)

Este tipo de prevención se aplica a individuos que integran subgrupos de población cuyos factores de riesgo son más visibles que en la población general. En este caso se identifican los factores de riesgo que pueden afectar al sujeto y se elabora una intervención ajustada a las necesidades y con objetivos que favorezcan e

incrementen sus recursos de afrontamiento ante situaciones de peligro o riesgo, los factores de protección son elementos que se identifican en los jóvenes y que se pueden trabajar y fortalecer para que el joven, en situaciones de riesgo pueda sobreponerse.

La prevención selectiva desarrolla acciones dirigidas a un grupo de la población que por sus características personales; de entorno social, familiar, sociocultural, se hallan expuestos a diversos factores de riesgo con la capacidad de generar problemas asociados con las drogas.

Esta intervención se dirige a un subgrupo (hijos de alcohólicos, adolescentes con violencia familiar) de la población que tiene riesgo de ser consumidor.

El nivel de prevención manejado en esta investigación fue el “selectivo”, debido a que se trabajó con jóvenes en riesgo de consumo de drogas, se valoró a la población y se diseñó metódicamente una intervención, ajustada a las necesidades específicas del grupo.

3.3.3. Indicada.

La prevención indicada nos habla de que “la intervención se dirige a grupos de la población con consumo y/o de usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, lo cual se logra: 1. Diseñando metodologías de intervención breve del tipo de consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción” (Solís, Gómez & Ponce, 2016 p.8)

Este tipo de prevención está destinada para individuos que se encuentran en un nivel alto de riesgo. Esta es muy intensiva y la más costosa; se dirige la intervención a un grupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o incluso que tiene problemas de comportamiento, centrándose tanto en la población que ya consume, así como los que son experimentadores.

La prevención indicada, es una intervención personalizada, que se realiza a medida de cada sujeto, no a grupos, y que a partir de una valoración inicial, se elabora un plan individual.

Estos tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada, no se oponen a la clasificación tradicional de prevención: Primaria, secundaria y terciaria. Más bien se complementan ambas para lograr un objetivo en común que es; mantener una sociedad sana y la concientización de la población por una vida de hábitos saludables y bienestar biopsicosocial.

Algo que debemos entender es que la prevención es una excelente alternativa en cuestión de salud, no importa en qué nivel se intervenga, aunque es conveniente hacerlo en un nivel primario, con una población universal. En el siguiente capítulo se abordará la Teoría Cognitiva Conductual y sus técnicas de tratamiento contra las adicciones en un nivel primario.

CAPÍTULO IV

TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL

CAPITULO IV TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL.

En este capítulo se hablará acerca de la teoría que respalda la metodología de intervención en el consumo de drogas, los programas de intervención en la Unidad Médica de Centro de Atención Primaria a las Adicciones se sustenta en la teoría Cognitivo conductual. En este capítulo también se abordará, cómo esta teoría se desarrolla en un plano donde la psicología está teniendo una revolución y la llegada de un nuevo paradigma que la convierte en una ciencia.

4. Fundamentos Históricos de la Terapia Conductual.

El psicoanálisis fundado por Sigmund Freud, ofreció una psicoterapia para las personas con trastornos neuróticos y enfermedades mentales por mucho tiempo.

“El inconsciente, Freud afirmaba que las personas sólo están conscientes de una pequeña fracción de su vida mental. Algunos materiales son *preconscientes*, enterrados justo debajo de la conciencia de donde son fáciles de recuperar. La gran parte del material es inconsciente. Entre los contenidos del inconsciente están impulsos, componentes de personalidad, recuerdos de experiencias tempranas y conflictos psicológicos intensos. No obstante que no se está consciente de manera directa de los contenidos del inconsciente, entran en nuestra conciencia disfrazados en forma de sueños, lapsus y otros errores y accidentes.” (Davidoff, 1989 p.574)

Sigmund Freud y sus teorías de asociación libre, interpretación de los sueños y su teoría psicosexual, han sido aportaciones esenciales en la psicología; que inspiraron a muchos representantes ortodoxos del psicoanálisis: Jacques Lacan y a Los neofreudianos (Carl Jung, Erik Erikson, Anna Freud, Erich Fromm, entre otros).

Sin embargo llegó un momento en que la psicología necesitaba trascender y convertirse en ciencia. Para Ruiz, Díaz & Villalobos, (2012) “La psicología como disciplina científica surgió como parte de la revolución de un grupo de filósofos con una mentalidad científica, cuando éstos abandonaron la filosofía y comenzaron la psicología como la ciencia de estructura de la mente y la conciencia. El objetivo fue hacer de la psicología una ciencia pura natural, en igualdad de condiciones a otras

ciencias (p.34). El alemán Wilhelm Wundt quien fundó el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig, para que por medio de la metodología experimental explicara la conducta observable del individuo, la midiera, la cuantificara y la controlara.

En la búsqueda por encontrar mejores métodos los psicólogos se orientan en las ciencias naturales, quien ofrecía a diferencia de la psicología, constructos concretos, y totalmente observables; estos constructos podían ser predecibles y controlados. La investigación en física y zoología llevó a una especie de revolución a la psicología americana a principios del siglo XX. La escuela conductista quien adoptó ideales del Círculo de Viena, que tenía su base en el positivismo lógico; estos filósofos que integraban el círculo de Viena creían firmemente en explicar el conocimiento del mundo mediante observaciones físicas, de lo contrario no tendría ninguna validez. “El conocimiento según el positivismo lógico debía fundamentarse en la observación y debía verificarse a través de ella” (Ruiz, et al 2012 p.35).

Para los psicólogos era importante estudiar algo que pudieran medir, algo que fuera tangible, así es como llega el paradigma de la teoría conductual.

Este momento fue el parteaguas para que la psicología se convirtiera en una ciencia y poco después la teoría de la conducta se convirtió en el paradigma que vendría a sustituir al psicoanálisis.

4.1. Watson, Pavlov Y el Condicionamiento Clásico.

Watson trabajaba para determinar los principios del aprendizaje, concentrándose sobre todo en la conducta que se manifiesta y puede ser observable. Watson creía que la gente nace con tres emociones básicas: temor, ira y amor. Sin embargo, también reconocía que había grandes diferencias entre la gente en los estímulos que provocan esas emociones. Para explicar esta variabilidad en la respuesta emocional, Watson planteó que las personas aprenden diferentes asociaciones estímulo-respuesta a través del condicionamiento.

Para Watson, quien fue un psicólogo entregado a su trabajo y que constantemente busca respuestas; quería ser capaz de aplicar los principios del aprendizaje y el condicionamiento a la modificación de conductas inadaptadas.

Los estudios de Watson plantaron las semillas para el desarrollo de intervenciones posteriores basadas en los principios del condicionamiento.

Howrer y Mowrer (1983) describieron una conceptualización de la enuresis nocturna como un fracaso del niño para responder a la distensión de la vejiga despertándose y contrayendo el esfínter.

Informaron del uso de un procedimiento conductual de control de esfínteres para tratar la enuresis en los niños. Se colocó en la cama del niño un cojín conectado a un timbre, y el timbre sonaba cada vez que el cojín se humedecía. Después de varios ensayos con este procedimiento, el niño asoció la distensión de la vejiga con la contracción del esfínter y se impidió la enuresis.

Para Watson la psicología debía ser una disciplina totalmente objetiva, dedicada a la predicción y control de la conducta. Los principales principios del conductismo (término acuñado por él) eran los siguientes:

1. El objetivo de estudio de la psicología es la conducta, manifiesta; concretamente las respuestas (R) suscitadas por los estímulos ambientales (E), por lo que con posterioridad la psicología propuesta por Watson recibió el apelativo de psicología E-R. Para Watson la conciencia, no era sino un sustituto del concepto religioso de alma, sin ninguna posibilidad de acercamiento científico, por tanto, lo rechazaba enérgicamente.
2. La metodología de la experimentación animal como método objetivo debe ser el método de investigación de la psicología. Watson sugirió que el método del reflejo condicionado utilizado en los trabajos de los fisiólogos rusos Pavlov y Bechterev podía ser el sustituto de la introspección (Kazdin, 1978 citado por Ruiz et al., 2012 p.42)

3. El conductismo supone una ruptura radical con las corrientes psicológicas tradicionales que no describen la conducta en términos de conductas directamente observables.
4. La conducta se explica en términos de condicionamiento clásico pavloviano de los reflejos estímulo-respuesta del sistema nervioso del individuo. Watson, mantenía que la conducta verbal era mejor explicada desde los reflejos espinales (Ruiz et al., 2012)

Pavlov tuvo una influencia muy fuerte en Watson, su interés por constituir una psicología experimental con base el método científico fue más allá que Pavlov ya que Watson elimina la conciencia; desplazando teorías que no tenían sustento científico como era el psicoanálisis.

Ivan P. Pavlov (1849-1936) ha sido una figura muy importante en el desarrollo y consolidación de la teoría conductual con base metodológica donde se destaca Pavlov como uno de los pioneros. “El principal interés de Pavlov al estudiar los reflejos era comprender la actividad cerebral y, así, la conducta. Este interés le llevaría a estudiar los reflejos condicionados como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación.” (Ruiz et al., 2012, p.37)

La práctica de la terapia conductual tiene una vinculación con los principios de la teoría del aprendizaje. Empezando con las observaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov de que los perros aprendían a salivar en anticipación de la comida, una respuesta a la cual se refirió como reflejo condicionado. El trabajo de Pavlov se perfeccionó y difundió en Estados Unidos gracias al Psicólogo John Watson. Watson llevo el conductismo a lo más alto, como ningún otro conductista.

“Pavlov descubrió que al poner comida en la boca de perro este comenzaba a salivar automáticamente, observó que si trabajaba muchas veces con el mismo perro, éste empezaba a salivar ante los estímulos asociados con la comida, con el solo hecho de

ver la comida, el recipiente de la comida, la presencia de la persona que habitualmente le daba de comer” (Myers, 2005 p.312) para Pavlov en un principio esta situación interfería en su experimento sobre la digestión, era un error y una molestia, hasta que se dio cuenta que era una forma de aprendizaje simple, este descubrimiento accidental cambió el rumbo de su investigación.

El experimento que Pavlov realizó consistía en “juntar varios estímulos neutros, como el sonido, con la colocación de comida en la boca para ver si el perro comenzaba a salivar ante la sola presentación del estímulo neutro. Para eliminar la influencia de estímulos extraños, aislaron al perro en una habitación pequeña, lo ataron con unas correas y le colocaron un aparato que desviaba la saliva a un instrumento de medición. Desde otra habitación podían suministrarle la comida, al principio deslizándola en un recipiente y más tarde introduciendo carne en polvo en la boca del perro en el momento preciso. Si un estímulo neutro, es decir, algo que el perro podía ver u oír, señalaba la llegada regular de comida. Justo antes de colocar la comida en la boca del perro para producir la salivación, Pavlov le hizo oír un sonido. Después de varias repeticiones de sonido y comida, el perro comenzó a salivar solo ante el sonido, anticipando la llegada de la carne en polvo.” (Myers, 2005 p.313)

4.2. Skinner y el Condicionamiento Operante.

Burrhus F. Skinner (1904-1990) propuso que los principios del condicionamiento operante podían explicar buena parte del comportamiento humano. Un aspecto más importante en el contexto de la psicología clínica, fue que Skinner criticó con dureza el enfoque psicoanalítico, el cual predominaba en la psicoterapia, y en su lugar, ofreció una conceptualización conductual de la terapia, la modificación de conducta. (Compas & Gotlib, 2002 p.371).

En el condicionamiento operante los sujetos asocian comportamientos con sus consecuencias, debido a estos principios es más probable que repitan conductas recompensadas (reforzadas) que conductas castigadas. Skinner Desarrolló su trabajo experimentando con ratas y más tarde con palomas, diseñando un

instrumento el cual llamó cámara operante y que coloquialmente se conoce como caja de Skinner. El condicionamiento clásico fue un trabajo de suma importancia, sin embargo el condicionamiento operante fue el parte aguas, que vendría a complementar la terapia psicológica, ya que a partir de los experimentos de Skinner se demostró que algunas técnicas aplicadas a algunos trastornos, resultarían efectivos en la mejora del sujeto con dicho trastorno.

Para Myers (2005) “Sus diferencias son evidentes: el condicionamiento clásico establece asociaciones entre estímulos (un EC y un ENC que anuncia). También se produce un comportamiento reactivo, que ocurre como respuesta automática a algunos estímulos (como la salivación en respuesta a la carne en polvo y después en respuesta a un sonido). El condicionamiento operante incluye un comportamiento operante, denominado así porque el acto opera sobre el entorno para producir un estímulo de recompensa o castigo” (p.323).

“En este marco de trabajo Skinner estableció los principios básicos de condicionamiento operante (refuerzo, castigo, extinción, control estimular y entrenamiento en discriminación) y las variables que contribuyen a la conducta operante; entre ellos, el concepto de *refuerzo* resulta central. De esta forma, a cualquier consecuencia que consiga este efecto, es decir, fortalezca la respuesta a la que sigue, se le denomina refuerzo.” (Ruiz, et al 2012 p.48)

Junto con Pavlov han sido iconos representativos de la Teoría Conductista, Skinner introdujo por primera vez el término Terapia de Conducta y se ha considerado el psicólogo más influyente del siglo XX.

Estaba tan comprometido con el conductismo que rechazaba rotundamente a los psicólogos tradicionales y ortodoxos, calificándolos de mentalistas y con resultados poco fiables. El compromiso que tenía con su trabajo lo llevo a plantear la existencia de dos tipos de condicionamiento, como resultado de la función de respuesta implicada en cada uno. Algunos otros psicólogos como Eysenck y Wolpe realizaron aportaciones importantes en el campo de la psicología.

“Eysenck escribió en 1952 el que sin duda alguna es uno de los artículos científicos más controvertidos en la historia de la psicología clínica, en el cual cuestiona la efectividad de la psicoterapia tradicional (es decir la psicodinámica)” (Compas & Gotlib, 2003 p.372)

Uno de los psicólogos que también se unió al desacuerdo de una psicoterapia centrada en aspectos intangibles y proceso terapéutico demasiado largo y muy costoso, al igual que sus colegas y contemporáneos, él estaba de acuerdo en los fundamentos de una teoría psicológica que ofreciera, resultados medibles en un tiempo breve y que además estos fuesen efectivos.

En 1959 Eysenck acuñó el término terapia conductual” (Compas & Gotlib, 2003 p.372)

A lo largo de la historia de la terapia conductual, de Watson a Skinner y Wolpe, resulta evidente todos los enfoques conductuales tempranos se hallaban unidos por dos ideologías: primero, que era innecesario plantear la existencia de pulsiones y procesos inconscientes, ya que estos términos no les ofrecían resultados claros y confiables que pudieran evaluar, y segundo, que es más probable que la terapia sea efectiva si se concentra en conductas inadaptadas, de este modo serían conductas que ellos podían medir, manipular y evaluar.

“Joseph Wolpe fue un psiquiatra sudafricano que tuvo sus inicios en el psicoanálisis clásico freudiano, sin embargo se decepcionó de Freud sobre el desarrollo de la neurosis por lo que comenzó sus propios experimentos, primero induciéndolos y luego tratando neurosis experimentales en gatos.” (Compas & Gotlib, 2003 p.371)

Uno de sus experimentos lo llevó a dar una gran aportación a la psicoterapia,

Sus experimentos se basaban en inducir temor en los gatos mediante descargas en una jaula específica. Sus observaciones de este experimento le arrojaron información y se dio cuenta que los gatos se negaban a comer en la jaula donde habían recibido las descargas, y que exhibían conductas evidentes de incomodidad y ansiedad.

“Razonó que si la ansiedad condicionada podía inhibir la alimentación, entonces en las condiciones correctas podía suceder lo contrario: la respuesta de comer de los gatos podía usarse para inhibir la ansiedad” (Compas & Gotlib, 2003 p.371)

Wolpe probó esta hipótesis haciendo que los gatos comenzaran a comer a una distancia considerable de la jaula donde habían recibido la descarga. Wolpe tuvo éxito al usar las respuestas alimentarias de los gatos en la inhibición de la ansiedad de estos mediante el uso de estos procedimientos, llamado contra condicionamiento, el cual se basa en un principio al que Wolpe llamó inhibición recíproca. Sus experimentos lo llevaron a construir un método terapéutico para tratar la ansiedad y las fobias el cual más tarde denominó como desensibilización sistemática y que hasta la fecha ha sido un método que se sigue utilizando en el tratamiento contra las fobias.

“Si puedes hacer que una respuesta antagónica a la ansiedad ocurra en la presencia de los estímulos que provocan la ansiedad de modo que sea acompañada por una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre esos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitará” Wolpe (1958 citado en Compas, Gotlib 2003 p. 372)

4.3. Terapia Conductual.

Los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas, como son el consumo de drogas.

El desarrollo de la dependencia a drogas puede considerarse como parte de este proceso de aprendizaje, en el sentido de que se producen cambios duraderos en el comportamiento, provocados por las interacciones con drogas y los entornos relacionados con el mismo consumo de los psicotrópicos. Mediante el proceso de aprendizaje asociativo, puede producir los síntomas clásicos de la dependencia, luego de una exposición repetida. Es por eso que para la intervención con pacientes que son drogodependientes la terapia conductual tiene como importancia ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del

paciente. Los siguientes cuatro principios son los que representan el cimiento más fuerte sobre el que se construyen las terapias conductuales:

Compas & Gotlib (2003) Señalan que:

1.- Toda la conducta, normal y anormal, se adquiere y se mantiene de acuerdo con los mismos principios básicos de aprendizaje.

2.- Por lo regular no es necesario saber cómo se aprendió una conducta problema específica; el énfasis del tratamiento no debe ponerse en temas históricos, sino en los factores que en la actualidad mantienen a la conducta.

3.- La mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas se desaprenden y reemplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas.

4.- Los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada cliente; el progreso del tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del tratamiento". (p.373)

Eysenck definió terapia conductual como "El intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna teoría del aprendizaje" Eysenck (1964 citado en Compas, Gotlib 2003).

En estos momentos de la historia de la psicología, se emplean las técnicas del condicionamiento para aplicarlas en la consulta psicológica y obtener resultados eficaces y evidentes del cambio de conducta y bienestar psicológico.

El objetivo de la terapia conductual es siempre cambiar los hábitos que se consideran indeseables (Wolpe & Lazarus 1966 citado en Compas, Gotlib 2003).

4.4. Principales autores de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Los autores de la Teoría Cognitiva, quienes desarrollaron el paradigma y lo encaminaron, convirtiéndolo en psicología científica. Quienes además pusieron las bases para que posteriormente se desarrollara un nuevo paradigma que vendría a revolucionar no solo la manera de evaluar el comportamiento humano sino a manera más completa considerando los procesos cognitivos.

La revolución o evolución de la psicología en esos momentos dejó a muchos investigadores y científicos interesados en lo que estaba pasando, ya no solo era el conductismo, si no que se buscaba más allá, con la contribución de Bandura y su teoría del modelamiento; se consideró más a la cognición, y Albert Ellis y Aaron Beck consolidaron a la terapia cognitivo conductual que hasta la actualidad tiene bastante auge en la psicoterapia; “con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas y conductas, Ellis y Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma como piensa la gente para mejorar su funcionamiento emocional conductual” (Compas & Gotlib, 2003 p.390).

4.4.1 Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva. (TRE)

Los adolescentes son seres muy vulnerables, su personalidad se está formando, las experiencias que a su corta edad van adquiriendo será un pilar que formara parte fundamental de su vida adulta, así como también se ira formando su idiosincrasia, la cual tendrá una influencia muy importante por parte de su entorno, familia, pares, maestros, y sociedad en general. Esto influirá de manera muy importante en cómo el joven confrontará las situaciones y eventos que se presenten en su vida cotidiana; así como la habilidad para evitar el consumo de drogas cuando se encuentran en situaciones vulnerables o ante eventos que ellos consideren traumáticos. Albert Ellis

a quien se le atribuye una importante contribución para este modelo, maneja un modelo de ideas irracionales que más adelante se verá más detallado.

Albert Ellis recibió su título de psicólogo en 1934 en el City collage de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de Master y en 1947 el de doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Su labor clínica la inicia en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Su interés por el psicoanálisis lo llevó a estudiarlo, sin embargo no estuvo satisfecho debido a la lentitud del procedimiento además de que el psicoterapeuta juega un rol pasivo al igual que el paciente. La mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia.

“Para el modelo de Ellis *lo racional* significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, por tanto, y que facilita que la gente logre sus metas y propósitos. Fundamentalmente se refiere a dos cuestiones” (Ellis, 1979 citado en Caro, 2007 p.95):

- 1) Establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos.
- 2) Utilizar una forma eficiente, científica, lógica-empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

El autor define lo que se considera racional, las conductas y los pensamientos englobados en este término, así mismo habla de lo que se considera irracional en términos de la teoría TRE.

“Por otro lado lo *irracional* va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Lo irracional es aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad” (Ellis, 1979 citado en Caro, 2007 p.95).

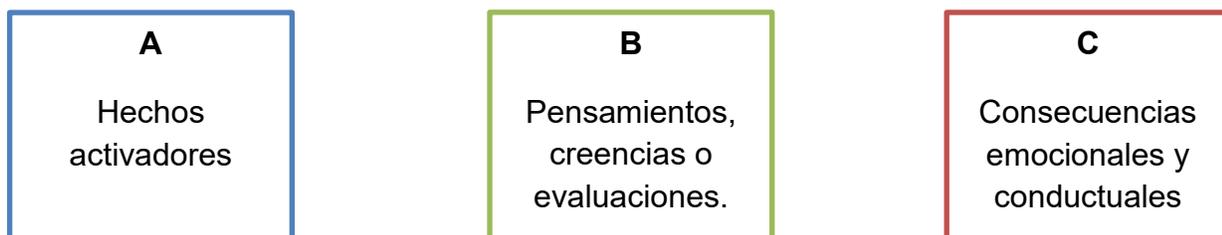
La conducta irracional tendría, pues, los siguientes aspectos (Ellis, 1979 citado en Caro, 2007 p.95):

- 1) El individuo cree, la mayoría de las veces de forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no.
- 2) Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
- 3) Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio de nuestros grupos de referencia.
- 4) Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener.
- 5) Impide que trabajemos de forma madura y productiva.

Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos.

Ellis en 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C, él explicaba que los trastornos emocionales se derivan de una serie de ideas irracionales o absolutistas. El objetivo no se limitaba a identificar esta situación sino que también tenía como objetivo principal hacer una sustitución de creencias racionales por las creencias irracionales. “Ellis argumentaba que los elementos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A), no causan psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad. En lugar de eso, Ellis afirma que son las creencias irracionales (B) o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que los lleva a deprimirse y ser ansiosas” (Compas & Gotlib, 2003 p.390).

Este modelo de A-B-C, es uno de los conceptos importantes de la teoría de Ellis y tiene una estrecha relación con la génesis del pensamiento racional e irracional.



El psicólogo explica e identifica con el cliente que las situaciones estresantes o hechos desagradables han estado a lo largo de su vida, es decir, en el pasado se

presentaron, que posiblemente se estén presentando y que sin duda se presentarán en el futuro. Esas situaciones desagradables que se presentan son neutras, sin embargo el cliente puede percibir las de dos maneras: de forma racional o de forma irracional; la forma en cómo lo tome el cliente dará un resultado conductual o emocional o ambas; éstas pueden ser positivas o negativas según sea el caso. Es importante dejarle muy clara esta parte y poner algunos ejemplos adecuados a su situación. Lo importante es hacer ver al cliente que tienes dos posibilidades de cómo afrontar las situaciones estresantes, de manera racional o irracional.

En los estudios que realizó Ellis, identificó que existen varios tipos de ideas irracionales, sin embargo aquí se comentan las categorías generalizadas, que simplificó del pensamiento irracional Ellis: “El Primer tipo de demandas se refiere a una demanda sobre sí mismo. El segundo a demandas o exigencias sobre los otros y la tercera se refiere a exigencias sobre el mundo o las condiciones de vida” (Ellis, 1979 citado en Caro, 2007 p.100).

4.4.2. Aarón T. Beck y la Terapia Cognitiva.

La psicoterapia en adicciones está centrada en el modelo cognitivo conductual, de este modo reúne elementos importantes de la teoría de Ellis pero también de Beck, más adelante se habla específicamente del programa de intervención primaria que se emplea para el tratamiento con pacientes con consumo de sustancias psicotrópicas. Mientras tanto en este apartado se hablará de la teoría de Aaron Beck así como de los alcances que ha tenido su teoría y al igual que Ellis ha sido un pilar de la TCC.

Aaron Temkin Beck, psiquiatra de nacionalidad Estadounidense, nacido en el año de 1921. Es creador de la Terapia Cognitiva y ha elaborado cuestionarios ampliamente utilizados: Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale y Beck Anxiety Inventory (BAI). Aaron Beck se ha considerado como uno de los psicoterapeutas influyentes de todos los tiempos.

La terapia cognitiva la definió Freeman diciendo que: “Es una forma de tratamiento a corto plazo que se caracteriza por ser activa, directiva, en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. La meta de la terapia está en ayudar a los pacientes a descubrir su pensamiento y su conducta y construir técnicas más adaptativas y funcionales de responder tanto inter- como intrapersonalmente.” (Freeman, 1983 citado en Caro, 2007 p.138).

Beck tenía como interés principal la depresión y la consideró, como un trastorno de la cognición. Según Freeman, “la triada cognitiva se manifiesta en el contenido de los pensamientos automáticos de los individuos, es decir en su respuesta cognitiva inmediata involuntaria, y no reflexiva, a una situación.” (Freeman, 1990 citado en Caro, 2007 p.147). Beck en 1964 habla de pensamientos automáticos, él menciona que no solo son pensamientos, sino también pueden ser imágenes, que surgen de manera inconsciente y que el individuo no puede controlar.

El ser humano antes de tener una idea, pasa por un proceso cognitivo, en el que el pensamiento se adquiere, hasta llegar a la última fase, donde el sujeto lo incorpora a su sistema de creencias, “el modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos”. (Ruiz, et al 2012 p.368)

Los esquemas cognitivos son entidades organizadas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986 citado en Ruiz, et al 2012 p.368).

El modelo cognitivo de la depresión fue uno de los trabajos importantes de Beck el postula que “en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que

a menudo reflejan pérdida, privación, inutilidad o derrota (Beck, 1967, 1970 citado en Ruiz, et al 2012 p.370).

Para Beck (1967) los esquemas negativos en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias.” (Citado en Ruiz, et al 2012 p.373).

En 1979 Beck establece 11 distorsiones cognitivas son las siguientes:

1. Pensamiento de todo o nada o pensamiento dicotómico: Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).
2. Sobregeneralización: Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.
3. Descontar lo positivo: Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.
4. Saltar a las conclusiones: Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va ocurrir.
5. Leer la mente: Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.
6. Adivinación: Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emocionales o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdad.

7. Magnificar/minimizar: Magnificar: tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación, o acontecimiento.
Minimización: proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.
8. Razonamiento emocional: Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.
9. Declaraciones de debería: Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.
10. Etiquetar: Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma despectiva.
11. Culpabilidad inapropiada: sentir que uno es el responsable de situaciones que no competen a la persona.

“Los pensamientos automáticos son fruto directo de nuestros esquemas. Pueden tomar una forma verbal o ideativa, son conclusiones juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente (de ahí su nombre) como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse. Son involuntarios, es decir, que incluso cuando el paciente quiere suprimirlos o sustituirlos, no puede hacerlo” (Caro, 2007 p.147). Los pacientes con este tipo de pensamiento afirman estas creencias, que son repetitivos e irracionales, aunque el paciente no lo ve así.

La terapia cognitiva es de tiempo limitado, rara vez excede de 30 sesiones (una por semana) y por lo general, emplea de 15 a 25 sesiones. En las primeras sesiones de la terapia cognitiva, el terapeuta explica al cliente la teoría cognitiva de trastornos emocionales, destacando las formas en que las cogniciones negativas contribuyen al

malestar. Se enseña al cliente la importancia de ser capaz de identificar, evaluar y reemplazar los pensamientos automáticos negativos con cogniciones más positivas. El terapeuta enseña al clientes estrategias conductuales de afrontamiento que él pueda utilizar cuando se presenten momentos de crisis, empleando técnicas como resolución de problemas y asertividad. En las últimas sesiones (12 a 16), el psicólogo tiene dos metas importantes:

La primera es trabajar con el cliente para consolidar las ganancias que ha conseguido en la terapia.

La segunda meta es trabajar en las recaídas y tratar de prevenir la recurrencia del trastorno. (Compas & Gotlib, 2003 p.268).

Un componente importante de la terapia será aprender a identificar los pensamientos que nos generan sufrimiento, identificar qué es irracional. Sustituirlos por pensamientos que sean más adecuados y ajustados a la realidad, lo que conducirá a una mejora de las emociones y en consecuencia, también a un comportamiento más adaptado y más positivo

La Terapia Cognitivo Conductual proporciona técnicas de relajación, habilidades sociales, recursos para tomar decisiones, resolución de problemas, etc. Las técnicas y recursos a emplear serán personalizadas a las necesidades y objetivos del cliente.

4.5. Técnicas de la Teoría Cognitivo Conductual.

5. La terapia Cognitivo conductual incluye un gran número de técnicas específicas que emplean principios psicológicos para modificar la conducta humana de forma terapéutica.
6. Terapia implosiva
7. La teoría y la terapia implosiva representan un enfoque conductual para el tratamiento psicopatológico, es una técnica de modificación de la conducta, específicamente para la extinción de la reactivación de la memoria.
8. El terapeuta somete al sujeto directamente al estímulo condicionado que produce respuestas muy fuertes desarrolladas para reducir o evitar estímulos históricamente condicionados

9. El terapeuta debe preparar la situación terapéutica para que no aparezca el reforzamiento primario o las consecuencias aversivas acompañando al estímulo condicionado; esto lo hace enseñándole antes al sujeto alguna técnica de relajación para que cuando se le presente el estímulo ansiógeno fuerte, el sujeto pueda responder con una reacción de relajación.
- 10.
11. Economía de fichas
12. Es una técnica psicológica de modificación de conducta que se basa en los principios del condicionamiento operante. Es utilizada frecuentemente con niños para promover y reforzar las emisiones de determinadas conductas socialmente deseables
13. Se define igualmente el reforzador simbólico, así como las reglas y condiciones para el intercambio, premio que por lo general es inicialmente material o tangible y luego se reemplaza por un reforzador social. Algunas variaciones de la técnica requieren de la definición, también inicial, de las conductas negativas, como las contingencias de castigo directo (tales como aislamiento) o bien pérdida o retiro de las fichas.
14. Costo de respuestas
15. El costo de respuesta es una técnica orientada a la reducción y eliminación de conducta a través del condicionamiento por castigo. Para ello se utiliza la supresión de estímulos positivos.

Consiste en la retirada de un reforzador que ya posee el sujeto o que previamente ha obtenido por su conducta adecuada. Es eficaz cuando: El sujeto tiene la posibilidad de acceder a los reforzadores por medio de la emisión de otras conductas adecuadas.

En la terapia racional emotiva suele actuar en dos formas:

1. Es hacerle ver al individuo en forma constante las ideas ilógicas y supersticiones que están en la base de sus temores.
2. Consiste en animar y persuadir al cliente a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene.

El psicoterapeuta debe estar muy consciente del enorme papel que la cognición o el filosofar desempeñan en los asuntos humanos, ya que así como pueden trastornar de manera emocional a una persona, también la pueden ayudar a superar dicho trastorno.

Métodos de imaginar

Son aquellos que permiten a los pacientes, al menos en su imaginación, encarar a personas y a acontecimientos por los que sienten verdadero temor; al inducirlos apreciarán que tales experiencias activantes no son en realidad tan terribles como ellos piensan

Técnicas cognitivas de A. Beck: El modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

1) Lista de actividades potencialmente agradables: Podemos incluir las que le gustaban antes

2) Lista de actividades de dominio: cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido

3) Programa semanal de actividades, incluyendo actividades de las listas señaladas (1 y 2) y evaluándolas entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado"

4) Asignación de tareas graduales: Se trata de que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De este modo, se instaura y mantiene en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces.

Autocontrol: técnica en la que el propio sujeto se marca objetivos en relación con su conducta y lleva a efecto la observación de la misma pudiendo proporcionarse refuerzo a sí mismo en caso positivo o autocastigarse en el supuesto contrario.

Auto-registro: Técnica básica del autocontrol, empleada como técnica de evaluación con el objeto de evaluar la conducta y como estrategia de intervención demostrando

su valor reactivo (las conductas deseadas aumentan y las no deseadas disminuyen); en la que el sujeto anota la emisión de la propia conducta en registros preparados específicamente. El auto-registro es especialmente útil tanto en niños como en adolescentes, con problemas de hiperactividad, impulsividad, bajo nivel de motivación, dificultades de relaciones interpersonales y déficit de habilidades sociales.

Autoevaluación: Se trata de la comparación que el sujeto hace de su conducta, y habilidades a partir del modelo que sirve de referencia. Depende de la expectativa sobre si la persona puede cumplir con un determinado objetivo de actuación, utilizándose para valorar la eficacia de la persona en la conducta que está aprendiendo a controlar y las causas de la misma. Por ej. La autoevaluación se utiliza en niños y adolescentes para modificar conductas aprendidas, en el tratamiento de desobediencia y malos tratos verbales, impulsividad e hiperactividad y problemas de desadaptación.

Auto instrucciones: Consiste en cambiar las verbalizaciones internas o pensamientos del sujeto cuya conducta se va a modificar por otras que le sean más útiles para realizar la tarea o solucionar el problema. Hacen referencia a lo que uno se dice frente a lo que dicen los demás, a las órdenes internas que se da uno mismo antes de comenzar la actividad. Es una técnica muy eficaz en el tratamiento de niños y adolescentes con problemas de hiperactividad e impulsivos, en dificultades de aprendizaje y en el control de conductas delictivas.

Resolución de problemas: Hace referencia a los procesos cognitivos relacionados con el uso del conocimiento y de las habilidades previamente adquiridas para enfrentarse con situaciones de las que se conoce el objetivo final, pero no el procedimiento para enfrentarse a ellas e implica procesos de razonamiento más o menos complejos. Se entiende por problema la relación discrepante entre la realidad y los objetivos deseados, al desequilibrio entre demandas y posibilidad de respuestas adaptativas, entre lo pedido y la posibilidad de respuesta adecuada. Es eficaz cuando los niños o adolescentes, con problemas de alcohol, drogadicción fracaso escolar, indecisión vocacional obesidad.

4.6. Programa de intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas.

Este programa se constituye por 5 sesiones de 45 a 60 minutos una vez por semana.

La primera parte es la inducción al programa: duración de 40 a 60 minutos.

Se establece rapport, establece un ambiente cómodo para el paciente mientras que el terapeuta comienza a explicar el objetivo y actividades de la sesión. Se le entrega al adolescente el material "Reporte de Resultados" este material es para describir el patrón de consumo, los efectos del tipo de sustancia que el adolescente consuma, el proceso de adicción, las consecuencias a corto y largo plazo asociada al consumo, así como los recursos con los que cuenta y que les pueden ser de utilidad en el cambio. Se identifica en qué nivel se encuentra su consumo, Leve, Moderado, Alto.

Posteriormente se le proporciona al adolescente toda la información recabada mediante la línea base, se analiza el consumo, así como el proceso adictivo. Se plantean metas iniciales de reducción y metas de abstinencia; estas metas se fijan en común acuerdo entre el terapeuta y el adolescente.

Finalmente se presenta el total de días que el adolescente ha consumido alcohol o drogas ilegales en los últimos seis meses, y el mayor número de días de abstinencia en el mismo periodo. Se explica qué es el abuso de sustancias y el proceso adictivo, además de está expuesto a pasar del abuso a la dependencia de sustancias, se explican las consecuencias asociadas al consumo de drogas.

Se elaboran alternativas adecuadas y factibles que el adolescente formulará junto con el terapeuta, posteriormente el joven realizará una toma de decisiones, considerando las cosas buenas y las no tan buenas. El terapeuta elabora un resumen de la sesión resaltando los puntos más importantes de ésta.

En la sesión No.1 Balance decisional y establecimiento de meta de consumo:

Los componentes fundamentales del programa de intervención breve es el entrenamiento en Auto-regulación de la conducta adictiva que consiste en técnicas conductuales que incluyen el planteamiento de metas, auto-registro, dirección y orientación para el logro de metas, análisis funcional de las situaciones de consumo y el desarrollo de alternativas de enfrentamiento.

En esta primera sesión se establecen metas de tratamiento fijadas por el paciente, el terapeuta ayudará al paciente a analizar su consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para cambiar su patrón de consumo.

Otro de los elementos importantes en esta primera sesión es la revisión de ventajas y desventajas de continuar o cambiar el consumo de la sustancia; está es una técnica llamada “balanza decisional” y está basada en el trabajo de (Jannis & Mann 1977, citado por Martínez, et al 2009 p.21). La duración de la sesión es de 45 a 60 minutos.

El material a utilizarse en esta sesión es un formato de auto-registro (lo proporciona el terapeuta, Material “Balanza Decisional” dependiendo de la sustancia que consume alcohol o drogas, (es un formato para cada caso).

Como elemento común en todas las sesiones una fase importante es el establecimiento de rapport, posteriormente, el terapeuta y el adolescente revisan el formato de auto-registro, se analizan los días de consumo, cantidad de consumo, situaciones de consumo y la posibilidad de que el adolescente haya empleado algunas estrategias para la reducción de su consumo durante esta semana. El psicólogo hace énfasis en que se revisará y se llenará el auto- registro al principio de cada sesión del programa.

El psicólogo explica la metodología de la técnica “Balanza Decisional”, para que posteriormente el adolescente realice el ejercicio de llenado del formato, él psicólogo le explica las ventajas y la utilidad de esta técnica. Al terminar el adolescente de realizar su balanza decisional, se analizan ambas, ventajas y desventajas y finalmente se analizan las consecuencias del consumo a corto y largo plazo. Él psicólogo y el joven analizan y ejemplifican las consecuencias del consumo de drogas, analizarán de la siguiente manera las consecuencias:

- a) Consecuencias físicas (sensaciones corporales).
- b) Consecuencias emocionales: (cambios de humor)
- c) Consecuencias sociales (daño en las relaciones con los demás)
- d) Lo que está pensando (sentirse culpable, sentirse fuera de control)

Al terminar el análisis de las consecuencias se explica el ejercicio de “Decisión de Cambiar” y se revisa con la finalidad de que el adolescente comprenda el ejercicio. El terapeuta explica al adolescente que en caso excesivo de alcohol la meta que puede elegir puede ser la abstinencia o la moderación, ambos revisan las limitaciones personales para la ejecución y logro de su meta (factores de riesgo y protectores, apoyo social, problemas relacionados con el consumo, nivel de dependencia). Los elementos importantes para que una meta establecida sea viable, es que la meta debe ser autoestablecida y realista; de esta forma la meta fijada, estará más consolidada y tendrá pocas posibilidades de fallar.

Sesión No. 2 Situaciones de Riesgo.

Esta sesión está dedicada para que el adolescente identifique situaciones que presentan un riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas de esta forma se incorpora el componente de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, que aborda la identificación de situaciones en donde existe un alto riesgo de recaída, lo cual da lugar a preparar al individuo a tratar efectivamente con esas situaciones.

La duración de la sesión es de 40 a 60 minutos; el material a utilizar es el formato de Auto-registro, material situaciones de riesgo. Se inicia la fase de rapport para generar un ambiente agradable y posteriormente se llena el cuadernillo de registro diario de consumo. Se hace un resumen de los puntos importantes de la sesión pasada, en cuanto a las ventajas de cambio y además recordar la meta establecida. Para poder planear un cambio, el siguiente paso consiste en identificar las situaciones de consumo excesivo y las consecuencias relacionadas.

Posteriormente el psicólogo explica al adolescente la definición y función de las recaídas como parte del proceso de cambio en el patrón de consumo, enfatizando que una nueva conducta requiere práctica y por esta razón en ocasiones se puede presentar una recaída. El terapeuta proporciona algunas sugerencias para manejar la recaída en el momento que se presente; el psicólogo le menciona al paciente que es posible que no tengas éxito en todas las ocasiones. Si tienes una recaída, muy probablemente experimentarás una poderosa reacción emocional negativa. Si tienes una recaída es muy probable que:

- Sientas que cambiar es muy difícil y no vale la pena el esfuerzo.
- Te sientas culpable, y tal vez un poco deprimido.
- Pienses que eres una persona débil o “perdedora”.

Estas son reacciones naturales por la recaída. Puedes cambiar esos pensamientos negativos con las siguientes estrategias:

- Piensa en el resbalón como un error: Todos cometemos errores. Mejor piensa qué hiciste para llegar a la recaída y cómo corregirlo para evitar resbalarte de nuevo.
- Reconoce que una recaída no significa que estás regresando a tu patrón de consumo anterior.
- Recuerda tus motivaciones para cambiar.

Finalmente se procede a identificar situaciones de consumo, los ejemplos de algunas de estas situaciones son:

Situaciones inesperadas, situaciones que tú buscas, situaciones desagradables, situaciones agradables, una vez identificadas estas situaciones el adolescente identificará las consecuencias de las situaciones de consumo.

A partir de la identificación de las situaciones de mayor consumo, el psicólogo le explica al adolescente la importancia de enfrentar estas situaciones realizando acciones planeadas por él mismo basadas en las experiencias exitosas de

abstinencia o moderación que ha tenido. El siguiente paso es elaborar un plan de acción que te ayude a cambiar tu consumo en las situaciones que identificaste.

Se realiza el cierre de sesión con un resumen de los puntos más importantes vistos en ese día.

Sesión No.3 Planes de Acción.

Durante la sesión el usuario junto con el terapeuta diseñarán estrategias para el manejo de una recaída con base en lo visto en la sesión anterior. En esta sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas, con el fin de que el usuario desarrolle estrategias de afrontamiento para sus situaciones principales de consumo. Así mismo, se identifican los recursos propios del usuario (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que puede utilizar para modificar su conducta. El objetivo de esta sesión es que el adolescente elabore planes de acción para enfrentar las principales situaciones de consumo.

La duración será de 40 a 60 minutos. Como usualmente en cada una de las sesiones se procede a generar un ambiente cálido, posteriormente se realiza el llenado del cuadernillo del registro diario de consumo.

En esta sesión el elemento fundamental es desarrollar planes de acción, para la realización del plan de acción se deberá considerar los siguientes aspectos:

- Describir tus planes paso por paso
- Todos los planes deberán ser posibles de realizar, aunque en algún momento sea probable que sientas que podrías tener dificultades al poner en práctica estas opciones
- Describir las posibles consecuencias para cada plan, es decir, lo que crees que pasará si utilizarás exitosamente tus opciones en vez de consumir
- Considerar las consecuencias tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo
- Finalmente decidir cuál de esos planes es el mejor para enfrentar tu problema de consumo.

El terapeuta hace un resumen de la sesión, considerando los elementos más importantes de ésta, es decir, los planes de acción elegidos para enfrentar sus situaciones principales de consumo y la importancia de llevarlos a la práctica en la vida cotidiana.

Sesión No. 4 Metas de vida.

Esta sesión se apoya fundamentalmente en las aproximaciones terapéuticas de solución de problemas y entrevista motivacional, que apoyan el uso de las experiencias de la vida las metas y los valores. Favorece que los usuarios reconozcan sus aspiraciones y competencias, más que enfocarse exclusivamente en las áreas problemáticas de sus vidas, fomentando así una perspectiva enfocada en las soluciones. El objetivo de esta sesión es que el adolescente analice el impacto del consumo en el logro de sus metas de vida a corto, mediano y largo plazo. Como es usual en cada una de las sesiones el psicólogo establecerá el rapport en la sesión generando un ambiente de confianza, y posteriormente hará un resumen de la sesión pasada haciendo énfasis en el plan de acción.

Se revisan las metas a corto, mediano y largo plazo realizadas por el adolescente y se analizan los obstáculos con los que se enfrenta o se pueden enfrentar en un futuro y como puede resolver estos obstáculos a lo largo de este proceso.

El psicólogo explicará que es una meta y los tipos de metas, así como la duración de las metas. El terapeuta guía al usuario en la planeación de pasos y acciones para lograr sus metas establecidas ayudados por el material anexo en el programa “los caminos para lograr las metas”.

Sesión No. 5 Cruzando la Meta.

En esta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. El objetivo de esta sesión es que el adolescente revise el progreso en cuanto a la reducción de su consumo y realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio. La duración de la sesión será de 60 minutos, el

material que se utilizará es el formato de Auto-registro, Material 5 “Cruzando la meta”, gráfica de progreso y cuestionario de confianza situacional. Como un elemento común en todas las sesiones se genera en consulta un ambiente agradable, el psicólogo junto con el adolescente hará un resumen de la sesión pasada recordando los puntos más importantes vistos.

Terapeuta y paciente revisan el cuadernillo de registro diario, revisan el cumplimiento de la meta establecida esa semana, posteriormente se hará un análisis del progreso durante el tratamiento que consiste en; revisar el cumplimiento de la meta establecida desde el inicio de éste, es decir, la reducción de la cantidad y/o frecuencia del consumo de alcohol y/o drogas, por medio del análisis de la gráfica de consumo general obtenida a través de cada uno de los registros correspondientes a la sesiones de tratamiento.

El terapeuta debe discutir con el adolescente la efectividad obtenida de sus planes de acción para enfrentar las situaciones de consumo. El terapeuta debe debatir con el usuario, de acuerdo a los resultados obtenidos durante todas las sesiones del programa de intervención breve, aspectos como la reducción del consumo (cantidad y frecuencia), situaciones actuales de consumo, nivel de auto-eficacia percibida y la efectividad de los planes de acción en el enfrentamiento de las situaciones de consumo.

La fase de evaluación del tratamiento tiene como finalidad evaluar el tratamiento mediante la aplicación del cuestionario de satisfacción para familiares y amigos (Vargas & Martínez, 2008).para lo cual se puede citar en esta sesión a un familiar o amigo no consumidor del adolescente. Como parte final del tratamiento, el terapeuta pregunta al usuario si cree necesario agregar sesiones a su tratamiento. Se hace un resumen general del proceso terapéutico tomando en cuenta los logros del usuario, se le recuerda su nueva meta, las estrategias desarrolladas para enfrentar sus situaciones de consumo.

Seguimiento

El objetivo de esta sesión es identificar los avances del adolescente para el logro de su meta, por lo menos en una ocasión seis meses después de concluir el programa. Aunque los periodos de seguimiento pueden variar dependiendo de la evolución que el adolescente haya presentado durante el tratamiento. A duración de esta sesión es de 60 minutos. El material es una entrevista de seguimiento a seis meses, cuestionario de confianza situacional.

Este es el programa PIBA implementado en la Unidad UNEME Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA). Como se puede observar es un programa con fundamento en la Teoría Cognitivo Conductual (TCC), y utilizando herramientas y técnicas, de esta teoría para un mejor resultado.

Este capítulo termina englobando las temáticas centrales de la investigación, con el programa PIBA, el cual hace una intervención primaria enfocándose a los adolescentes que han tenido consumo de drogas, la intervención terapéutica es puramente Cognitivo Conductual, ofreciendo resultados tangibles y avances importantes en el tratamiento para dejar las drogas. En la búsqueda del mundo de la información, se encontraron algunas investigaciones afines a este proyecto; se consideró importante agregarlas debido a su alto contenido de información relacionada.

CAPÍTULO V

INVESTIGACIONES RELACIONADAS

CAPITULO IV INVESTIGACIONES RELACIONADAS.

5.1. Resiliencia en adolescentes Mexicanos.

Título: Resiliencia en adolescentes Mexicanos

Autores: Norma Ivonne González Arratía López Fuentes, José Luis Valdez Medina, Yasmín Carolina Zavala Borja.

Institución: Universidad Autónoma del Estado de México.

Año: 2008

Propósito: Conocer los factores de la resiliencia presentes en adolescentes mexicanos.

Enfoque de Investigación: La metodología fue de Carácter cuantitativo

Diseño de la investigación: Diseño descriptivo

Sujetos: (muestra tipo propositivo) 200 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de secundaria y preparatoria, entre 14 y 18 años.

Instrumento: Cuestionario de resiliencia (Fuerza y seguridad personal), desarrollado por Silvia López Larrosa, José Luis Rodríguez-Arias Palomo

Resultados (alcances y limitaciones): En el análisis factorial se obtuvieron seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Los análisis por sexo muestran mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia. Se concluye que la resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a sí mismos y a su realidad adversa. En este sentido, la resiliencia abre el camino hacia la salud mental de la persona.

Esta investigación está relacionada, ya que habla de los factores de resiliencia en los adolescentes, además de que el instrumento que se utilizó en la investigación “Cuestionario de resiliencia (Fuerza y seguridad personal)” fue considerado para evaluar la resiliencia en los adolescentes que se encuentran en el programa PIBA.

5.2. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo.

Título: Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo.

Autores: Silvia López Larrosa, José Luis Rodríguez-Arias Palomo

Institución: Universidad de A Coruña y Hospital Virxe da Xunqueira

Año: 2010

Propósito: El consumo de drogas tiene considerables implicaciones sociales y personales, por lo que es esencial la identificación de factores de riesgo y protección.

Enfoque de Investigación: La metodología fue de Carácter cuantitativo

Diseño de la investigación: Diseño descriptivo

Sujetos: Participaron 2.440 alumnos de 12 a 18 años de 12 municipios de la Costa de Morte.

Instrumento: Aplicación del cuestionario Communities that Care youth Survey (CTCYS) (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, 2005; Glaser, Van Horn, Arthur, Hawkins y Catalano, 2005)

Resultados (alcances y limitaciones): Los factores de riesgo más elevados se encuentran en la escuela: Fracaso académico (61,3%), y en la comunidad: normas favorables al consumo de drogas (51,5%) y disponibilidad percibida de drogas (53,1%). El porcentaje mayor en la familia (22,7%) se da en escaso manejo (supervisión parental y existencia de reglas claras), y en el ámbito individual en depresión (32,9%).

En cuanto a los factores protectores los porcentajes son en general, elevados, Indicando una importante protección en todos los ámbitos en que se relacionan los adolescentes, especialmente en la familia y el individuo (menos en religiosidad, con un 49%).

Los porcentajes más bajos se encuentran en la comunidad, en recompensas por la implicación prosocial (50%) (Reconocimiento de lo que hacen y ánimo para mejorar por parte de los miembros del vecindario), y en oportunidades para la, implicación en la escuela (47,7%) (Posibilidad de decidir e implicarse en el colegio y en su *propio* proceso de aprendizaje).

Esta investigación tiene una estrecha relación, debido a que se hace una aplicación de un instrumento para identificar factores de riesgo y de protección en los adolescentes.

5.3.- Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupo de discusión.

Título: Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de contenido a través de Grupos de Discusión.

Autores: María de los Ángeles Páramo.

Institución: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Año: 2011

Propósito: Es realizar un análisis profundo de los factores de protección y factores de riesgos en la adolescencia.

Enfoque de Investigación: La metodología fue de Carácter Cualitativo

Diseño de la investigación: Diseño Narrativo

Sujetos: Muestra Argentina de adolescentes, padres, profesores y psicólogos; adolescentes de 15 a 20 años, de ambos sexos. 23 adolescentes, 20 adultos (padres, profesores y psicólogos de adolescentes), residentes de la ciudad de Mendoza, Argentina.

Instrumento: Técnicas de grupo de discusión, Entrevista grupal.

Resultados (alcances y limitaciones): La mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias. El contar con profesionales interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo es otro elemento importante. Para ello, deben ser capaces de priorizar los mejores intereses del adolescente, y colocar en un segundo lugar su propio desarrollo profesional. Esta capacidad de entrega es algo que captan rápidamente en un buen maestro o en un profesional realmente dedicado a ellos.

Esta investigación se relaciona con este proyecto porque habla de los factores de protección y factores de riesgo, haciendo un análisis profundo desde diferentes perspectivas, y esto complementa la investigación realizada.

Cierre General

En las investigaciones anteriores, la temática central es en relación a los factores de riesgo y factores de protección en los adolescentes, sin embargo éstas se limitan solo a la aplicación de un instrumento que permite identificar y describir dichos factores, por lo contrario en este proyecto de investigación no solo se evalúan los factores de protección sino que se va mas allá, ya que se diseña e implementa un taller de intervención, el cual tiene la finalidad de fortalecer los factores de protección, por lo que posteriormente se evalúan las actitudes resilientes de los jóvenes, para ver el impacto que tuvo la intervención sobre ellos.

Estas fueron las investigaciones relacionadas con la investigación, las cuales hicieron su aportación de manera importante, una de ellas aportó el cuestionario que fue utilizado para medir la resiliencia en los adolescentes. Una vez ya empapados de la teoría que dará sustento a la investigación se procederá a describir el procedimiento metodológico que nos guiará para dar los resultados esperados.

Método

Enfoque del estudio.

El enfoque de la investigación fue de Carácter cuantitativo.

Alcance del estudio.

El alcance de la investigación a realizar será explicativo de acuerdo a lo siguiente:

Van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2010 p. 84)

Diseño de la investigación.

“Para la investigación se utilizará un diseño cuasiexperimental, ya que en los diseños cuasiexperimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera cómo se formaron es independiente o aparte del experimento)” (Hernández et al., 2010 p.148).

Se considera importante utilizar este diseño porque se pretende demostrar si dicho taller Fortalece los factores de protección.

El diseño de investigación será del tipo cuasiexperimental, será un diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo. Ya que se pretende en el cuasiexperimento aplicar un test que evaluará la resiliencia en los adolescentes y posteriormente diseñar e implementar el taller preventivo que brindará herramientas útiles para los adolescentes, y se finalizará con la aplicación nuevamente del test que evaluará la resiliencia. Este diseño será aplicado a adolescentes que se encuentran en el programa PIBA.

Variables.

Variable Independiente: Intervención Preventiva

Variable Dependiente: Factores de protección

Variable independiente

Taller

Variables dependientes

Factores de protección:

- Seguridad personal.
- Autoestima.
- Afiliación.
- Altruismo.
- Familia.
- Baja autoestima.

Definiciones Conceptuales.

Intervención Preventiva

- La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998)

Definición Operacional.

“Taller Habilidades para la vida”

El taller tiene como finalidad desarrollar en los adolescentes las habilidades de confrontamiento y de resiliencia. Este taller se diseña en base a las deficiencias que se obtuvieron en cada una de las escalas del Test de Resiliencia aplicado, como objetivo se pretende elevar los resultados en cada una de las escalas y aumentar la resiliencia en el adolescente.

El taller consiste en trabajar con los adolescentes durante diez sesiones de tres horas impartiendo temas relacionados con cada una de las escalas en las que se necesita aumentar la resiliencia, además de que se abordan temas importantes, que les serán útiles a lo largo de la vida. El taller es una herramienta que ayudará a los adolescentes a potencializar sus habilidades para un mejor empleo.

Definición conceptual

Factores de protección

“Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004 p. 85)

Definición operacional

El instrumento que se utilizará para medir las variables de factores de protección será el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) (González-Arratía et al., 2008).

Hipótesis.

Hi: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá las habilidades resilientes de un grupo de adolescentes.

Ho: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” no fortalecerá las habilidades resilientes de un grupo de adolescentes.

Hi: Existe una diferencia estadísticamente significativamente entre los resultados de la pre-prueba y la post-prueba.

Ho: No Existe una diferencia estadísticamente significativamente entre los resultados de la pre-prueba y la post-prueba.

Hi 1: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de seguridad personal en un grupo de adolescentes.

Hi 2: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de Autoestima en un grupo de adolescentes.

Hi 3:

El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de Afiliación en un grupo de adolescentes.

Hi 4: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de baja autoestima en un grupo de adolescentes.

Hi 5: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de altruismo en un grupo de adolescentes.

Hi 6: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” fortalecerá el factor de protección de la familia en un grupo de adolescentes.

Ho 1: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de seguridad personal.

Ho 2: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de Autoestima.

Ho 3: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de Afiliación.

Ho 4: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de baja autoestima.

Ho 5: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de altruismo.

Ho 6: El desarrollo e implementación de un taller preventivo para adolescentes que están en el Programa PIBA en la unidad CAPA Héroes de Granaditas no fortalecerá el factor de protección de la familia.

Muestra.

La unidad de análisis será el grupo de adolescentes, la muestra es no probabilística ya que “La ventaja de una muestra no probabilística —desde la visión cuantitativa— es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema” (Hernández et al., 2010). Se trabajará específicamente con la muestra de participantes, el cual es un grupo formado naturalmente o también llamado grupo intacto. La muestra está integrada por 15 adolescentes.

Los criterios de inclusión de la muestra son:

- Adolescentes de 14 a 18 años de edad.
- Adolescentes que participan en el programa PIBA en Centro de Atención Primaria contra las Adicciones.
- Adolescentes femeninos y masculinos.

Instrumento.

Nombre: Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) (González-Arratia et al., 2008).

Sujetos de aplicación: Adolescentes

Interpretación: Para su interpretación se consideran 3 niveles: 0 a 30 baja resiliencia, 31 a 70 moderada y de 71 a 100 alta resiliencia.

Tiempo de aplicación: 20' a 25' aproximadamente.

Descripción del instrumento.

Es un cuestionario de 44 reactivos, con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 a 100 % para cada reactivo; evalúa en diez dimensiones de la resiliencia como capacidad de afrontamiento personal frente a la adversidad, Las seis dimensiones son:

1. Seguridad Personal
2. Autoestima
3. Afiliación
4. Altruismo
5. Baja Autoestima
6. Familia.

Características Psicométricas:

Confiabilidad: la adaptación del cuestionario en población Mexicana permite explicar 49.48% de varianza, coeficiente Alpha $\alpha=0.92$.

La administración del Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) (González-Arratia et al., 2008) puede ser aplicado de manera individual o grupal.

Material.

Material para la aplicación del instrumento:

- “Cuestionario de resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal)” desarrollado por (González-Arratia et al., 2008)
- Lápiz del No. 2

Material para la aplicación del Taller:

Sesión No.1

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón, Tríptico de la comunicación (Material de CAPA), Dos hojas con casos

Sesión No.2

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”.
- Cañón, Tríptico de solución de problemas (Material de CAPA), Dos juegos de copias con la dinámica, 1 hoja con las indicaciones, 2° hoja con un cuadro.
- Lápiz, Goma, Sacapuntas, Hojas blancas 2.

Sesión No.3

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”.
- Cañón.
- Tríptico de Las Emociones (Material de CAPA), Cartulina, Marcador , Tijeras

Sesión No.4

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón,
- Material, para dinámica: Pizarrón, Plumones, Hojas de papel, Lápices

Materiales para la dinámica “Rescatando lo positivo de los momentos críticos vividos”:

- Hojas, Lápices

Sesión No.5

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón, Papel, Lápiz.

Sesión No. 6

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”. Cañón, Cartulina, Marcadores, Fotografías de los integrantes de la familia.

Material para la Dinámica: “Me comunico con mamá y papá”

- Hojas blancas, Colores.

Sesión No. 7

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”.
- Cañón, Hoja blanca, Presentación, Papel Bond, Marcadores.

Sesión No. 8

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón, Papel Bond, Marcadores, Hoja blanca.

Sesión No. 9

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón, Hoja de color rojo, Pluma de tinta negra.

Sesión No. 10

- Presentación con los temas del taller “Habilidades para la vida”, Cañón, Globos, Feltro, Aguja, Hilo, Tijeras, Hojas de papel cortadas en cuadros pequeños.

Procedimiento.

FASE I.

En esta primera etapa se procedió a solicitar permiso a la institución Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), para implementar el taller “Habilidades para la vida”. Se hizo contacto con la Mtra. Jessica Claudia Valdez González quien es la Jefa de la unidad UNEME CAPA.

FASE II.

Una vez que se adquirió el permiso para trabajar en CAPA se seleccionó la muestra que está conformada por: adolescentes de entre 14 y 18 años que están en Piba, la muestra es natural y/o intacta. Dicha muestra ésta integrada por 15 adolescentes.

Se tomará una muestra de participantes la cuál será un grupo natural o intacto.

FASE III

Ya formada la muestra se les darán las indicaciones previas al cuasiexperimento que consiste en indicarles que se realizará una prueba con duración de 20 a 25 minutos.

Se aplicará el instrumento en su fase de preprueba.

Aplicación del instrumento: Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) (González-Arratia et al., 2008) en fase de pre-prueba.

FASE IV.

En esta fase se realiza el análisis estadístico descriptivo de los datos de la pre-prueba con ayuda del programa SPSS, el cual incluye:

- Medidas de tendencia central
- Medidas de dispersión:
- Medidas de distribución
- Gráficos (Histogramas con área bajo la curva)

FASE V.

Diseño del taller de intervención “Habilidades para la vida”, se procederá a diseñar el taller preventivo; con los temas de comunicación asertiva, solución de problemas, manejo de emociones, resiliencia, autoestima, redes de apoyo, autopercepción y factores de protección, la familia. (Elaboración de la Carta Descriptiva)

FASE VI.

Una vez diseñado el taller, se procede a implementarlo a la muestra descrita anteriormente; dicha implementación será en diez sesiones de tres horas cada una de ellas.

FASE VII

Aplicación del instrumento en su fase de post-prueba.

Aplicación del instrumento “Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) (González-Arratia et al., 2008).En su fase de post-prueba con duración de 20 a 25 a minutos.

FASE VIII.

En esta fase se realiza el análisis estadístico descriptivo de los datos de la post-prueba con ayuda del programa SPSS, el cual incluye:

- Medidas de tendencia central
- Medidas de dispersión:
- Medidas de distribución
- Gráficos (Histogramas con área bajo la curva)

FASE IX.

En esta fase se realizará el análisis estadístico inferencial de los datos obtenidos en la pre-prueba y la post-prueba con ayuda del programa SPSS.

Aplicando la prueba t de Student para muestras apareadas con un solo grupo.

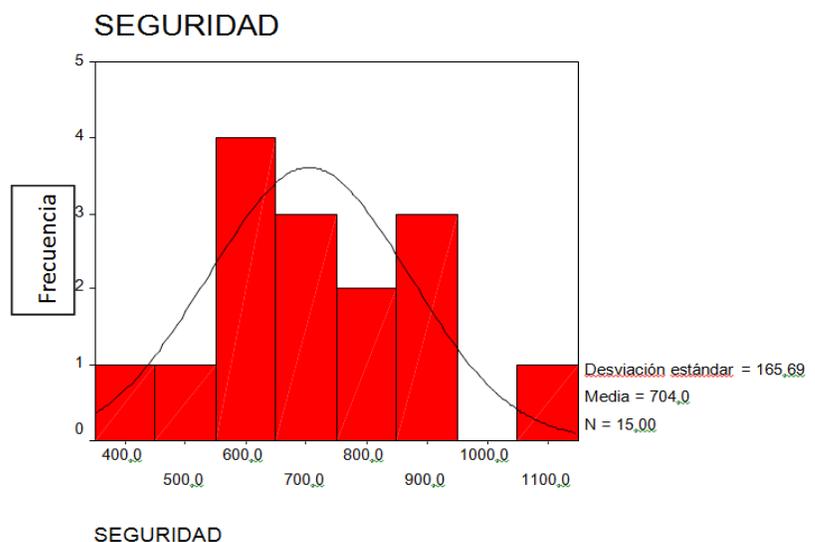
“Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable” (Hernández et al., 2010 p.319).
Con la prueba t de student se podrán comparar los resultados de la pre-prueba la post-prueba.

Análisis estadístico descriptivo de la fase de pre-prueba.

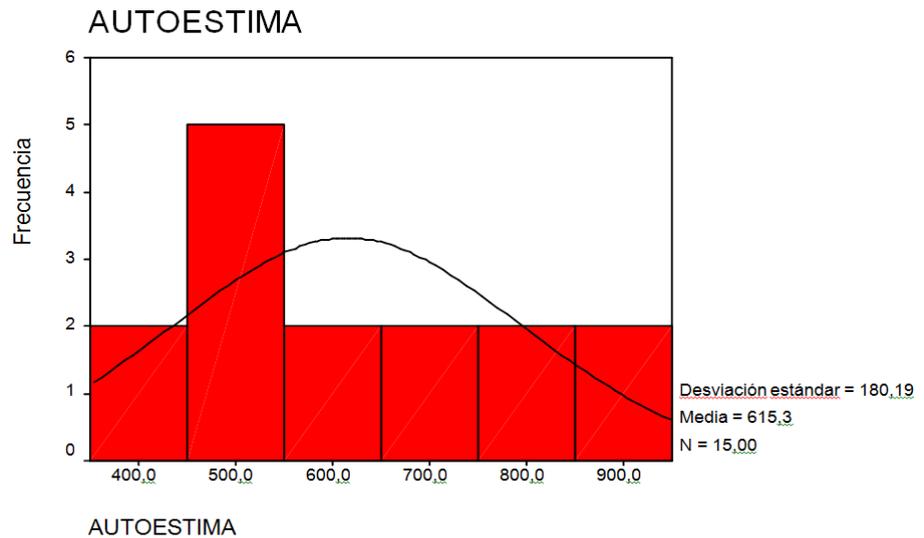
	Seguridad	Autoestima	Afiliación	Altruismo	Familia	Baja Autoestima
N	15	15	15	15	15	15
valores Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	704,00	615,33	324,00	251,00	262,66	317,33
Mediana	700,00	610,00	340,00	240,00	310,00	300,00
Moda	590,00	450,00	390,00	200,00	200,00	290,00
Desviación Estándar	165,69	180,19	114,81	65,01	105,86	65,57
Varianza	27454,28	32469,52	13182,86	4226,66	11206,67	9135,23
Asimetría	,367	,497	-,644	,142	-,322	,501
Error Estándar de la asimetría	,580	,580	,580	,580	,580	,580
Curtosis	,190	-1,18	,838	-1,548	-1,51	,114
Erro Estándar de la Curtosis	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
Rango	640,00	530,00	440,00	190,00	310,00	350,00
Mínimo	420,00	400,00	60,00	160,00	80,00	150,00
Máximo	1060,00	930,00	500,00	350,00	390,00	500,00
Sum	10560,00	9230,00	4860,00	3770,00	3940,00	4760,00

Tabla No. 1 análisis estadístico descriptivo pre-prueba.

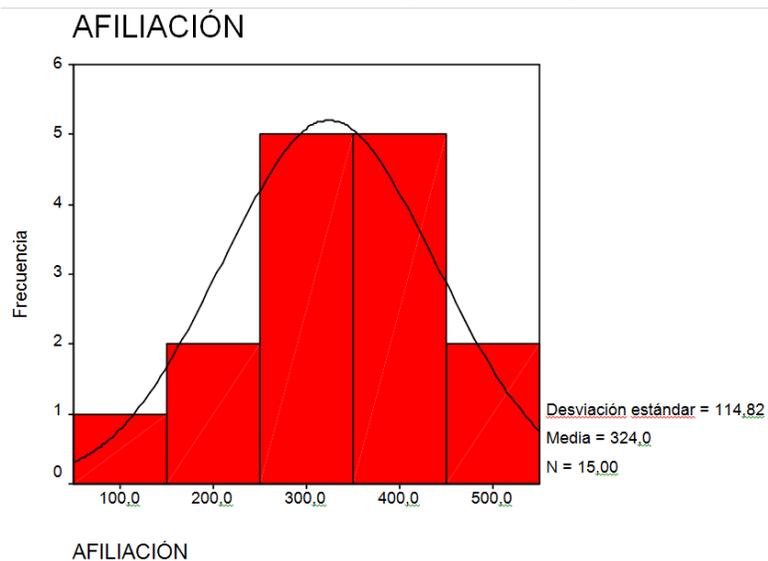
La variable de “**Seguridad Personal**” presenta un nivel de resiliencia Moderado. La categoría que más se repitió fue 59. 50% de los individuos está por encima del valor 70 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. En promedio los participantes se ubican en 70. Así mismo se desvían de 70, en promedio, 165,69 unidades de la escala.



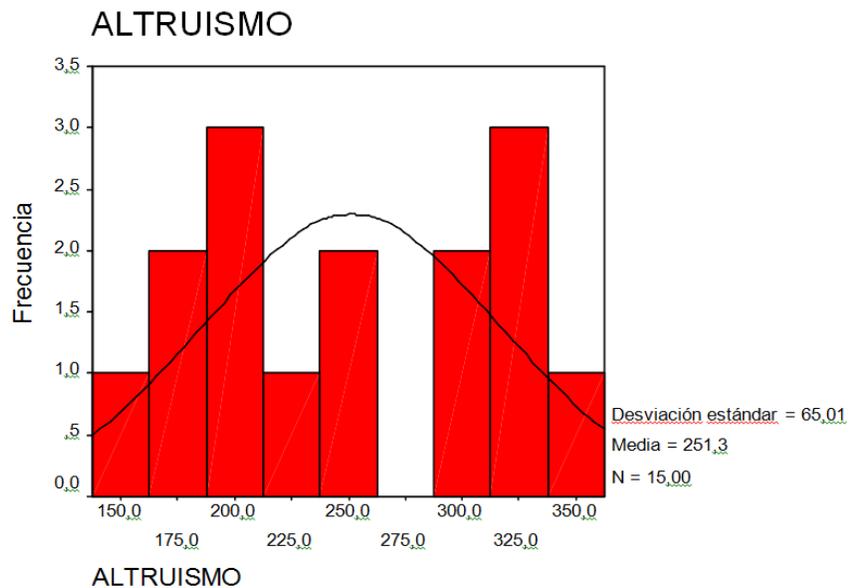
La variable de “**Autoestima**” presenta un nivel de resiliencia Moderada. La categoría que más se repitió fue 45. 55% de los individuos está por encima del valor 61 y el restante 49% se sitúa por debajo de este valor 61. En promedio los participantes se ubican en 61. Así mismo se desvían de 61, en promedio, 180,19 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Moderados)



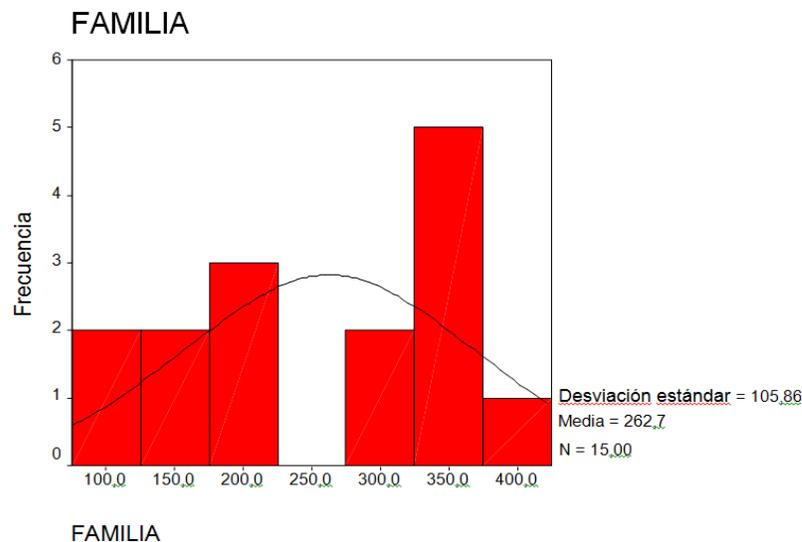
La variable de “**Afiliación**” presenta un nivel de resiliencia Moderado. La categoría que más se repitió fue 39, 50% de los individuos está por encima del valor 34 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 34. En promedio los participantes se ubican en 32. Así mismo se desvían de 32, en promedio, 114,81 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Moderados)



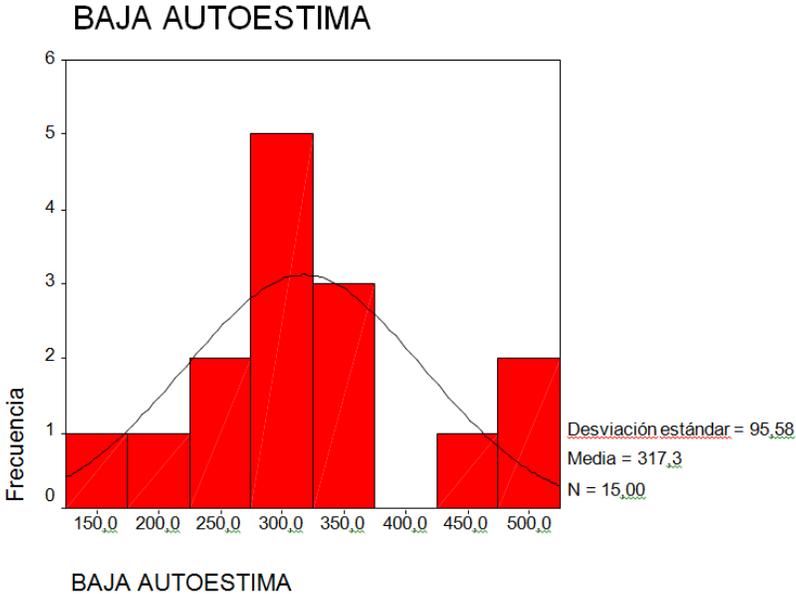
La variable de “**Altruismo**” presenta un nivel de resiliencia Moderado. La categoría que más se repitió fue 20 50% de los individuos está por encima del valor 24 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 24. En promedio los participantes se ubican en 25. Así mismo se desvían de 25, en promedio, 65,01 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Moderados).



La variable de “**Familia**” presenta un nivel de resiliencia Moderado. La categoría que más se repitió fue 20, 50% de los individuos está por encima del valor 31 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 31. En promedio los participantes se ubican en 26. Así mismo se desvían de 26, en promedio, 105,86 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Moderados).



La variable de “**Baja Autoestima**” presenta un nivel de resiliencia Moderada. La categoría que más se repitió fue 50% de los individuos está por encima del valor 30 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 30. En promedio los participantes se ubican en 31. Así mismo se desvían de 31, en promedio, 95,57 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Moderados)



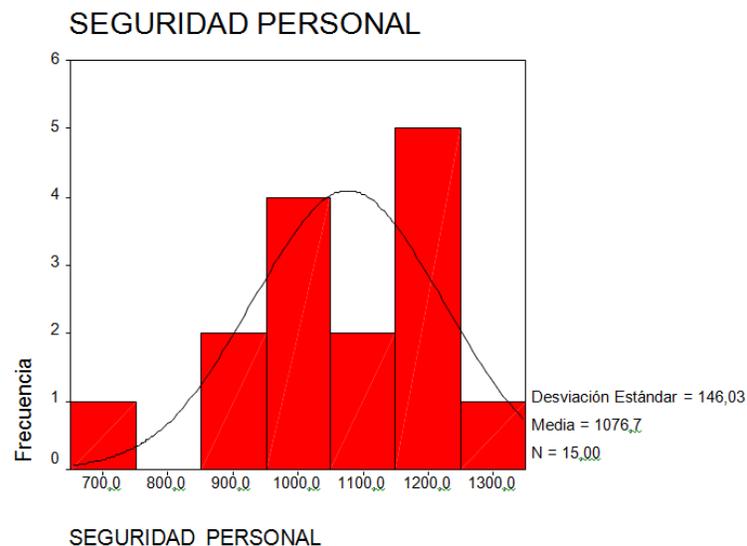
Análisis estadístico descriptivo de la fase de post-prueba.

	Seguridad	Autoestima	Afiliación	Altruismo	Familia	Baja Autoestima
N	15	15	15	15	15	15
valores Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	1079,66	928,66	398,66	308,66	326,00	345,33
Mediana	1070,00	970,00	390,00	320,00	340,00	360,00
Moda	940,00 ^a	760,00 ^a	360,00 ^a	330,00 ^a	360,00 ^a	370,00 ^a
Desviación Estándar	146,02	119,21	58,41	25,59	51,38	76,79
Varianza	21323,81	14221,38	3412,38	655,23	2640,00	5898,09
Asimetría	-,707	-,869	-,068	-,390	-1,08	-1,57
Error Estándar de la asimetría	,580	,580	,580	,580	,580	,580
Curtosis	,308	-,503	-1,47	-,811	,980	3,62
Erro Estándar de la Curtosis	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12
Rango	530,00	380,00	170,00	90,00	180,00	310,00
Mínimo	740,00	690,00	310,00	260,00	200,00	130,00
Máximo	1270,00	1070,00	480,00	350,00	380,00	440,00

Tabla No. 2 análisis estadístico descriptivo post-prueba.

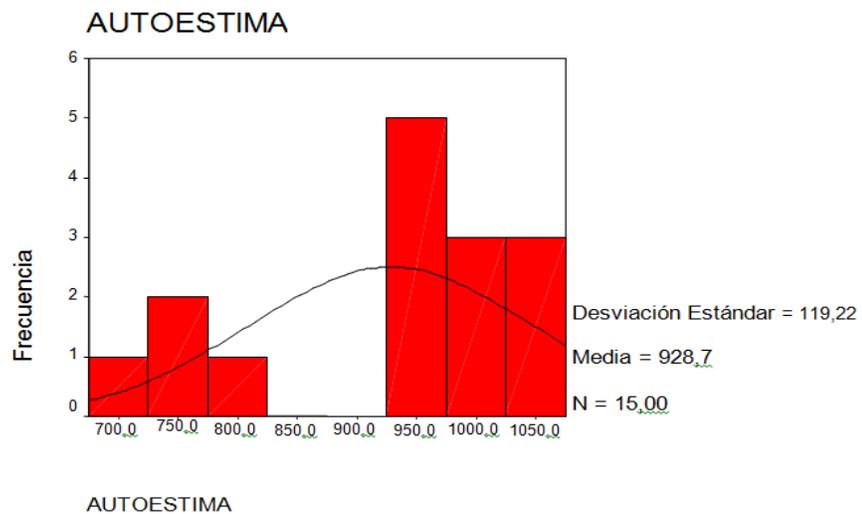
La variable de “**Seguridad Personal**” presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 94, 50% de los individuos está por encima del valor 107 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 107. En promedio los participantes se ubican en 107. Así mismo se desvían de 107, en promedio 146, 02 unidades de la escala. Ninguna persona puntuó con el nivel más bajo.

Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (altos)

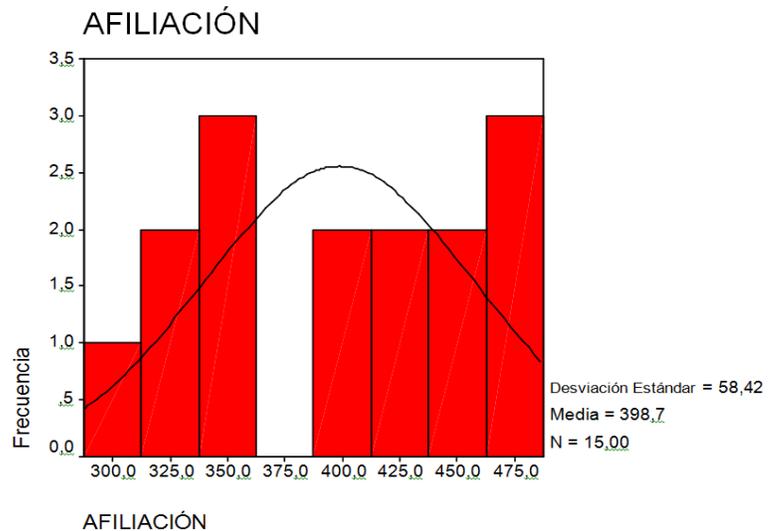


La variable de “**Autoestima**” presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 76, 50% de los individuos está por encima del valor 97 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 97. En promedio los participantes se ubican en 92. Así mismo se desvían de 92, en promedio, 119,21 unidades de la escala. Ninguna persona puntuó con el nivel más bajo.

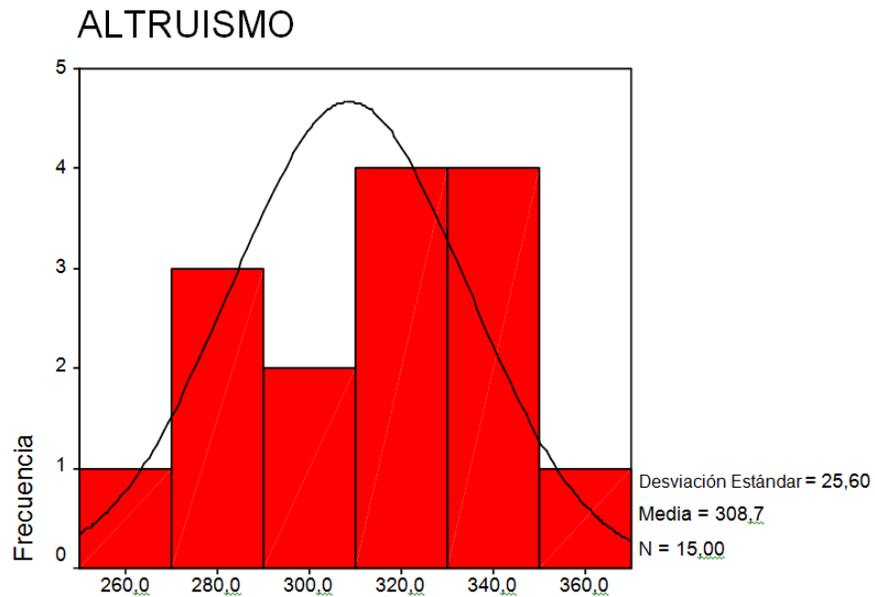
Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (altos)



La variable de “**Afiliación**” presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 36, 50% de los individuos está por encima del valor 39 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 39. En promedio los participantes se ubican en 39. Así mismo se desvían de 39, en promedio, 58,41 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Altos)

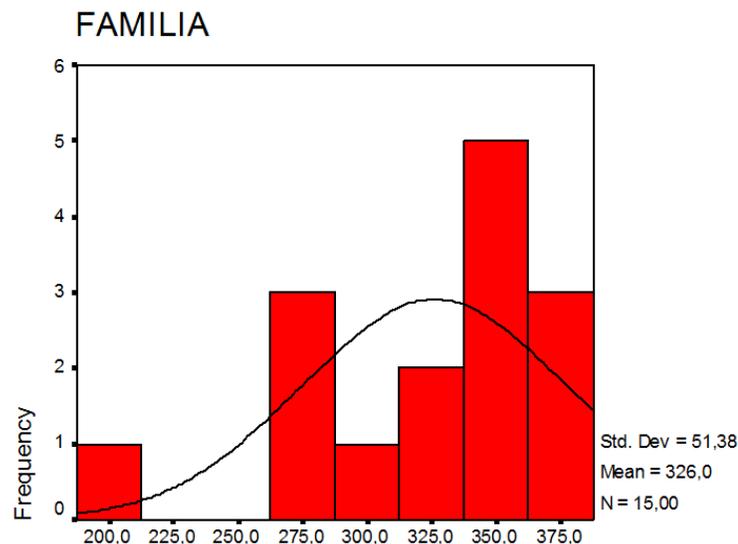


La variable de **“Altruismo”** presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 33, 50% de los individuos está por encima del valor 32 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 32. En promedio los participantes se ubican en 30. Así mismo se desvían de 30, en promedio, 25,59 unidades de la escala.



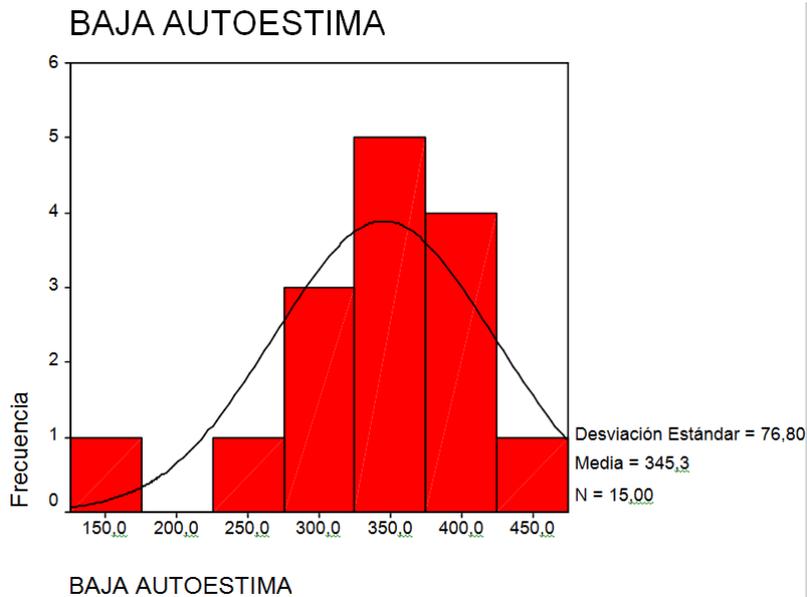
ALTRUISMO

La variable de **“Familia”** presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 36, 50% de los individuos está por encima del valor 34 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 34. En promedio los participantes se ubican en 32. Así mismo se desvían de 32, en promedio, 51,38 unidades de la escala.



FAMILIA

La variable de “**Baja Autoestima**” presenta un nivel de resiliencia Alta. La categoría que más se repitió fue 37, 50% de los individuos está por encima del valor 36 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor 36. En promedio los participantes se ubican en 34. Así mismo se desvían de 34, en promedio, 51,38 unidades de la escala. Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores (Altos).



Como se muestra en las tablas existe una mejora e incremento en los factores de protección, se identifica que el taller de “Habilidades para la vida” tuvo el impacto esperado en los adolescentes, lo cual sirve como complemento del programa de PIBA.

Análisis estadístico inferencial.

Como se observa en la tabla, el valor de t es menor que el intervalo de confianza de 0.05 lo cual significa que: Si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de la pre-prueba y la post-prueba, por lo que la **Hi** es aceptada y se rechaza la **Ho**.

Hi: El diseño e implementación de un taller de intervención preventiva llamado “Habilidades para la Vida” efectivamente fortaleció las habilidades resilientes de un grupo de adolescentes, por lo que esta hipótesis también se acepta y se rechaza la **Ho**.

Como se muestra en la tabla; la media que se registra en la pre-prueba es de 55,800 y en la post-prueba aumenta la resiliencia en los adolescentes un 20,6667. Dejando una media en la post-prueba de 76,4667. Por lo tanto la resiliencia en los adolescentes es alta; de acuerdo a los rangos que considera la interpretación del test: 0 a 30 bajo, 31 a 70 a moderado y de 71 a 100 alto.

Estadísticas muestras apareadas					
		Media	N	Desviación estándar	Est. Error Media
Par 1	PRE-PRUEBA	55,80	15	13,20	3,41
	POST-PRUEBA	76,46	15	8,14	2,10

Tabla No. 3 Análisis estadístico inferencial.

Las correlaciones de muestras apareadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	PRE-PRUEBA & POST-PRUEBA	15	,756	,001

Tabla No. 4 Análisis estadístico inferencial.

Prueba de muestras apareadas								
	Diferencias apareadas			95% Intervalo de confianza de la diferencia		t	df	Sig. (2- colas)
	Media	Desviación Estándar	Error Std. Media	Inferior	Superior			
Par 1 PREPRUEBA- POSTPRUEBA	-20,66	8,80	2,27	-25,54	-15,79	-9,09	14	,000

Tabla No. 5 Análisis estadístico inferencial.

Y con estas tablas damos por terminado el proceso estadístico, con resultados que demuestran que el taller cumplió su objetivo y la resiliencia en los adolescentes se incrementó.

Discusión y conclusiones

El abuso o dependencia de drogas está asociado a diversas causas, se sabe que es multicausal “La adicción como proceso no puede reducirse a sus bases neurológicas. Éstas resultan ser condiciones necesarias, pero no suficientes, para explicar lo que es un proceso interactivo complejo que implica la participación de múltiples niveles: intra e interpersonal, factores genéticos y ambientales, disposiciones previas y efectos postexposición. Gran parte de la psicopatología asociada a la adicción puede explicarse a partir de elementos ambientales, siendo uno de los más importantes el estrés psicosocial.” (Pedrero, Rojo, Ruiz, Llanero, Puerta, 2011, p.52). Es por esto que la intervención psicológica para situaciones de consumo de drogas es más eficaz desde la teoría Cognitiva Conductual, ya que se requiere trabajar en las situaciones ambientales, factores de protección, habilidades sociales, cambio conductual y por supuesto cognitivo.

Es por esta razón que se decidió en esta investigación sustentar el diseño del taller de intervención en dicho enfoque TCC. “El programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. (Martínez, et al 2009 p.5)”

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran que la intervención a nivel preventivo con los adolescentes fue positiva, lo cual evidencia que el taller tuvo el impacto planeado y que la Teoría en la que fue fundamentada se fortalece ganando evidencia empírica, por lo que las hipótesis de investigación fueron aceptadas.

Se procede a dar respuestas a cada una de las preguntas de investigación.

1. ¿La aplicación del cuestionario de Resiliencia (fuerza y seguridad personal) cumplirá la función de evaluación, para identificar el nivel de resiliencia que tiene el adolescente?

El cuestionario de resiliencia utilizado para esta investigación se obtuvo de una investigación realizada con un grupo de adolescentes, donde se buscaba medir la resiliencia en cada uno de ellos, la investigación fue aplicada en población Mexicana. Por lo que se consideró importante utilizarlo en esta investigación.

La respuesta es positiva, el cuestionario de resiliencia cumplió con los parámetros de evaluación que se solicitaban para identificar el nivel de resiliencia en los adolescentes antes y después de la intervención psicológica.

2. ¿El diseño y la implementación del taller cumplirá su objetivo en relación al número de sesiones y los temas que se abordan, así como el tiempo asignado a cada sesión?

La estructura del taller fue diseñada en base a las deficiencias identificadas por el cuestionario de resiliencia. En el taller se impartieron temas que contribuyen a fortalecer en los adolescentes la resiliencia, ya que estas actúan como factores protectores ante diversas situaciones. El consumo de drogas, se puede presentar de forma experimental, sintiendo el joven una necesidad de descubrir los efectos que ocasionan en su cuerpo estas sustancias (drogas), sin embargo también el consumo se puede presentar por presión social de pertenencia al grupo de pares o con la finalidad de aminorar situaciones desagradables. Si el joven tiene la capacidad para saber identificar sus sentimientos, habilidades de solución de problemas y de pensamiento entre otras que se impartieron en el taller; el adolescente estará preparado y las posibilidades de consumo en situaciones de estrés y conflicto se reducen. En cuanto al número de sesiones, el tiempo asignado a cada una de ellas, fue aprovechado al máximo.

3. ¿El diseño, elaboración e implementación del taller mejorarán la resiliencia de los adolescentes que están en el programa de PIBA?

El taller fue diseñado para las necesidades específicas que se detectaron en el grupo, es decir, se hizo una investigación de cuáles fueron sus deficiencias personales, familiares y sociales, además de que se estudió y analizó el programa PIBA para ver cuáles eran las limitantes y beneficios de dicho programa, el objetivo es complementar el programa con temas que no se abordan en el tratamiento de PIBA, es por esta razón que la elaboración e implementación del taller cumplió con su objetivo de mejorar la resiliencia en el grupo de chicos que está en tratamiento de consumo de diversas drogas. La resiliencia se fortaleció en los adolescentes, la mejoría se identificó en el análisis de la post-prueba mostrando un incremento significativo en las habilidades resilientes en lo general.

4. ¿Hubo un cambio significativo en los factores de protección?

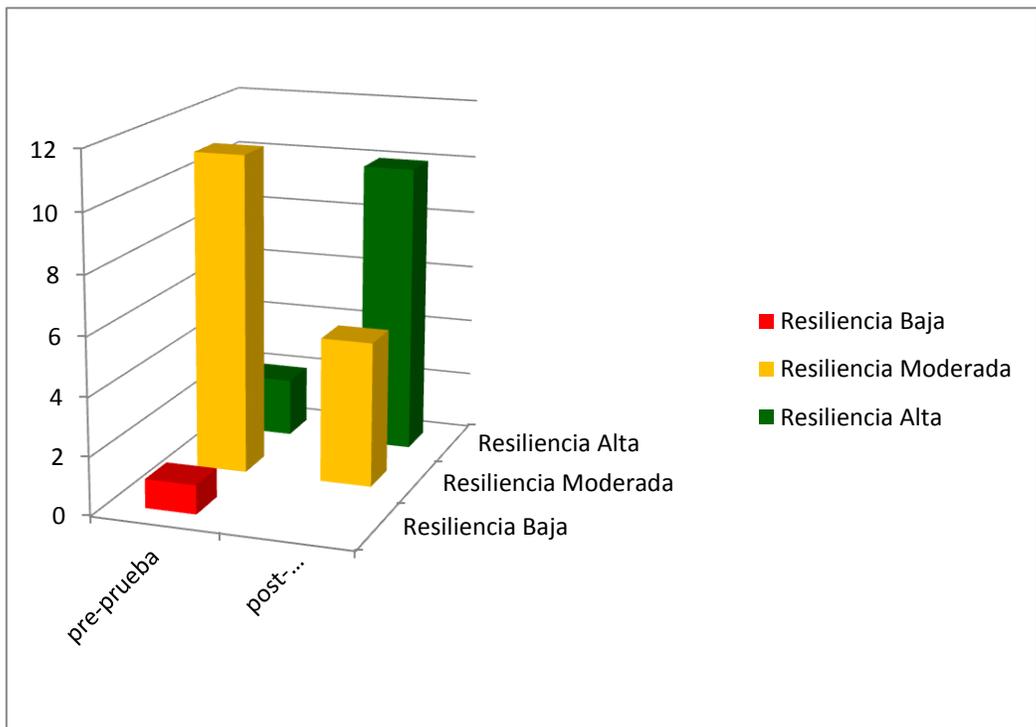
Los cambios fueron significativos tanto en lo general y lo particular, como se muestra en las gráficas resultantes del análisis estadístico descriptivo, hubo una importante mejora.

En la pre-prueba se observa que la mayoría de los adolescentes se encuentran con resiliencia moderada; después de la intervención psicológica, un gran porcentaje de adolescentes obtuvieron un nivel de resiliencia alto y eliminando la resiliencia baja

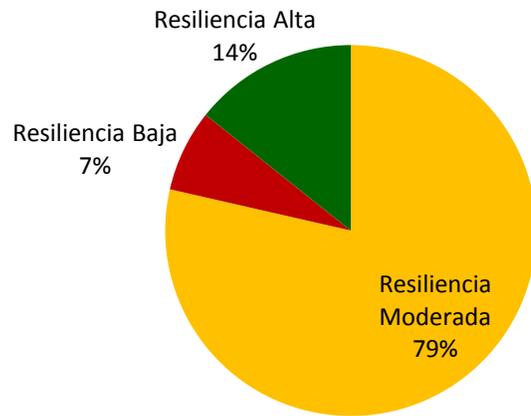
Esto demuestra que el Taller tuvo el impacto que se planeaba y la resiliencia se fortaleció en todas las categorías examinadas.

Adolescentes	Puntuación Pre-prueba	puntuación post-prueba
1	61.3	86.8
2	67.7	87.5
3	51.5	69
4	73.6	85.6
5	68.1	79
6	63.1	84
7	49.3	67.5
8	50	76.5
9	56.5	74.7
10	62.5	75.2
11	78.6	84
12	44	68.6
13	42.5	66.5
14	30.4	64.3
15	43.8	83.6
Total	842.9	1152.8

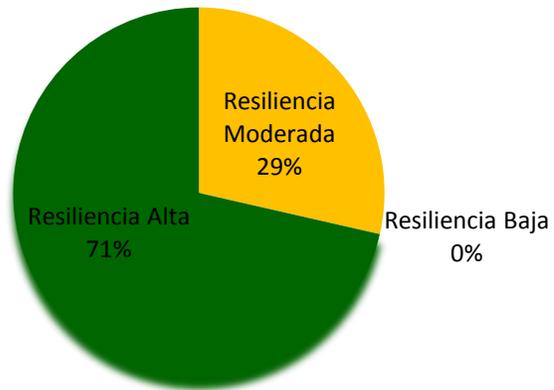
Tabla No. 6 Tabla comparativa de resultados.



Pre-prueba



Post-prueba



Limitantes y sugerencias

Las limitaciones identificadas en la investigación son las siguientes:

- Una de las limitaciones en la investigación considero fue el alcance de la misma. Ya que se diseñó, elaboro e implemento una intervención (taller “Habilidades para la vida”), para complementar el programa de PIBA, se evaluaron los factores de protección antes y después de la implementación del taller, para identificar el cambio. Sin embargo la investigación se limitó hasta este punto; no se indago más en saber si los usuarios que estaban en el tratamiento de PIBA tuvieron recaídas posteriores al término del tratamiento.
- Otra limitante de la intervención es que solo se intervino en un segmento específico, los cuales fueron adolescentes que estuvieran en el tratamiento de PIBA.

Las limitaciones que se detectaron en el taller de “Habilidades para la Vida” son las siguientes:

- Se observó que las sesiones fueron pocas.
- Se identificó que es importante trabajar al menos 2 sesiones con los padres de familia.
- Se consideró que una de las limitaciones han sido el tiempo asignado a cada sesión ya que 3 horas son insuficientes.
- Los temas impartidos en el taller fueron pocos (aunque con impacto profundo).

Las sugerencias para mejorar la investigación son las siguientes:

- Dar seguimiento a los jóvenes que terminan el programa PIBA y participaron en la intervención complementaria, para identificar si la intervención

complementaria tiene efectos prevalecientes y efectivos. De no ser así, investigar cuáles fueron las posibles causas y modificar la intervención para tener mejores resultados.

- Estandarizar la intervención para poder implementarla a distintos grupos de la población, así como a usuarios que se encuentren en otros programas.
- Implementar la intervención con población universal y selectiva.

Las sugerencias para mejorar el taller de “Habilidades para la Vida” son las siguientes:

- Sería importante contemplar agregar más sesiones al taller, con la finalidad de abordar más temáticas que puedan enriquecer el temario.
- Se recomienda abordar temas que fortalezcan los lazos familiares y además que los padres tengan una participación presencial y activa en el taller, esto ayudará a reforzar los temas en relación a los lazos familiares y como estrategia para fortalecer su, resiliencia, autoestima y las habilidades de comunicación.
- Se sugiere incrementar al menos 2 horas más por sesión, para ampliar el temario y enriquecer con más dinámicas o actividades lúdicas.

Referencias.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Añaños, C.N. & Márquez, A.R, (2015). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Perú: AVANFIT
- Begoña, I.E., Cortés, T.M., (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología, Volumen I*. España, Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
- Benítez, A.N. (2010). *Factores protectores y de riesgo social en relación al consumo de sustancias en adolescentes rurales y urbanos*. (Tesina de licenciatura). Universidad de Aconcagua. Argentina.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de TRASTORNOS ADICTIVOS*, España, Barcelona: enfoque Editorial, S.C.
- Bueno, A., & Rosser, A. (2004). *Guía didáctica de psicología de la intervención social en la diplomatura en trabajo social*. España, Alicante.: Club Universitario.
- Caro, G.I., 2007. *Manual Teórico-Práctico de psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Compas, B.E., Gotlib, I.H. (2003) *Introducción a la Psicología Clínica Ciencia*

y *Práctica*. D.F. México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA.

Consuegra, A.N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Colombia, Bogotá.: Eco Ediciones.

Cosacov, E. (2007). *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. Argentina, Córdoba.: Editorial Brujas.

Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. España, Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.

Davidoff, L., (1989). *Introducción a la psicología*. Estado de México, México: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE MEXICO, S. A. de C.V.

Díaz-Barriga, S. L., Gómez, M.P., Sánchez, G.A., Cortés, F.R., Cruz, S., Martínez, A.M.M. & Martínez, C.G. (2006). *Habilidades para la Vida*. México, D.F.: Centro de Integración Juvenil, A.C.

Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México, D.F.: PEARSON EDUCACIÓN.

Hernández, S. R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V.

Gonzales Arratia, L.N.I; Valdez, M.J.L., & Zavala, B.Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología CNEIP*. 13 (1), Enero-Junio 41-52.

Martínez, K.I., Ayala, V. H., Salazar, G.M.L., Ruiz, T. G.M., & Barrientos, C.V. (2009). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Myers, D.G., (2005). *Psicología Médica*, Madrid, España: Panamericana.

National Institute on Drug Abuse. (2015). *DrugFacts: El abuso de drogas y la drogadicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-abuso-de-drogas-y-la-drogadiccion>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Suiza, Ginebra: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Papalia, D., Wendkos, O.S., & Duskin, F.R. (2009). *Psicología del desarrollo de la Infancia a la adolescencia*. México, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V.

Papalia, D., Duskin, F.R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México, D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V.

Páramo, M. A. (2011, Junio). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29, 85-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>

Pedrero-Pérez E.J., Rojo-Mota G., Ruiz-Sánchez de León J.M, Llanero Luque M., Puerta-García C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52, 72-163. Recuperado de

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25542.pdf>

Programa de prevención de las drogodependencias. (2015). *Drogas*.

Recuperado

de

<http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>

Ruiz M.A., Díaz M.I., Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao, España.: Desclée De Brouwer, S.A.,

Sandoval, M.S.A. (2012). *Psicología del Desarrollo Humano I*. México, Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa

Santrock, J.W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. España.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A. V.

Sanz C.A., Salvador, T. Josep, S. J. . (2004). *Prevención de la A a la Z: Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. España, Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

UNICEF. (2015). La adolescencia, *United Nations Children's Fund*.

Recuperado de

http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.ht

Anexos.

Anexo I

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA (FUERZA Y SEGURIDAD PERSONAL)

González Arratia, Valdez, y Zavala (2008).

Instrucciones: Los siguientes enunciados, bien podrían formar parte de tu repertorio de pensamientos o reflexiones acerca de la vida misma. Lo que tienes que hacer, es tratar de contestar de la forma más honesta posible (intentando no mentirte en ningún momento), marcando con una **X** qué tanto (del 0 al 100 %) cada uno de los reactivos (que se refieren a características o rasgos de comportamiento) realmente forman parte de tu propia forma de vivir y de ver las cosas. Recuerda contestar todos los reactivos.

SEXO _____ EDAD _____ GRADO ESCOLAR _____ ESCUELA _____

	REACTIVOS	0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
1	Considero que a lo largo de mi vida he sido feliz.											
2	Como fin máximo de mi vida quiero conseguir la libertad.											
3	Considero que he logrado conocerme a mí mismo.											
4	En verdad creo ser una persona responsable al tomar mis propias decisiones.											
5	Considero que a lo largo de mi vida no me he aferrado ni he dependido de nada ni de nadie.											
6	En gran medida me considero un ser independiente, he hecho lo que he querido.											
7	Aunque es muy difícil no quiero ser ni más ni menos que nadie. Sólo quiero ser.											
8	He sido muy optimista ante la vida misma.											
9	En mi vida he preferido dar amor que recibirlo.											
10	Verdaderamente soy alguien que confía plenamente en sí mismo.											
11	Considero que en realidad puedo describirme como alguien muy creativo.											
12	He podido constatar que soy una persona muy inteligente											
13	Realmente creo que he llegado a quererme a mí mismo, tal y como soy											
14	He sido capaz de reconocer lo favorable y desfavorable en mi vida.											

Anexo II

CUESTIONARIO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

1. ¿Qué es una habilidad?
2. ¿Qué es una habilidad para la vida?
3. ¿En cuántos grupos se dividen las habilidades para la vida, nómbralas?
4. Da un ejemplo de una habilidad social.
5. Da un ejemplo de una habilidad de pensamiento.

6. Da un ejemplo de una habilidad de manejo de emociones.

7. ¿Explica qué importancia tiene desarrollar estas habilidades de vida?

Anexo III

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas en referencia a lo que tú consideras adecuado.

Señala con una X cual es la forma en que te comunicas habitualmente.	Si	No
¿Cuándo quieres expresar tus necesidades lo haces exigiendo?		
¿Has hecho sentir a alguna persona mal por la forma en cómo te comunicas?		
¿Consideras que en la manera del pedir está el dar?		
¿Cuándo quieres expresar un pensamiento lo haces de forma directa?		
¿Regularmente las personas entienden lo que deseas expresar?		
¿Al comunicarte lo haces de forma asertiva?		
¿Cuándo te comunicas lo haces; diciendo lo que piensas?		
¿Cuándo te comunicas lo haces diciendo lo que sientes?		
¿Cuándo te comunicas lo haces expresando tus necesidades?		
¿Al comunicarte observas, escuchas y hablas?		
¿Cuándo te comunicas con tus padres eres empático con sus necesidades?		
¿Cuándo te comunicas llegas a un acuerdo y logras establecer una comunicación adecuada?		
¿Consideras que te comunicas de manera adecuada?		
¿Usualmente encuentras el momento y el lugar adecuado para comunicar lo que deseas?		
¿Consideras importante comunicarte de manera asertiva?		

Anexo IV

Indicaciones: Desarrolla con la información vista en la sesión cada uno de los pasos a seguir para tener una estrategia de solución de problemas.

1. Tener claro el problema:
2. Identificar las diferentes soluciones:
3. Analizar las alternativas de solución:
4. Elegir la opción que se considere más conveniente:
5. Ponerla en práctica:
6. Ver los resultados:

Anexo V

Instrucciones: Marca con una X la opción que consideras adecuada desde tu experiencia.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Identifico mis sentimientos (ira, temor, miedo etc.)					
Expreso mis sentimientos					
Acepto las emociones como mías					
Escondo mis emociones					
Al expresar mis emociones lastimo a otras personas					
Expreso mis emociones y sentimientos de manera verbal					
Expreso mis emociones con mi cuerpo y verbalmente de manera congruente					
Cuando estoy molesto (a), grito, azoto puertas y me niego a hablar de lo que me molesta					
Cuando me siento triste prefiero encerrarme en mi habitación y aislarme de mi familia y amigos					
Cuando estoy Feliz quiero expresárselo a todas las personas que conozco					
Pienso que soy un apersona que no tienen emociones					

Anexo VI

Instrucciones: Marca con una X la opción que consideras adecuada desde tu experiencia.

Donde 0 sería nunca

25 casi nunca

50 algunas veces

75 casi siempre

100 siempre

	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
Creo que es imposible encontrar soluciones a las dificultades que se presentan.					
Considero que me repongo rápidamente ante problemáticas fuertes.					
Creo que tengo tolerancia ante los problemas que se presentan día a día.					
Considero que mi resiliencia es alta					
He tenido muchos problemas en la vida, pero todos los he resuelto.					
Soy positiva y creativa a la hora de ver mis opciones para solucionar un problema.					
Mis problemas son tan grandes que me es imposible darles solución.					

Anexo VII

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas en referencia a lo que tú consideras adecuado.

Señala con una X la respuesta que consideras mejor	Si	No
Me gusta mi apariencia.		
Lo que más me gusta de mi es mi personalidad.		
Me considero inteligente.		
Me considero creativo (a).		
Tengo habilidades para el deporte.		
Me considero con la capacidad de hacer lo que yo desee.		
Me siento cómodo (a) conmigo mismo (a).		
Me gusta mi cuerpo.		
Tengo todo lo que quiero y soy como quiero ser.		
Me considero único y eso me gusta.		
Tengo facilidad para hacer amigos.		
Me siento bien como soy.		
Cambiaría el 50% de mí.		
Mejoraría solo algunos aspectos de mí.		
No cambiaría nada de mí, me gusta todo lo que soy.		

Anexo VIII

Cuestionario de redes de apoyo

1. ¿Qué es una red de apoyo?
2. Menciona las funciones de una red de apoyo.
3. Menciona los pasos para fortalecer una red de apoyo.
4. Quienes integran tu red de apoyo.
5. ¿Qué haces para fortalecer tu red de apoyo?

Anexo IX

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas en referencia a lo que tú consideras adecuado.

Señala con una X la respuesta que consideras mejor	Si	No
¿Reconoces con facilidad tus cualidades?		
¿Consideras que eres honesto contigo mismo?		
¿Tienes temor al cambio?		
¿Has intentado cambiar ideas o pensamientos que ya no te sirven?		
¿Has intentado hacer cosas nuevas?		
¿Consideras que la mayor parte de las veces aprendes de tus errores?		
¿Tienes seguridad en ti mismo?		
¿Al revisar tus características positivas y negativas eres honesto (a)?		
¿Te criticas la mayor parte del tiempo?		
¿Has considerado ser menos duro (a) con tu autocrítica?		
¿Crees que es importante tener respeto por uno mismo?		
¿Has empezado a practicar el respeto por tu persona?		
¿Te sientes seguro (a) contigo mismo?		
¿Sabes cómo cambiar esas cosas que no te gustan de ti?		
¿Crees que la seguridad de una persona depende de otra?		

Anexo X

Cuestionario de preguntas de la Familia

1. ¿Qué es la familia?
2. Menciona que es la familia nuclear:
3. Menciona que es la familia Extensa:
4. Menciona que es la familia monoparental:
5. ¿Cuál es la función biológica de la familia?
6. ¿Cuál es la función socializadora de la familia?
7. ¿Qué tipo de familia tienes tú?

Anexo XI

Autoevaluación

Instrucciones: describe detalladamente la calificación que te pondrías en base a tu desempeño en el taller de “Habilidades para la vida”.

Anexo XII

FOTO GALERIA DEL TALLER “HABILIDADES PARA LA VIDA”





