



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Prevención y tratamiento de adicciones en Centros de Integración Juvenil

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Mariana Ulaje Ortiz

Directora: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **Christian Thalia Ocegüera Álvarez**

Lic. **Cristopher Tamayo Herrera**

Vo.Bo 09/08/2022



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 la mujer más valiente, mi madre.

A mi segunda madre, mi tía.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
1. LA PROBLEMÁTICA DE LAS ADICCIONES.....	6
1.1. Las adicciones como problemática de la sociedad mexicana actual	9
1.2. Las adicciones en los adolescentes	11
1.2.1. Implicaciones a nivel Bio-Psico-Social.....	15
1.2.2. Implicaciones a nivel familiar	18
1.3 Principales retos	20
2. LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES.....	23
2.1. Modelos de atención psicológica en adicciones.	26
2.2 Modelos aplicados en adolescentes.....	33
3. EXPERIENCIA DENTRO DE UN CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL	36
3.1 Breve semblanza del CIJ.....	37
3.1.1 Clínica para dejar de fumar.	39
3.1.2 Intervención con adolescentes.....	52
4. EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES; UNA COMPARATIVA TEÓRICO-PRÁCTICA	66
5. CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS	74
ANEXOS	78

INTRODUCCIÓN

El término adicción ha sido llevado a diversos campos, teniendo en todos el mismo significado; un agente externo que ejerce un efecto en el organismo, generalmente placentero y que gradualmente aumenta hasta llegar a convertirse en una necesidad. Actualmente existen diversos tipos de adicciones que se han ido adhiriendo a la vida de los seres humanos, las cuales ya no son meramente a sustancias nocivas para el cuerpo, sin embargo siguen siendo un gran problema para el organismo, pues las consecuencias que estas representan son aún más variadas que las propias sustancias. Cuestiones como la adicción a las redes sociales, a los videojuegos y a la comida, son una realidad que se mira desde una lente cada vez menos potente, debido a que las tenemos más cercanas y a la vista. Sin perder su debida importancia, la adicción a las sustancias a lo largo de los años ha sido un gran problema no solamente a nivel nacional sino a nivel mundial.



El presente trabajo pretende realizar una clarificación acerca del término y cómo es que este se aborda, particularmente en el Centro de Integración Juvenil del municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, esta aproximación se realizará analizando la experiencia como psicóloga en ejercicio dentro del centro y posteriormente realizando una comparativa con la teoría al respecto.

En el capítulo uno, se hablará acerca de las adicciones y del problema que representan para la sociedad en términos familiares, personales y bio-psico-sociales, así como para los organismos gubernamentales, además de que se hablará de los principales retos a los que se enfrenta la materia.

En el segundo capítulo, se hablará propiamente del tratamiento de las adicciones desde la trinchera de la psicología, desde aportes, metodologías y principales corrientes teóricas que se han dado a la tarea de inmiscuirse en el trabajo de adicciones.

Entrando al tercer capítulo se hablará propiamente de la experiencia en el ejercicio de psicóloga dentro del Centro de Integración Juvenil, desde las funciones más sencillas hasta las colaboraciones con otras profesiones, y posteriormente se realizará un análisis de dichas actividades.

El cuarto capítulo, revisará nuevamente la teoría psicológica con referencia a las adicciones, sin embargo se hará una comparativa con lo realizado en el Centro en donde se tuvo el desempeño profesional, esto a manera de comparación, finalmente se harán análisis y sugerencias.

En el quinto y último capítulo se cerrará el tema hablando de las posibilidades que este tema tiene y cómo se podría mejorar desde el área de la psicología clínica.

MARCO TEÓRICO

Uno de los más graves problemas de salud a lo largo y ancho del globo, es lograr una atención apropiada y a tiempo contra las adicciones, puesto que actualmente están posicionadas como uno de los mayores peligros para las familias mexicanas, y en general, para el mundo, porque las drogas merman el futuro, de un sinnúmero de nuestras niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y con ello, también se afectan las esferas en las que estos se desenvuelven (CONADIC, 2017).

Hoy en día, México se encuentra enfrentando diversos problemas de índole social, que no solamente afectan a las personas implicadas, sino que se han convertido en un grave problema de salud pública. Dentro de estos problemas podemos encontrar a las adicciones, que por sí mismas representan un gran reto para las instituciones a cargo, pues es necesario desarrollar planes eficaces, intervenir a tiempo, y educar para evitar el consumo de sustancias.

Previo a la revisión de lo que significa una intervención en atención a adicciones, es importante definir qué es adicción y droga. La Real Academia Española, define el término droga de dos maneras, la primera como “aquella sustancia animal o vegetal que se emplea en la medicina o en la industria de las bellas artes” y también menciona que es “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno” y las clasifica en 3; Blanda, que no tiene efectos adictivos o, son muy ligeros, De diseño, que se obtiene al realizar modificaciones químicas con la intención de obtener efectos psicotrópicos, y Dura, que es fuertemente adictiva. En cuanto a adicción la Organización Mundial de la Salud (OMS 1994), define adicción como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto en que el consumidor (adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia(s) preferida, tiene una gran dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de dicha sustancia y se muestra decidido a obtener la sustancia por cualquier medio. Por su parte, Conadic en 2017, menciona que es una enfermedad progresiva y fatal,

caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento, además de una negación ante la enfermedad.

En su informe de 2008, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), señaló que las adicciones son una de las grandes causas de muerte en todo el mundo, llegan a cifras anuales de 5 millones de personas a causa del tabaco, 2.5 millones por consumo de alcohol y 200 mil por efecto de drogas ilícitas, para una población mundial total, hasta ese año, de 6,608 millones de personas, (Souza, 2014) cifras que año con año aumentan, siendo uno de los principales temas que atender a nivel preventivo, educativo y de rehabilitación.

Klimenko et al (2018) mencionan que existen varios factores que se relacionan con el consumo como lo son la edad, género; siendo los adolescentes masculinos quienes tienen más riesgo de incidir en el consumo de estas sustancias. De la misma manera se habla de problemas en cuanto al autoestima, auto-concepto, autocontrol y otros temas relacionados con la personalidad, las cuales van a afectar directamente sobre la conducta adictiva y cada una de las esferas de la persona que se encuentra realizando el consumo de la sustancia.

Al estar frente a una enfermedad que tiene un alto porcentaje de consecuencias fatales, es importante tener en cuenta que la atención para las adicciones requiere necesariamente una intervención a nivel profesional. De esta manera es que las adicciones se han visto sujetas a distintas aproximaciones al momento en cuanto a su estudio e intervención, puesto que suponen una naturaleza multidisciplinaria, siendo así atendidas desde la medicina, psicología, educación, trabajo social, entre otras.

Macleod y Cols. (2005) Mencionan que el consumo de drogas ilícitas ha venido en aumento y se ha venido extendiendo, esto se agrava por el hecho de que la mayoría de los que incurrir en el consumo de drogas (ilícitas o no), al momento de generarse una adicción, no acuden a los servicios de tratamiento para las adicciones lo cual eventualmente se convierte en un problema más grave a nivel psicológico y social. Por esta razón una de las disciplinas que más interés

ha mostrado en la atención de esta problemática en particular es la psicología; con aportaciones en investigación, modelos terapéuticos individuales, grupales y para los familiares, así como metodologías de tratamiento psicológico para la persona con adicción.

De esta manera queda claro que la psicología ha mostrado una genuina preocupación por la atención a las adicciones, misma que ha sido retomada por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) que, como se mencionó antes, buscan realizar una intervención multidisciplinaria con el objetivo de lograr mayor éxito con sus usuarios.

El presente trabajo pretende retratar la experiencia como profesionista en la atención de las adicciones dentro de un Centro de Integración Juvenil, de modo que se pueda narrar de forma clara cómo, desde una perspectiva psicológica, se interviene con el adolescente que presenta una adicción. Por esa razón el objetivo del presente trabajo es realizar un análisis teórico comparativo de los modelos y metodologías aplicados para el tratamiento y prevención de adicciones en los Centros de Integración Juvenil

1. LA PROBLEMÁTICA DE LAS ADICCIONES

Como se ha mencionado anteriormente, el hablar de las adicciones, es hablar de distintos campos de acción y distintas concepciones de las mismas, sin embargo hay que coincidir en el hecho de que es indispensable presentar una serie de síntomas para poder aseverar que se está frente a una adicción.

Becoña & Cortés (2010), mencionan que la historia del hombre y el consumo de las sustancias es muy larga, puesto que esta se puede observar desde el consumo de las sustancias naturales, hasta hoy el día el uso de sustancias intervenidas de forma química.

De acuerdo con estos mismos autores, un tema importante es la conducta adictiva que se presenta en la persona cuando esta pierde el control sobre el propio consumo, produciéndole así una dependencia y mayor tolerancia a la sustancia en cuestión.

Espín et al (2007) mencionan que para el diagnóstico de una adicción hay que tomar en cuenta una serie de puntos que son necesarios para corroborar la presencia de dicho problema.

- Cambios en el comportamiento general, sin factores ambientales determinantes.
- Disminución brusca del rendimiento escolar o laboral.
- Alejamiento del grupo habitual de amigos y aparición de amistades “diferentes”.
- Cambios bruscos en el ciclo de sueño.
- Descuido en hábitos de aseo e higiene.
- Evidencia de dificultades económicas.
- Cambios sustanciales en el estado de ánimo.

El diagnóstico se establece sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o bien han aparecido repetidamente por un tiempo prolongado, y cuando el individuo no tiene el diagnóstico de dependencia. Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

Se puede clasificar en niveles adicción:

1. La experimentación: donde la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.
2. Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo, toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.
3. Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).
4. Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilístico.

También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. (Conadic, 2017)

El problema de las adicciones tiene diversas causas:

Individuales: Predisposición física, Baja autoestima, Poca tolerancia a la frustración, Sentimientos de soledad, Estados depresivos, Deseo de experimentar sensaciones “fuertes”.

Familiares: Desintegración del núcleo familiar por separación, divorcio o muerte de alguno de los cónyuges, Disfuncionalidad caracterizada por problemas de comunicación, mensajes contradictorios, rigidez en los roles, abandono afectivo o sobreprotección.

Sociales: Disponibilidad y fácil acceso a las sustancias psicoactivas, Movimientos migratorios, Transculturación, Hacinamiento, Pocas oportunidades para el empleo, la educación y la recreación, Publicidad que se hace a bebidas alcohólicas y tabaco.

De la misma manera la adicción puede generar problemas a nivel emocional, un ejemplo de ello es el tabaco, de acuerdo con Urdapilleta y Cols. (2010) el consumo del tabaco se ha visto relacionado con padecimientos como depresión y ansiedad; ya sea de manera temprana, como regulador, o de forma un poco más tardía con la nicotina como un “auto-medicamento” para el control de los síntomas que ya se encuentran presentes.

Coincidentemente Pacheco et al, en el 2016, hacen referencia a que existe una relación entre estos padecimientos con el consumo del tabaco, además hacen énfasis en los pacientes psiquiátricos que con consumidores de esta sustancia, quienes tienen una probabilidad mayor de presentar ansiedad y/o depresión, además de que, se incrementa su posibilidad de presentar episodios depresivos una vez habiendo dejado de consumir. Actualmente el tabaco es una droga legal, sin embargo es una de las más consumidas y por ende, de las que mayores incidencias y reincidencias muestra, por lo cual se le ha prestado demasiada atención, se sabe que es una de las principales causas prevenibles de muerte en todo el mundo, y pese a su carácter de prevenible más de la mitad de sus consumidores mueren (Góngora, Rosales y De la Rosa 2017).

1.1. Las adicciones como problemática de la sociedad mexicana actual



Las adicciones al día de hoy, se están posicionando como uno de los principales retos que afronta la sociedad, no solamente mexicana, sino la mundial. De modo que, como se ha venido mencionando, es crucial ejercer un accionar en la prevención de las mismas y, de esa manera fomentar estilos de vida saludables, particularmente en los adolescentes, que son una de las poblaciones que corren más riesgo de caer en problemas de adicciones.

Desde hace ya varios años, México se ha visto asolado por problemáticas de consumo de drogas de todo tipo, siendo estas una de las principales causas de muerte por el consumo de las mismas, sin mencionar que al ser un país productor y exportador de droga, también genera una gran cantidad de muerte a causa de

las disputas violentas entre carteles nacionales e internacionales por territorios de venta, producción y transporte, teniendo como consecuencia una problemática aún más grave y grande de lo que significa el solo consumo de la droga en el país.

En el país se pueden encontrar diferentes tipos de consumo de drogas, en estos tipos de consumo, podemos encontrar el consumo de drogas ilícitas, como lo son las drogas sintéticas, o de origen médico y para tratamiento de algún padecimiento que también pueden ser empleadas para otro tipo de consumo. Por otra parte se encuentran las drogas legales, que no así significa que sean menos peligrosas ya que algunas de ellas representan una alta tasa de consumo y de letalidad entre la población, entre estas drogas podemos encontrar el tabaco y el alcohol.

En cuanto a lo que se refiere al consumo de tabaco, Marín, Medina y Tena (2014) mencionan que en nuestro país se reporta una prevalencia estable entre 2002 y 2011, rodando el 23.5% y el 21.7% con una disminución de la prevalencia en ambos sexos, que va del 12.4% al 8.9%. de este dato se desprende el hecho de que muchos adolescentes han reportado no consumir o hacerlo de manera ocasional, sin embargo se ha demostrado que la gran mayoría de los adultos han iniciado su consumo frecuente durante edades jóvenes, principalmente la adolescencia.

De acuerdo con Souza (2014) el consumo de las drogas en México se divide de la siguiente manera; entre el año 2002 y el año 2008, el consumo de drogas médicas en población rural y urbana de 12 a 65 años de edad, ha tenido un aumento aproximado del .7%, por otra parte las ilegales han aumentado en .6%. dentro de este consumo en general se percibe que los hombres tienen una mayor preponderancia de consumo que la mujer (4.6 por mujer), sin embargo, el índice de crecimiento en consumo es mayor en la población femenina. De esta manera es que se aprecia un aumento considerable en las preferencias de

consumo por género, zona y tipo de droga, por lo cual se convierte en un gran problema para el sistema de salud mexicano.

Así como hay un grave aumento y prevalencia en el consumo y acercamiento hacia las sustancias nocivas, también es imperativo hacer mención de que estas van de la mano con otras consecuencias, que también afectan la vida de la persona que se ve envuelta en el consumo de las drogas. Con referencia a esto se ha reportado que existe una relación bastante significativa entre el consumo de sustancias nocivas con diversos problemas de salud, los cuales tienen una gran incidencia en la pérdida de años de vida en general, situación que deteriora la calidad de vida de las personas consumidoras y de sus allegados. (Marín et al, 2014).

Todas estas problemáticas vienen a generar un importante ruido en la atención de las adicciones y el abuso de sustancias en México, sobre todo en la población adolescente, que como lo hemos revisado, es donde se puede presentar una mayor incidencia de consumo debido a diversos factores relacionados con la adolescencia per sé, así como a los demás factores sociales, personales y hasta geográficos. Además de esto es la etapa en donde la mayoría de las personas tienen un acercamiento a las drogas, ya sea legales o no, y de esta forma se puede comenzar una adicción a estas, lo cual eventualmente representa un reto para la persona como para el propio sistema de atención de México.

1.2. Las adicciones en los adolescentes

Como se ha revisado anteriormente, todo el mundo está a merced de caer en alguna adicción, de cualquier tipo y en cualquier momento de su vida, sin embargo uno de los sectores poblacionales más vulnerables a caer en el consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, es el de los adolescentes, de acuerdo con Maturana (2011), el consumo de algunas sustancias como lo son el alcohol y el

tabaco tuvo un descenso, lo cual contrasta con el consumo de otras sustancias como la marihuana o la cocaína, por ejemplo.

En cuanto a la edad de consumo más frecuente, Castillo (2013). Menciona que la edad media más frecuente para cada una de las drogas es la siguiente; tabaco 16 años, alcohol 16 años, cannabis 18 años, cocaína polvo 20 años, cocaína base 23 años y heroína 22 años, siendo en su mayoría hombres los que inciden en el consumo de estas sustancias. Dejando en claro que la juventud es la etapa de la vida en la cual las personas tienen más acceso y una mayor curiosidad acerca de las drogas a su alcance.

Bien se sabe que el ser humano atraviesa una serie de cambios durante el periodo de su vida al que se le denomina *adolescencia*, esta etapa es crucial para que el ser humano comience a definir sus intereses, gustos y una identidad. De la misma manera existen cambios físicos y anímicos, que también serán determinantes para el camino de la vida que tomará la persona en cuestión. Muchas de las adicciones que se viven en la etapa adulta, ven su raíz en la adolescencia siendo drogas “comunes” como el alcohol, el tabaco y la marihuana su primer acercamiento, acercamiento motivado por curiosidades, inseguridades, etc.

El uso y abuso de las sustancias durante la adolescencia es de suma importancia, debido a los daños que estas pueden causar no solamente en el presente de los adolescentes, sino en el organismo que se encuentra desarrollándose justo en ese momento. De acuerdo con Awapara y Valdivieso (2013) el consumo de alcohol en preadolescentes de 10 años puede causar afecciones al desarrollo del cerebro, particularmente al lóbulo frontal, zona del cerebro que se encarga de la toma de decisiones y la planeación. De la misma manera se menciona que para jóvenes mayores hay grandes probabilidades de prevalencia de su consumo, asociándose así también otras problemáticas como

prácticas sexuales de riesgo, baja en el rendimiento escolar y causas de muerte, como accidentes automovilísticos, homicidio y suicidio.

De esta manera es que el consumo de alcohol, cobra el sentido como un enemigo que representa un reto para la sociedad mexicana y cada uno de los padres de familia que actualmente tienen hijos en esta etapa de la vida.

En cuanto al consumo de tabaco entre los adolescentes, se ha observado que esta es una de las poblaciones que son más activas al momento del consumo de dicha sustancia, puesto que es el sector que más consume el tabaco, pese a que de acuerdo con Awapara y Valdivieso (2013) el consumo de tabaco, conforme el aumento de edad, presenta un marcado decremento que no se logra en los adolescentes.

Esto genera también la necesidad de enfocar los esfuerzos en la población adolescente para modificar la prevalencia de consumo e iniciación del mismo en adolescentes y preadolescentes.

Otra sustancia cuyo consumo puede iniciar en edades tempranas y prevalencia puede ser bastante larga, es el cannabis, que de acuerdo con Callado y Verdejo (2011) el consumo de esta droga puede comenzar alrededor de los 18 años, que en su mayoría son hombres, los cuales con el paso del tiempo pueden mostrar cambios en el comportamiento, baja en el rendimiento escolar y baja percepción del riesgo, la cuál es mayor mientras menor sea la persona que acuda al consumo.

Hay que recordar que el adolescente es un ser que se encuentra viviendo una serie de cambios, principalmente a nivel biológico, emocional y fisiológico, además de que es una etapa en donde se busca una identidad dentro de la sociedad y para sí mismo. Todos estos cambios y situaciones de cambio, que eventualmente pueden convertirse en situaciones de vulnerabilidad si es que no se le da el acompañamiento o guía necesarios, lo pueden convertir en un

candidato ideal para el consumo de alguna droga, que puede funcionarle como “puerta de entrada”.

Como se ha mencionado, puede haber varios factores determinantes para el consumo de alguna sustancia, sin embargo para Maturana (2011) hay una numeración de probables situaciones que pueden ser determinantes para el ingreso al consumo de sustancias en la etapa adolescente:

Necesidad de reafirmación: la formación de identidad es crítica en el desarrollo del adolescente, lo cual comienza a generar un énfasis sumamente excesivo por su imagen corporal, de modo que el consumo de las sustancias puede convertirse en parte de su imagen y el bien recibimiento por parte de sus iguales.

Necesidad de transgresión: esto se relaciona estrechamente con la relación que se tiene con los padres, y los adultos en general en algunas ocasiones, concibiéndose así como una forma de contravenir el orden establecido por ellos y un acto de provocación frente al adulto y sus normas.

Necesidad de conformidad intergrupala: parecido al primer punto, este aborda un tema de identidad, sin embargo este se enfoca en la aceptación de grupos y no del propio adolescente, razón por la cual se diferencian y se comienzan a formar grupos en los cuales los jóvenes se sienten integrados y el consumo de la sustancia es una piedra angular para este sentimiento.

Sensación de invulnerabilidad: este se refiere al hecho de que, en el propio desarrollo del adolescente, se siente con un poder absoluto sobre sí mismo y sus decisiones, lo cual lo lleva a creer y pensar de manera impulsiva creyendo que nada lo puede dañar, cayendo así en conductas de riesgo.

Rechazo a la vida del adulto: relacionado con el punto anterior, un punto importante en el desarrollo del adolescente es la necesidad de autonomía, lo cual

los lleva a rechazar la protección de los adultos, de esta manera pueden caer en conductas de riesgo que pueden representar una amenaza más grande para su desarrollo posterior.

Susceptibilidad frente a presiones del entorno: los adolescentes pueden ser especialmente susceptibles a campañas de publicidad, comerciales o anuncios dirigidos al consumo de sustancias, las cuales no van dirigidas hacia ellos, sin embargo en la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones pueden acudir a su uso.

De esta manera es que se encuentra que el adolescente es una de las poblaciones a las cuales se les debe prestar especial atención en cuanto al consumo de sustancias, esto debido a que actualmente son una población que se encuentra en riesgo de consumo o consumiendo alguna sustancia que puede generar una prevalencia de años, como lo ha sido en la mayoría de los casos, por ejemplo alcohol, tabaco y cannabis. De modo que se convierte en un gran reto el lograr disminuir el consumo y su prevalencia en los jóvenes mexicanos.

1.2.1. Implicaciones a nivel Bio-Psico-Social

Se ha hablado de que las adicciones como problemática, presentan diversos niveles de afección, que dependiendo de la persona, se pueden ver mermados a de distintas maneras y en diferentes cantidades. De esta manera es que es necesario dirigirse a los niveles de desarrollo biopsicosocial en la adolescencia, los cuales al entrar en contacto con algún tipo de sustancia en la adolescencia, se afectan de manera gradual.

Estos niveles son muy importantes para el desarrollo de todo ser humano y se encuentran en constante contacto unos con otros, comunmente viéndose afectados todos o la mayoría si un problema de índole biológica, psicológica o social se suscita, ya que el problema tiende a avanzar a través de los niveles hasta cubrir los tres.

Por esta razón es muy importante saber cuáles son estas afectaciones y cómo se pueden identificar, esto con la finalidad poder hacer una intervención de forma oportuna.

El primer nivel que se valora en el campo de las adicciones y su atención es el Psicológico; como se verá más adelante, el nivel psicológico en las adicciones se acerca a la capacidad de tomar decisiones y de tener un control sobre la conducta de consumo, esto está directamente relacionado con el nivel biológico, ya que el daño y cambio en la química cerebral conlleva a una modificación conductual de la persona con adicción.

De la misma manera la esfera psicológica está estrechamente relacionada con la esfera social, debido a que el contexto bajo el cual se desarrolla el individuo, generalmente va a dictaminar el cause de sus decisiones y por ende, su conducta ante estas, por lo cual se considera que en particular estas esferas van de la mano, puesto que la conducta no va a suceder de manera aislada y no es un fenómeno exclusivamente psíquico, sino que este también es tangible y observable bajo las condiciones idóneas.

Se ha mencionado que el nivel psicológico tiene una gran relación con el nivel biológico, pudiendo ser consecuencia uno del otro, por consiguiente es necesario hablar acerca de un nivel biológico en el tema de adicciones y sus posibles afectaciones así como relación con el resto de los niveles.

En cuanto al nivel biológico, se habla acerca de todo lo que tiene que ver con el cuerpo humano a nivel orgánico, es decir, todo lo que involucra un tejido y su composición. Este es un nivel importante debido a que el consumo de drogas tiene un impacto directo sobre el organismo del ser humano, evidentemente dependiendo la droga será el impacto y el lugar del mismo, sin embargo existe un impacto al que hay que poner atención.

De entrada, el consumo de drogas facilita una producción grande de dopamina y otros neurotransmisores que se encargan de que el cuerpo produzca una sensación de placer, sin embargo al existir un abuso de una sustancia el cerebro desajusta su producción y disminuyen el número de receptores o transmisores de estas señales, volviéndose este impacto limitado y disminuido ante estímulos comunes de placer, necesitan así una cantidad mayor para lograr dicha estimulación, a este fenómeno se le denomina tolerancia. (NIDA, 2008).

Por otra parte se tienen consecuencias y afectaciones como lo es en la capacidad de tomar decisiones, esta capacidad está relacionada con la funcionalidad cerebral también, de la misma manera se puede ver afectada la memoria a largo y corto plazo.

Al igual que en el cerebro, hay afectaciones en diversas partes del cuerpo propias de cada una de las drogas que se consumen, un ejemplo de esto es el daño pulmonar a causa del tabaco o el daño al hígado a causa de la ingesta de alcohol, por estas razones es importante saber que toda sustancia ajena al cuerpo será rechazada por el mismo y eventualmente le causará daño.

Por último el nivel Social, este es un nivel importante debido a que comúnmente se ve afectado por el consumo y abuso de las sustancias, pues relaciones de pareja, familia, escuela, trabajo se ven afectadas por esto. Siendo un tema preocupante para la sociedad. De acuerdo con Jiménez y Rosser (2013) la delincuencia juvenil es uno de los temas más estrechamente relacionados con el consumo de las drogas, pese a que puede no ser decisiva existe una relación que se encuentra latente y que, de acuerdo al contexto mexicano es innegable.

En esta esfera en particular existen agentes catalizadores que pueden fomentar o no el uso de la propia droga; estos pueden ser la accesibilidad a las drogas y el tipo de drogas a las que se tienen acceso, es probable que en este se tenga que apelar un poco al nivel socioeconómico, por otra parte se tiene la

percepción baja de peligro acerca del consumo esto tiene relación con lo que se ha mencionado previamente, puesto que el adolescente es incluso, por su desarrollo, propenso a no percibir el peligro de manera general, de la misma manera se puede pensar que existe un control sobre el consumo, sin embargo en la mayoría de las ocasiones no es así y solamente aumenta la necesidad de la dosis.

Como se ha visto, las esferas o niveles biopsicosociales, son un tema delicado y de suma importancia en cuestión de adicciones y su tratamiento, ya que de ahí se desprende una cantidad grande de intervenciones y de apoyos que puede tener la persona con adicción, el familiar, y/o el profesionalista a cargo de llevar el caso.

1.2.2. Implicaciones a nivel familiar

Como se ha mencionado antes, dentro de la esfera social de todos los individuos, se encuentra el ámbito familia, el cual es uno de los ámbitos más importantes en el desarrollo de la persona en general, particularmente en los adolescentes. Es por esta razón que cobra una gran importancia durante un proceso de adicción así como de una recuperación de la misma, dado que es uno de los pilares más importantes y que, a su vez, es proclive a verse más afectado por el contexto de una adicción.

La familia es un medio más propicio para el establecimiento de relaciones interpersonales lo cual promueve diversos lazos que van desde el amor, afecto, etc., los cuales generalmente fortalecidos por una constante interacción entre los involucrados (González et al, 2009). En ocasiones este objetivo no es logrado, debido a diversos factores uno de ellos es e no conocer formas adecuadas de relacionarse con sus allegados, no revisar su forma de relacionarse o una falta de comunicación y empatía.

Se sabe que la comunicación familiar puede verse afectada por diversas interacciones, o falta de ellas, varios ejemplos de esto, de acuerdo con Gónzales y cols. (2009) es cuando los modelos familiares que se tienen en el tronco familiar

no son seguidos, las relaciones entre los integrantes no son gratificantes, el hecho de que un miembro decida irse del hogar, etc. Por otro lado se encuentra el hecho de que existe un incremento en el uso de drogas en adolescentes y en algunas ocasiones es en un contexto familiar en donde se tiene el acceso a ellas, esto considerando la estructura de la familia, comunicación, reglas, etc. los cuales pueden funcionar también como factores protectores, siempre y cuando el contexto lo permita.

Una vez existiendo una ruptura dentro de la familia, su comunicación o su armonía, o alguno de los temas importantes para el bien funcionar de la dinámica, se pueden identificar factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de sucumbir ante un problema de índole conductual, en este caso el consumo de sustancias nocivas. Es así que Forselledo y Esmoris (1994) enlistan una serie de características que pueden observarse en una situación de este estilo, dividiéndolos en dos:

1. Factores Más específicos para el consumo de drogas.
 - A- Ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto.
 - B- Padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos.
 - C- Ausencia de figura paterma.
 - D- Presencia de un padre adicto al alcohol o drogas.
 - E- Carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social.
 - F- Conflictos en los padres.
 - G- Relaciones familiares que estimulan la dependencia.
 - H- Consumo familiar de sustancias (modelo adictivo familiar).
2. Factores menos específicos para el consumo de drogas
 - A- Padres permisivos o desinteresados.
 - B- Carencias económicas.
 - C- Carencias en los modelos sexuales de identificación.
 - D- Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.

- E- Expectativas muy altas o bajas en la relación al éxito esperado de los hijos.
- F- Desintegración familiar.

De esta manera es que la familia, los estilos de crianza, comunicación, relación interpersonal cobran un gran sentido en la manera de tratar las adicciones y de identificarlas, puesto que, como ya se ha visto, es una piedra angular en el desarrollo de las mismas, por lo cual también es necesario realizar una labor de intervención en este ámbito.

1.3 Principales retos

Tras revisar todo lo anterior, cuelga resaltar que, en temas de uso, consumo y atención de venta de drogas, el país se encuentra ante diversos retos de importancia, pues particularmente el consumo de drogas dentro de México se ha convertido en uno de los principales temas que hay que contrarrestar y atacar con una mayor fuerza.

México tiene frente a sí, una serie muy grande de retos que debe atender para poder hacer frente a esta problemática tan grande que se está gestando y desarrollando dentro de su propio territorio y se ha mantenido a lo largo de décadas que han dejado tristes desenlaces en millones de familias a lo largo de todo el globo. Entre los principales temas que hay que tomar en cuenta son:

Mejoramiento en políticas de salud: Para lograr una atención integral a toda la demanda actual que está presente en México.

Personal capacitado: En una situación tan delicada como es el consumo de drogas y sus consecuencias, es imperativo que quienes decidan inmiscuirse en el tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los implicados, tengan un manejo adecuado de los términos y tratamientos. Se ha mencionado previamente

que es necesario que el personal dedicado a la atención de las adicciones se mantenga un consenso actualizado, mediante el cual puedan ejercer de manera adecuada con la finalidad de lograr una intervención más eficiente.

Mejoramiento en políticas de seguridad pública: De acuerdo con Medina y Real (2013), México se ha visto en la necesidad de experimentar con diversas formas de lidiar con el crimen organizado ya la corrupción alrededor de este trayendo costos grandes para el propio país. Entre estas estrategias se pueden encontrar el desarrollo de programas comunitarios y coaliciones dedicadas al tratamiento, atención y prevención, que se han adaptado como parte de las estrategias nacionales para combatir las adicciones. Por otra parte se debe atender de manera constante una regulación sobre drogas legales y no legales.

Mejoramiento en políticas de educación: De la mano con el punto anterior, es importante establecer una educación de calidad por parte de los profesionistas a cargo, con la intención de informar y prevenir sobre los riesgos del consumo de drogas (legales y no legales), principalmente con la misión de formar estudiantes y ciudadanos que tengan la posibilidad de valorar sobre sus decisiones desde la razón, conociendo los hechos.

Actualización constante de temas: Para finalizar estos puntos, se ha señalado que los profesionistas deben encontrarse en una constante actualización de sus conocimientos y los contenidos que manejan, sin embargo, también es importante hacer una labor de promoción de estos contenidos. Esto debido a que al ser un tema de constante avance y crecimiento, es necesario que siempre exista una actualización y compromiso tanto de profesionales como de personas con adicción y familiares.

México al encontrarse en el pináculo de su desarrollo económico, así como de desarrollo social, ve de manera crucial que los profesionistas que se encuentran en posición de establecer un mejoramiento en todos los temas

relacionados con la salud de su población, así como un interés genuino en estos temas, dentro de ellos el daño que las drogas pueden causar en todos los ámbitos del consumidor.

2. LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Si bien se ha revisado que existen diferentes tipos de aproximaciones a las adicciones, y a su vez, distintos tipos de adicciones, es momento de hablar de una de las disciplinas que ha prestado mayor atención a su tratamiento.

La psicología ha dedicado gran parte de su tiempo al tratamiento de pacientes y familiares de pacientes en situación de adicción o en riesgo de caer en una. El psicólogo forma parte fundamental en el tratamiento de las adicciones de acuerdo con González, Fabelo y Naranjo (2013) se debe a 2 principales razones, la primera es porque la mayoría de los modelos explicativos acerca de las adicciones son de corte psicológico, y la segunda, es que a pesar de haber un gran número de tratamientos farmacológicos para las adicciones, la intervención terapéutica es la que posee una mayor relevancia, puesto que en esta figura se van a recargar una serie de conceptos que el propio paciente y familiares comenzarán a traer a su día a día con la finalidad de poder lograr un cambio sustancial en su conducta.

De acuerdo con Cumsille (2017) el consumo en los distintos países ha sido evaluado mediante métodos poco confiables y que estos no reflejan un consumo cero, en cambio, se habla de una ausencia de información, que eventualmente en estudios posteriores dejaría datos como:

- Los niveles de consumo difieren entre países
- Las sustancias consumidas difieren entre países
- Los niveles de violencia generados por la producción distribución y control, difieren entre países.
- Hay una diversidad muy grande de sustancias disponibles, la mayoría de ellas de origen sintético.

- Todos los países tienen el potencial de ser productores, transportadores y consumidores de drogas.
- El consumo de drogas no es exclusivo de algún país en particular.
- Es necesario que las políticas se enfoquen en las personas y no en las sustancias
- Para tener éxito en las propuestas de políticas, es necesario realizar investigación científica.

Es por esta razón que es indispensable pensar en la atención de las adicciones desde la psicología y sus técnicas, ya que históricamente han estado implicados en el estudio de las mismas, así como en la investigación sobre los efectos sociales que estas tienen. Es así como esta ciencia pretende que las personas con una adicción o que son consumidoras casuales, logren una reinserción y/o un alejamiento de la sustancia que les ha venido causando problemas.

Prochaska y Diclemente (1992, 1993) en Becoña y Cortés (2010) le denominan procesos de cambio, en donde el paciente atraviesa diversas etapas, desde el estar inmerso en el consumo de las drogas, el traer a conciencia el hecho de que tiene una problemática con las mismas y finalmente atravesar a una reinserción, mediante diversas técnicas e intervenciones que son útiles para su propio proceso y el de otras personas.

Asimismo proponen una serie de técnicas terapéuticas para ayudar a los pacientes a través de los diferentes estados de cambio, el que los pacientes hagan uso de estas técnicas les ayuda a avanzar dentro de sus propios estados de cambio. Las técnicas se mencionan a continuación:

- Psico-educación
- Clarificación de valores
- Solución de problemas
- Esclarecimiento de metas
- Planificación de la prevención de recaídas

- Técnicas de relajación
- Entrenamiento en asertividad
- Role-play
- Técnicas cognitivas
- Reestructuración ambiental
- Clarificación del rol
- Reforzamiento
- Habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación
- Clarificación de las necesidades
- Evaluación y feedback

Es importante realizar una profesionalización en los procedimientos y personal encargado de la atención de las adicciones, debido a que de acuerdo con Souza (2014) se mantiene un espíritu discriminativo en el manejo de terminología y conceptos referentes a las adicciones y a las personas que padecen estos trastornos, que en ciertas ocasiones no son convergentes entre los profesionales, menos aún entre quienes no lo son. Es así que se observa una división dentro de lo que son las sustancias adictivas, como lo es el alcohol o el tabaco, reflejando así una diferencia de abordaje en distintas formas (metodológica, de investigación, y hasta pedagógica), cayendo en diferencias de concepción y gravedad entre ellas siendo que todas ellas pueden ser potencialmente graves. Otro punto clave en esta situación de la profesionalización es que de acuerdo a los mismos autores, se tiene por sabido que tanto profesionales como no profesionales dedicados al tratamiento de adicciones obtienen su manejo de terminología desde el propio vocabulario de las personas con adicción, siendo así un vocabulario sumamente limitado y, hasta cierto punto, obsoleto.

Actualmente nos encontramos en una grave desinformación en cuanto a los procesos terapéuticos, pues debido a esta desinformación se encuentran sobre-generalizaciones o simplificaciones acerca de los tratamientos y los padecimientos que existen. Por esta razón es muy importante el establecimiento de un puente

entre los datos verdaderamente científicos y su correcta difusión hacia la comunidad en general y de la misma manera realizar una colaboración educativa con el paciente para una correcta conceptualización del conocimiento de sus padecimientos.

2.1. Modelos de atención psicológica en adicciones.

Desde la psicología ha habido un número considerable de aproximaciones teóricas que han tenido contacto con el tratamiento de las adicciones, siendo la terapia motivacional, cognitivo conductual, interpersonal, conyugal, familiar y grupal algunas de las más empleadas debido a su funcionalidad y factibilidad en cuanto a uso de elementos del entorno de la persona con una adicción.

Para el terapeuta debe ser de suma importancia identificar el tipo de terapia que debe emplear frente al tipo de consumo y adicción que se le presenta, ya que de acuerdo con Sánchez (2004) algunas de estas son más efectivas que otras dependiendo el caso. Por ejemplo la conyugal puede ser más eficaz en casos de alcoholismo, en casos de consumo de cocaína está un acercamiento comunitario aplicando un reforzamiento, por otra parte en el consumo de opiáceos se puede encontrar una eficacia en manejo de contingencias y programas conductuales, así como para el consumo de tabaco.

Se destaca también la eficacia de grupos de autoayuda, terapia familiar y de grupo, los cuales son una buena fuente de experiencia en situaciones de prevención de recaídas y promoción del abstencionismo.

Es así que el papel de la familia cobra una gran importancia para el terapeuta y por ello es que se busca ahondar en la forma de abordar y conocer el contexto en que la persona con adicción se desarrolla, por esa razón es que se han desarrollado varias estrategias terapéuticas para lograr este objetivo.

Una de estas estrategias terapéuticas es la que aborda temas familiares con todos los miembros de la misma, denominada, por su naturaleza; Terapia familiar, pues como se ha dicho antes, la familia es uno de los campos en dónde la

adicción tiende a adentrarse de manera más profunda y con consecuencias que pueden llegar a ser irreversibles.

Según lo mencionado por Riveros y Garzón (2014) La familia se ha convertido en un factor clave en el éxito de la intervención terapéutica en los problemas de consumo, esto debido a que su inclusión no solo juega el papel fundamental por sí misma en el tratamiento, sino en la génesis y el mantenimiento de dicha conducta adictiva. Situación que sujeta a un amplio análisis de factores contextuales que pueden poner en riesgo de recaídas si es que se atiende de manera individual, por esta razón es que el terapeuta debe tener una gran pericia para identificar los factores familiares de riesgo y posteriormente valorar la opción de intervenir de esta forma con sus pacientes. Esta intervención propone una mirada mediante la cual se debe orientar a la familia hacia los recursos y fortalezas que pueden ser utilizados a favor de obtener relaciones sanas, y de esta manera, poder cambiar sus estilos de vida dentro de la propia dinámica para fomentar un bienestar, enfrentando los problemas y dificultades de la vida desde una perspectiva diferente, con herramientas nuevas.

Dentro de lo que es el tratamiento o terapia familiar, existen varios modelos que abordan la problemática de diversas maneras y que, tienen implicaciones diferentes de acuerdo al tipo de modelo. Marcos y Garrido (2009) mencionan que estos modelos son los modelos enfocados en solución de problemas y los modelos intergeneracionales, que a su vez cuentan con sub-clasificaciones dentro de ellos, para una simplificación de este contenido se clasificarán de la siguiente forma:

1. Orientado a la resolución de problemas: Con intervenciones breves, focalizadas y prácticas.
 - A. Modelo estructural: Se parte del supuesto de que la familia es una estructura que está sujeta a un constante cambio y, bajo esta lógica, en un caso de adicción, es necesario que exista una reestructuración de estas estructuras, por lo cual se

trabaja con la modificación de patrones disfuncionales permitiendo a la familia desarrollar herramientas y afrontar tensiones cotidianas.

- B. Modelo Estratégico: Se enfoca en la situación inmediata del paciente y se presta especial atención a la forma en que la familia busca solucionar problemas, de modo que la intervención va dirigida hacia la interrupción de soluciones ineficaces y establecer nuevos panoramas de solución para la problemática.
- C. Modelo estructural-estratégico: Parte de los principios básicos de los modelos anteriores, sin embargo en este se considera una participación activa de la familia aunque esta ya no se encuentre presente y si es necesario se trabaja sobre esa situación. Por otra parte se trabaja con toda la familia y posteriormente se incluye a los que se considera a los actores importantes en el proceso exclusivamente, además de considerar amigos, parientes importantes o personas cercanas del ámbito escolar, laboral o familiar que también pudiesen tener importancia para el mismo. En conjunto se establecen 3 metas 1) cese de consumo, 2) uso productivo del tiempo y 3) que el adicto consiga ser autónomo y estable.
- D. Modelo sistémico-constructivista: Se pone énfasis en los significados compartidos dentro de la familia en vez de las conductas manifiestas. El terapeuta se encargará de revisar los significados (mitos, premisas o sistemas de creencias) que sean coherentes con el síntoma que se presenta ante el proceso terapéutico.
- E. Modelo conductual: Se basa en los principios de aprendizaje social y modificación de la conducta, de modo que esta se

centra en la importancia de las normas familiares y los procesos de comunicación familiar, además de las circunstancias y contextos de aprendizaje bajo los cuales se dieron las conductas. El terapeuta se enfoca en las conductas aprendidas y observables, las cuales, basadas en aprendizaje, se llevarán a modelos más efectivos utilizando modificaciones en consecuencia para todo el entorno familiar.

2. Modelos intergeneracionales orientados al desarrollo: tienen un carácter más exploratorio y menos focalizado.
 - A. Modelo psicodinámico: Los padres se conceptualizan de una forma en que se les aprecia de manera individual y de la manera en que crean sus relaciones maritales y paternas como piezas importantes en el funcionamiento o saludable o patológico familiar. Para este tipo de modelos las toxicomanías vienen a procesos familiares pasados no resueltos o pérdidas que deben ser resueltas a las que el terapeuta debe prestar atención.
 - B. Modelo de Bowen: Se basa en el hecho de que el funcionamiento familiar altera los patrones relacionales que son pobremente diferenciados. Un ejemplo de esto es una muerte donde los síntomas pueden estar vinculados. Por esta razón es que el trabajo se halla en la diferenciación de la familia nuclear de la familia global.
 - C. Modelo vivencial: Se postula en el hecho de que las conductas de una persona son consecuencia de sus propias experiencias vitales antiguas se propagan y fortalecen, sin importar su propósito. La meta es obtener una auto-apreciación en la relación con los demás mediante una

comunicación abierta de sentimientos y diferencias. Todo esto desde una aproximación fenomenológica.

Otro punto bastante importante en el tratamiento de la adicción es la toma de decisiones, la cual generalmente se aborda desde una perspectiva cognitivo conductual en un proceso de terapia individual o grupal, puesto que es de ahí de donde parte el hecho de consumir o no consumir, es de esta premisa de donde el terapeuta debe sostenerse para realizar una intervención basada en el abstencionismo.

Si bien la familia es una de las piedras angulares en el esquema de tratamiento de la persona, no es el único ya que hay otros factores que juegan papeles sumamente importantes en el tratamiento de la adicción, uno de ellos es la motivación, la cual también es fundamental para lograr el avance deseado, especialmente cuando la terapia, o intervención, se basa en la abstinencia. A este tipo de intervención se le denomina intervención motivacional (IM).

De acuerdo con López et al (2013) en la gran mayoría de las intervenciones motivacionales destaca la intervención de terceras personas con la finalidad de llevar a la persona a la decisión de cambiar su perspectiva y dirigirse a un cambio en su relación con el consumo de sustancias. Un ejemplo de esto se puede encontrar en los Grupos de AA en donde se toma la participación de un tercero para la toma de la decisión y la guía acerca del proceso de la adicción, los acuerdos y tiempos sobre la misma.

Por otra parte, una herramienta poco menos común, pero utilizada también es la terapia de fármacos, que puede ser útil para la regulación de la actividad cerebral o de disfunciones orgánicas a causa de los efectos de las propias drogas, de este modo es que un médico es el que debe estar encargado de esta área. Generalmente se utiliza para la adicción a la nicotina, pues de acuerdo con Ragaldo et al (2007) uno de los componentes dentro de estos medicamentos (tartrato de vareniclina) es afín a la nicotina y tiene efectos semejantes a la

nicotina, sin ser un componente adictivo o nocivo, pues causa una estimulación en los neuro-receptores liberando dopamina.

Es importante recalcar que este tipo de intervención no solamente se usa para la atención a personas que buscan dejar la nicotina, sino que se puede emplear para otro tipo de adicciones de una índole más grave, en donde la salud puede verse comprometida y es necesario hacer un equilibrio en cuanto a los químicos que se ven implicados.

En muchas ocasiones la persona con adicción se vuelve alguien que por sí mismo no es funcional dentro de una sociedad, por lo cual es necesario acudir a técnicas que faciliten una reinserción de este en la sociedad en la que se pretende se pueda desarrollar de manera normal.

De acuerdo con López y Pérez (2005) hay que establecer algunos procesos necesarios para poder realizar un proceso de reinserción social de forma exitosa, en estos hay que tomar en cuenta el nivel educativo, social, económico, etc. De la misma manera hay que tomar consideraciones para poder lograr dicha reinserción de forma exitosa.

- Basar la reinserción en el conocimiento de la realidad social
- Considerar la exclusión como un mecanismo que funciona por inercia hacia estos grupos, de modo que hay que fomentar una inclusión.
- Ejecutar programas tendientes al desarrollo de capacidades y habilidades específicas.
- Buscar de manera constante y adaptativa mecanismos específicos de reinserción familiar y comunitaria.
- Construir y reenfocar redes para hacer accesible dicha reinserción.

- Promover el desarrollo de una conciencia colectiva en torno a la problemática.
- Sistematizar experiencias para una sistematización de elementos que fomenten la reinserción.
- Impulsar iniciativas de ley que consideren la reinserción.
- Identificar límites y alcances de acción de los diferentes actores sociales.

Para el seguimiento de la terapia es necesario hacer una serie de evaluaciones entre las cuales se encuentra una enfocada a las recaídas y propensión a reincidencia de consumo. De este modo, por medio de entrevistas a familiares y al propio paciente es que se valoran los factores de riesgo entre los cuales se encuentran estados emocionales, conflictos interpersonales y presión social (Sánchez & Llorente 2012), que pueden fomentar que el individuo, después de una intervención exitosa, pueda recaer en la adicción o reincidir en el consumo de alguna droga de manera ocasional.

Se van a destacar diversas variables que pueden influir en los procesos cognitivos afectivos y de afrontamiento del individuo. Por ejemplo factores previos como la historia familiar o el contexto en el cual se desarrolla la persona, por esa razón es de suma importancia haber trabajado la toma de decisiones, puesto que esto favorecerá el desarrollo o no de una recaída.

Por esta razón es de suma importancia presentar una sensación de control para el paciente durante su periodo de abstinencia, ya que esto fomentará el pensamiento de que no es él quien se encuentra bajo control de la abstinencia, sino al revés logrando esto mostrándoles una anticipación, reconocimiento y afrontamiento de situaciones de riesgo y recaída, mediante diversas estrategias cognitivas que puedan fomentar el establecimiento de dichos escenarios. Por otra parte enseñar una modificación de cogniciones y otras reacciones (como las conductuales, por ejemplo), y la prevención de una recaída absoluta. Todo esto

trabajando entrenamiento en habilidades sociales y toma de decisiones, y reestructuración cognitiva.

2.2 Modelos aplicados en adolescentes.

Así como se han descrito previamente algunos de los modelos más importantes y más usados para el acercamiento a las adicciones, es importante mencionar aquellos que pueden ser usados para la atención de adolescentes y cuáles son las razones por las que se considera que son viables para la atención de ellos.

De entrada las corrientes teóricas que abordan la problemática son en esencia las mismas, puesto que ayudan y benefician la intervención desde una visión terapéutica y científica al mejoramiento del paciente.

Se ha mencionado que la terapia en individual y familiar son unos de los principales puntos que se tocan en el tratamiento. En cuanto a los adolescentes se convierten en dos pilares importantes pues de ellos es de donde el terapeuta se valdrá para poder obtener la información necesaria sobre la situación que el adolescente está enfrentando, esto tomando en cuenta el tipo de adicción que tiene la persona. Considerando esto, es probable que resulte más provechoso un tipo de terapia que otro.

Como se ha mencionado en renglones previos, la familia en el proceso de recuperación es un pilar fundamental, y en la adolescencia se vuelve el principal dado que es, si no el causante, uno de los principales detonantes de que exista esta conducta en el adolescente, por lo cual es de mucha importancia atender este ramo del adolescente en cuestión.

De acuerdo con Marcos y Garrido (2009) uno de los modelos más utilizados en adolescentes, y que además ha demostrado eficacia en el tratamiento, es el de la terapia familiar breve estratégica, el cual forma parte del modelo de terapia

familiar estratégica mencionado previamente. Este consiste en una intervención sistémica breve (de 8 a 24 sesiones) dependiendo de la severidad percibida del problema. Se partirá de la idea de que la familia es un sistema y todo aquello que afecta a un miembro en concreto, afectará al resto del sistema, de modo que una persona (en este caso adolescente) consumiendo drogas, indica que el sistema familiar no funciona correctamente. Por otra parte los patrones de conducta e interacción familiar son un factor determinante en el comportamiento de los más jóvenes.

En este caso en particular la intervención del terapeuta se orientará en eliminar estos patrones basándose en varios objetivos primordiales a) cese en el consumo de droga b) cese en conductas problemáticas y d) modificación de patrones de interacción familiar. Esto se logra reforzando comportamientos funcionales para el adolescente, y por otra parte realizando un trabajo con la familia, en el desarrollo de habilidades de interacción familiar más funcionales.

Por otra parte está la terapia familiar multidimensional, la cual forma parte de la terapia conductual, la cual se enfoca en identificar cómo es que se produjo este uso de drogas en el adolescente de acuerdo a sus influencias, ya sea familiares, amistades, familia, etc. Posteriormente el terapeuta se enfocará en la reducción del (los) comportamiento(s) no deseado(s) y la promoción de la conducta deseada haciendo una generalización a otros contextos. De este modo se realizarán distintos tipos de sesiones para garantizar la efectividad de la intervención, en primera instancia se trabajará de forma individual con el adolescente y posteriormente con la familia, todas estas sesiones se pueden llevar a cabo en el propio lugar del tratamiento o en la casa del joven.

De la misma manera se buscará realizar un seguimiento mediante el cual se valore la posibilidad de una recaída o un nuevo consumo, de esta manera es que se van a valorar relaciones interpersonales, variables cognitivas, etc. con la

finalidad de prever una situación que pueda poner nuevamente en riesgo al paciente o a la dinámica que lleva con su familia.

3. EXPERIENCIA DENTRO DE UN CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL

En el presente capítulo se realizará una descripción detallada sobre cada una de las actividades realizadas como psicóloga dentro del CIJ, de esta forma es que se podrá dar una mayor claridad a la función del psicólogo en la atención de las adicciones, particularmente las actividades del CIJ. Es así que actividades como; Clínica para dejar de fumar, Intervención temprana en adolescentes, Grupo de familiares, Centro de día y Actividades preventivas serán detalladas y finalmente analizadas comparándolas con la literatura.

Una vez descrito a detalle lo que es la institución en general, se comenzará a hablar acerca de cada una de las actividades realizadas dentro de la misma. En el interior de la institución se hicieron actividades psicológicas de corte preventivo y otras que se les conocía de consulta externa, las actividades realizadas en prevención fueron; Conferencias, Pláticas, Talleres, Congresos, Exposiciones, Material informativo, etc., en diferentes sedes como escuelas, empresas, instituciones para concientizar acerca del uso y abuso de sustancias, de la misma manera se realizaron para prevenir estrés laboral y cuidado personal. Por su parte en consulta externa se trabajó; centro de día, clínica para dejar de fumar, atención temprana a adolescentes y terapia de apoyo para familiares.

Se hará mención de las actividades más importantes y de aquellas en las que se fue participe, en las cuales se permitió que existiera un real crecimiento y desarrollo profesional por parte del área de psicología, tales actividades pueden enlistarse de la siguiente manera:

Centro de día: se trabajó un taller de habilidades para la vida los días lunes, miércoles y viernes principalmente con adolescentes, la finalidad de dicho taller era lograr una reinserción exitosa a la vida cotidiana. Este se realizaba de forma grupal.

Clínica para dejar de fumar: se realizaron actividades como coterapeuta, el grueso de la población fueron Adultos Mayores, se trabajó con una base Cognitivo Conductual en 10 sesiones, cabe destacar que en esta clínica no se le daba un seguimiento a los pacientes, sino que se les aceptaba de acuerdo a como ellos quisieran integrarse, esto podría causar problemas puesto que no había inicio ni final de su tratamiento.

Atención temprana a adolescentes: Se trabajaba un taller de habilidades para la vida con adolescentes, principalmente consumidores experimentales de marihuana, benzodiasepina, fármacos, etc.

Atención a Familiares: Se trabajaba como coterapeuta con familiares de Adultos Adictos (en su mayoría mujeres), sin embargo en cierto punto se asumió el cargo de terapeuta principal, se trataron temas como resiliencia, autoconcepto, autoestima, autovaloración, también se hablaba propiamente sobre lo que son las adicciones y cómo funcionan.

3.1 Breve semblanza del CIJ.

Antes de ahondar en la labor del psicólogo dentro de los Centros de Integración Juvenil, es imperativo hacer una descripción del compromiso y cada una de las acciones que toma la institución en pro del combate a las adicciones. De acuerdo con el sitio oficial de Centros de Integración Juvenil, este es una asociación civil no lucrativa incorporada al Sector Salud fundada en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes, que en aquel entonces era apenas un incipiente problema de salud pública.

La labor pionera y visionaria de un grupo organizado de la comunidad, encabezado por la señora Kena Moreno, que se preocupó por contrarrestar el abuso de drogas y sensibilizar a los diversos sectores sociales del país acerca de este problema, se concretó con la fundación del Centro de Atención para Jóvenes

Drogadictos, que más tarde sumó esfuerzos de diversos organismos y personas, entre ellas autoridades federales, y de la comunidad en general.

CIJ cuenta con una experiencia de 50 años y las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México. Con el transcurso de los años, la institución ha ampliado su estructura, programas y servicios, basada en un compromiso compartido con la sociedad y en un espíritu renovado día con día razón por la cual su misión y visión son los siguientes:

Misión: Proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, con criterios de equidad, igualdad y no discriminación, basado en el conocimiento científico y formando personal profesional especializado.

Visión: Otorgar servicios de calidad con equidad de género y no discriminación en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes.

Centros de Integración Juvenil, A.C., institución de asistencia social especializada en la atención integral de la farmacodependencia, es un organismo de participación estatal mayoritaria, que desde septiembre de 1982 tiene como cabeza de sector a la Secretaría de Salud, y está sujeto a la normatividad que emite el gobierno federal para las entidades paraestatales.

Desde el 2 de octubre de 1973, CIJ se encuentra constituido como asociación civil bajo el gobierno de una Asamblea General de Asociados y un Patronato Nacional, integrados por destacadas personalidades de la comunidad con gran interés en la labor institucional.

Cabe destacar el compromiso e interés que muestra CIJ con la aceptación de nuevos talentos profesionales en formación, dando un espacio para su aprendizaje de forma *in situ*, que como explican Lave y Wenger (1991), facilita el aprendizaje y la adquisición de los conocimientos necesarios para la atención de las personas que se acercan a la institución.

Como se ha mencionado anteriormente, el CIJ tiene una serie de actividades en las cuales se enfoca para hacer de su accionar más eficiente en lo que es el tratamiento de las adicciones, de esta manera es que se comenzará a describir cada una de aquellas en las que se participó de manera activa como psicóloga, tanto en el desarrollo, planeación y aplicación.

3.1.1 Clínica para dejar de fumar.

De primera instancia está la clínica para dejar de fumar que, como se mencionó con anterioridad, no se daba un seguimiento a los participantes y se les permitía integrarse en el momento que desease, se atendió en su mayoría a hombres adultos y el trabajo se realizó durante 10 sesiones que se describirán a continuación:

Se comenzaba explicando los principales temas y conceptos más importantes a conocer dentro de lo que es el fumar y renunciar a este hábito. Algunos de ellos eran definidos como objetivos a lo largo de la intervención.

Introducción: Establecer el encuadre terapéutico. Describir las características de la adicción a la nicotina y lo que se espera del tratamiento. Conocer el contenido de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción.

Línea base: Analizar los determinantes que condicionan la conducta de fumar. Analizar los motivos de inicio, la carrera tabáquica y la conducta como

fumador. Analizar los motivos de mantenimiento. Conocer y aprender las estrategias para mantener la abstinencia al tabaco a partir de esta sesión.

Abstinencia: Analizar y enfrentar las experiencias desagradables asociadas a la abstinencia de nicotina. Evaluación farmacológica y prescripción.

Daños a la salud: Identificar las alteraciones que el tabaco, el humo de su combustión y la nicotina ocasionan al organismo.

Cambios metabólicos: Introducir al paciente a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de tabaco y a su abstinencia.

Relajación muscular: Habilitar al paciente en el manejo de técnicas de relajación, que le permitan hacer un mejor manejo de la tensión, estrés y/o ansiedad.

Desarrollo de habilidades asertivas: Identificar los diferentes tipos de respuesta que se pueden dar ante situaciones de alto riesgo que ponen en conflicto el mantenimiento de la abstinencia.

Solución en problemas y toma de decisiones: Aprender nuevas formas para afrontar situaciones de alto riesgo.

Reincidencia / recaída: Entrenar la manera de enfrentar adecuada y asertivamente las situaciones de riesgo de consumo.

Análisis y conclusiones: Analizar el aprendizaje obtenido en el manejo y control de la abstinencia al tabaco desde el MCC

De esta manera es que se comenzaba con las sesiones propiamente de intervención programadas. A continuación se van a describir de acuerdo a como se mencionan en el manual presentado por Chávez, Arellano y Gonzáles (2016).

Tabla 1.

Descripción de primera sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
---------------	-----------------	-------------------	-------------------	------------------

1 Introducción	-Establecer encuadre terapéutico -Describir las características de la adicción a la nicotina -Conocer el contenido de cada una de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción	Formato de auto-registro diario de consumo de tabaco	-Presentación ante el grupo -Presentación del programa. -Revisar situaciones que se relacionan con la conducta de fumar. -Aprendizaje de nuevas respuestas saludables. -Manejo de tareas para el hogar.	Deberá generar un ambiente de cordialidad, respeto y confidencialidad.
---------------------------	---	--	---	--

Nota. La tabla muestra la planeación de la primer sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La primera sesión servía principalmente para conocer al grupo y sus principales situaciones problemáticas con el consumo de tabaco, además del planteamiento de trabajo, objetivos y el énfasis en el seguimiento de sus conductas durante todo el proceso, en el cual se mencionaba, se trabajaría desde una perspectiva Cognitivo Conductual. Posteriormente se les dejaría ir con tareas para realizar en casa y su seguimiento de conductas, con la cita para la sesión 2.

Tabla 2.

Descripción de segunda sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
2 Línea	-Analizar los determinantes que condicionan la conducta de fumar. -Analizar los motivos de inicio, carrera de consumo y	-Cuestionario de motivos, recomendaciones. -Rotafolios. -Hojas de rotafolio. -Marcadores	-Revisión de auto-registros. -Preguntar inicio de consumo y anotar aspectos importantes en el	-Mediar una discusión sobre la credibilidad que tienen los participantes sobre los mitos y realidades en cuanto al primer acercamiento

conducta como fumador. -Analizar motivos de mantenimiento	Rotafolios.	y/o consumo. -Identificar los motivos más preponderantes a nivel grupal. -Apoyarse de literatura o datos duros.
--	-------------	---

Nota. La tabla muestra la planeación de la segunda sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En cuanto a la segunda sesión que se llevaba a cabo con el grupo, se trabajaba la parte del primer acercamiento al tabaco y todo aquello que lo rodeaba, posteriormente se debatía acerca de los mitos que rodeaban esta situación, es decir, que tan cierto creían ellos que fueran o qué tan acercados a su realidad estaban. Se anotaban los que se consideraban más importantes, impactantes o particulares y también se trataban con el grupo de forma respetuosa. Se les dejaba ir con la cita para la sesión número 3.

Tabla 3.

Descripción de tercera sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
3 Abstinencia	-Conocer y aprender las estrategias para mantener la abstinencia al tabaco a partir de esta sesión	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	-Revisión de auto-registros realizando observaciones sobre ventajas y desventajas. - Compartir estrategias de abstinencia con el grupo e incluso sus experiencias. -Generar estrategias de manera grupal y probar para la siguiente sesión.	-Hacer hincapié en los eventos que se pueden suscitar a raíz de la abstinencia. -Señalar los beneficios de la abstinencia. -Resaltar logros y beneficios de dejar de fumar. -Derivar a farmacoterapia quienes sea necesario.

Nota. La tabla muestra la planeación de la tercera sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión número 3 comenzaba, como todas las demás, con la revisión del auto-registro y el resalto de las ventajas que se han tenido, hasta el momento, de mantenerse en abstinencia por parte de cada uno de los participantes, esto se va a ir alimentando con cada una de las participaciones de ellos, puesto que iban compartiendo, si así lo deseaban, la estrategia que habían venido utilizando para mantenerse alejados del consumo de tabaco y la experiencia que esto les representaba, de modo que sus compañeros pudiesen experimentar una nueva forma de mantenerse en abstinencia. Al final se hablaba de nuevas formas de lograr el trabajo y además de valoraba los casos especiales de quienes no pudiesen estar en condiciones por situaciones farmacológicas, a estos últimos se les canalizaba al área correspondiente. Se acordaba cita para la sesión número 4 y se finalizaba.

Tabla 4.

Descripción de cuarta sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
4 daños a la salud	-Identificar alteraciones que el tabaco, humo y nicotina ocasionan	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	-Revisión de auto-registros, esperando que ya no exista consumo o este sea mínimo. -Preguntar sobre los cambios que han tenido a partir de su alejamiento del tabaco. -Remarcar los beneficios que tiene dejar de fumar. -Valorar el estado de	-Hacer hincapié en la actitud hacia la buena salud. -Anotar las respuestas más importantes, impactantes o fuera de lo común. -Generar un espacio respetuoso de discusión. -Resaltar los daños que ocasiona el

salud propio
antes y ahora.

tabaco a la
salud.
-Cerrar
completando
la
información
del grupo
con datos de
un
panorama
mundial
valiéndose
de datos
reales y un
apoyo por
parte del
personal
médico.

Nota. La tabla muestra la planeación de la cuarta sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión número 4, se enfocaba principalmente en las consecuencias que tiene el tabaco y sus componentes en la salud de los participantes, haciendo una comparativa de cómo es que ellos se sentían al momento de fumar y cómo es que se sentían cuando ya no lo hacían, además de comparar su estado de salud al momento de no fumar con una persona que nunca ha fuma, si es que ellos consideraban que alguna vez podrían tener un estado de salud así. Posteriormente para lograr una mayor adherencia al tratamiento, el médico se encargaba de dar datos sobre cómo es que los componentes afectan al cuerpo y de qué forma, finalmente se cerraba la sesión con algunos datos que se obtuvieron en diferentes fuentes que se tiene a la mano dentro del propio centro. Se finalizaba la sesión con cita para la quinta sesión.

Tabla 5.

Descripción de quinta sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
5 Cambios metabólicos	-Introducir al paciente a un	-Rotafolios -Hojas de	-Revisión de auto-registros	-Resaltar el esfuerzo de los

nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de tabaco y a su abstinencia.	rotafolio -Marcadores	-Hablar sobre los cambios metabólicos cuando se suspende el consumo de tabaco. -Hablar de cambios físicos a raíz del cambio	participantes. -Fomentar la participación de los participantes para compartir su experiencia. -Apoyarse de la TREC para el cuestionamiento de las creencias.
---	--------------------------	--	--

Nota. La tabla muestra la planeación de la quinta sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 5 se habló sobre el impacto que tiene el fumar y, por consecuencia, el dejar de fumar, en el metabolismo, específicamente en cómo es que su salud metabólica se ha venido beneficiando a raíz de su cambio en conductas. Si bien, esta sesión se puede parecer a la anterior, es importante establecer una diferencia en cuanto a temas de contenido por la situación de que en la sesión anterior se observan los cambios en la salud de manera general, en esta sesión se habla de cómo el metabolismo de la persona se comienza a ver afectado de manera positiva, lo cual viene a ser un beneficio para la persona. De la misma manera se buscaba que los participantes compartieran sus experiencias, sobre todo aquellos que habían logrado estar en abstinencia para fomentar el cambio en sus compañeros, de este modo el terapeuta podía valerse de diferentes técnicas para ayudarse a realizar esta tarea. Se finalizaba cerrando las actividades y se les citaba para la sesión número 6.

Tabla 6.

Descripción de sexta sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
6 Relajación muscular	-Habilitar al paciente en el manejo de técnicas de relajación, que le permitan	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	-Se habla sobre los beneficios que han alcanzado al dejar de fumar.	-Desmitificar el hecho de que el cigarro los calmará en situaciones

hacer un mejor manejo de la tensión, estrés y/o ansiedad.	-Se habla de estilos de vida saludables. -Se entrenará en técnicas de respiración.	de estrés. -Hacer énfasis en las ventajas de las técnicas de respiración. -Explicar los beneficios de las técnicas de relajación.
---	---	---

Nota. La tabla muestra la planeación de la sexta sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión número 6, comenzaba con los participantes hablando sobre los beneficios alcanzados al llegar a este punto en su abstinencia, de la misma manera se hablaba de los beneficios generales de haber dejado el tabaco, posteriormente se comenzaba un entrenamiento en habilidades enfocadas a técnicas de respiración y relajación, dado que es probable que muchos de ellos estén enfrentando estrés y relacionen este con el fumar, pues existe la creencia de que el cigarro ayuda a relajar. Por ello es que se hacía un espacio para trabajar con estas creencias, se hacía un énfasis en los beneficios de las técnicas de relajación y de respiración, se les dejaba practicar y finalmente se les citaba a la sesión 7.

Tabla 7.

Descripción de séptima sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
7 desarrollo de habilidades asertivas	-Identificar diferentes tipos de respuesta que se pueden dar ante situaciones de alto riesgo que ponen en conflicto el mantenimiento	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	-Se reforzarán los beneficios que ha traído el no fumar -Entrenamiento en asertividad. -Entrenamiento en habilidades de comunicación.	-Retomar la importancia de la vida saludable. -Recalcar la importancia de los ejercicios de relajación.

de la
abstinencia.

Nota. La tabla muestra la planeación de la séptima sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 7, nuevamente se retomaba la importancia de no fumar y sus beneficios, de esta forma es que constantemente se les recalca el avance que, hasta ese momento se llevaba, así como se reconocía el esfuerzo y los resultados del mismo. Por otra parte se comenzaba a revisar temas que podían poner en riesgo su estado de abstinencia, como lo es el que algún familiar o conocido del trabajo fume, de modo que se comenzaba a realizar trabajos de comunicación asertiva en conjunto con los ejercicios de relajación, los cuales buscaban bajar la ansiedad y alejar a la persona del escenario en donde pudiese romper el avance que hasta ese momento había logrado, gracias al tratamiento y el esfuerzo. Finalmente se recopilaban las opiniones y se cerraba con una cita para la siguiente sesión.

Tabla 8.

Descripción de octava sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
8 Solución de problemas y toma de decisiones	-Aprender nuevas formas para afrontar situaciones de alto riesgo	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	-Se reforzaran los beneficios que les ha traído el nuevo estilo de vida. -Plantear los 5 pasos que contempla la solución de un problema: Especificar problema. Identificar forma en que se suele responder. Hacer una lista de alternativas.	-Dar herramientas al paciente para fomentar el alejamiento continuo del tabaco. -Fomentar el reconocimiento de problemas de cada participante. -Sondear problemas más frecuentes en el grupo. -Fomentar el

Considerar consecuencias o resultados. Toma de decisión.	ejercicio reflexivo basado en temas pasados.
--	--

Nota. La tabla muestra la planeación de la octava sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 8, se realizaba el trabajo de solución de problemas, el cual se relacionaba estrechamente con las sesiones anteriores, en esta sesión se hacía una labor reflexiva bastante profunda ya que se buscaba que los participantes y el terapeuta trabajaran de manera conjunta para explorar la forma en que se le venía dando solución a los problemas, de la misma manera es que se le presentaban nuevas estrategias para la solución de futuros problemas que pudiese haber, esto tomando en cuenta las sesiones pasadas (asertividad y comunicación), para finalmente tomar una decisión con referencia al problema que ellos presenten durante la sesión y, también durante el transcurso de su vida fuera de la sesión.

Es importante recalcar que en esta sesión se trabajaban temas como postura, tono de voz, gesticulación, lenguaje corporal, etc, ya que de acuerdo con lo revisado, se ha encontrado que el lenguaje no verbal es muy importante para la comunicación en la solución de problemas. Al final se hacía un cierre por parte del psicólogo y se les citaba a la siguiente sesión.

Tabla 9.

Descripción de penúltima sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
9 Reincidencia/ recaída	-Entrenar la manera de enfrentar adecuada y asertivamente las situaciones de riesgo de consumo	-Rotafolios -Hojas de rotafolio -Marcadores	- Se identificarán las situaciones, que a estas alturas, aún podrían llevarlos a una recaída.	-Felicitación por logros obtenidos. -Recalcar que la recaída está presente y que hay que

-Se identificarán las estrategias, que de manera personal, consideran les pueden ayudar en una situación de posible recaída.	- tener presente lo revisado en las sesiones pasadas. -Recalcar que una recaída no es un fracaso, sino una oportunidad de aprender.
- Establecimiento de metas viables a corto, mediano y largo plazo.	

Nota. La tabla muestra la planeación de la novena y penúltima sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión 9, considerando que es la penúltima que se tiene con todo el grupo, se hablaba sobre los avances que han logrado hasta el momento, además de que se les felicitaba por estos, puesto que habían avanzado bastante a lo largo de las sesiones, posteriormente se comenzaba a hablar sobre las recaídas y lo que ellos consideraban que les funcionaría para una posible recaída. Es importante mencionar que en esta sesión el terapeuta tenía una función bastante especial ya que en él recaía la responsabilidad de validar todas las estrategias de cada persona, así como los miedos e inseguridades alrededor de estar por terminar las sesiones. De este modo es que se hacía hincapié en que las recaídas representaban un área de oportunidad para continuar el proceso. Se cerraba la sesión hablando de cada una de las estrategias que pudiesen ayudarles, así como retomando los aprendizajes, finalmente se les citaba para la última sesión.

Tabla 10.

Descripción de última sesión de clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
10 análisis y conclusiones	-Analizar el aprendizaje	-Rotafolios -Hojas de	-Análisis de logros y	-Felicitación por conclusión del

obtenido en el manejo y control de la abstinencia al tabaco desde el MCC	rotafolio -Marcadores	dificultades para de cada miembro dentro del grupo. -Análisis de logros realizando contraste entre el antes y después de fumar. -Hablar de los logros obtenidos durante todo el proceso.	tratamiento. -Fomentar la retroalimentación entre el grupo. -Señalar lo observado en cada participante durante todo el proceso.
--	--------------------------	--	---

Nota. La tabla muestra la planeación de la décima y última sesión desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la última sesión se hacía un análisis de todo lo vivido durante el proceso, principalmente a manera de reflexión por parte de cada uno de los participantes, de modo que puedan resaltar los puntos más altos de su tratamiento y los más bajos dentro del mismo, esto ayudará a hacer un contraste en cuanto al cómo es que ellos se habían ido sintiendo alrededor del mismo, por su parte el terapeuta se encargará de mediar esta situación, principalmente hablando sobre los logros y reconociendo los cambios conductuales en cada uno de ellos, reconociendo el esfuerzo y la dedicación a lo largo de todo el tratamiento, se hacía una retroalimentación entre todo el grupo y se concluía el tratamiento de manera general. Se cerraba el tratamiento con el acuerdo de una sesión de seguimiento al mes de esta décima sesión, en este caso era probable que para algunos representara una amenaza de recaída y por ello es que se negociaba tenerla antes.

Tabla 11.

Descripción de sesión de seguimiento para la clínica para dejar de fumar.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
Seguimiento	-Mantener los	NA	-Se realiza un	-Facilitar el

cambios logrados durante el tratamiento.	análisis de las situaciones vividas por los participantes en función de las actividades realizadas durante el tratamiento.	compartir experiencias -Realizar recomendaciones para no fumar -Reforzamiento de las habilidades.
--	--	---

Nota. La tabla muestra la planeación de la sesión seguimiento para clínica de dejar de fumar, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión de seguimiento se llevaba a cabo de la manera acordada. En este caso se revisaban las experiencias vividas durante el mes transcurrido entre la última sesión y la de seguimiento, en búsqueda de situaciones complejas y que hayan puesto en dificultades a los participantes, finalmente se les invitaba a la revisión y reflexión de lo aprendido durante el tratamiento, así como se les volvía a entregar estrategias y se hacía un reforzamiento de las previamente aprendidas. Se entregaban algunas recomendaciones para no fumar y se daba por finalizada la sesión.

RECOMENDACIONES PARA NO FUMAR Desechar todos los cigarrillos, limpiar los ceniceros, deshacerse de cerillos y encendedores. Pensar en cualquier imagen negativa acerca del cigarrillo. Adoptar una actitud positiva, tratar de concebirse como ex fumador. Cada vez que sienta deseos de fumar, inicie un sencillo ejercicio de relajación.

Respire profundamente las veces que sea necesario, inhale por la nariz, sostenga el aire algunos segundos y exhale por la boca, lentamente. Este ejercicio le ayudará a reducir la ansiedad. Siempre que le sea posible camine o trate de iniciar algún plan de ejercicio físico.

Después de comer dé cortos paseos. Si usted desea, puede hacer pública su decisión de dejar de fumar.

Haga comentarios con amigos, familiares y compañeros de trabajo de la importancia que tiene para usted, lograr su objetivo y mantenerse sin fumar.

Reúnase con amigos que no fuman.

Acuda a lugares donde no se permite fumar como en cines, museos, teatros, etc.

Busque algo que hacer con sus manos, tejer, juegue con plastilina, con esferas anti estrés, arregle el jardín, etc.

Procure modificar sus hábitos asociados a la conducta de fumar, tales como: tomar café o bebidas alcohólicas, reuniones sociales, hablar por teléfono.

Aliméntese con una dieta balanceada, evite las comidas con demasiada grasa, tenga frutas y verduras para masticar, ramitas de orozuz.

Visite a su dentista para que le realice una limpieza dental. Además cepille sus dientes con frecuencia.

Busque nuevos intereses, disfrute de un buen masaje, escuche su música favorita, piense en lugares nuevos para ir de vacaciones.

Consuma líquidos como: agua (mínimo 8 vasos al día), jugos, leche.

Disfrute del dinero que ahorrará no fumando: compre libros, asista al teatro, al cine.

Aprecie el hecho de que no necesita un cigarro para sentirse bien.

De esta manera es como se llevaba la clínica para dejar de fumar en CIJ, de acuerdo al manual previamente mencionado, es que cada una de las sesiones brindaba la libertad de llevar ciertos materiales que pudiesen ser de ayuda dentro de cada una de ellas, así como de estadísticas, datos, infografías, etc.

3.1.2 Intervención con adolescentes.

Como ya se ha revisado antes, una gran cantidad de los nuevos consumidores y los consumidores activos, son jóvenes, por lo cual es sumamente importante presentar atención de forma inmediata, lo cual ha llevado a instituciones como CIJ a realizar planeaciones para la atención de estos jóvenes.

De acuerdo con Arbex (2008), es necesario que se adecuen las estrategias a los nuevos consumidores menores o jóvenes para que se puedan realizar intervenciones más adecuadas a la edad de la población, donde, pese a

la dificultad, se busque delimitar la prevención y la terapia, siendo esta última un factor altamente importante en este tratamiento con adolescentes.

Es así que Escudero (2016) ha presentado un manual para la atención de los jóvenes, el cual se compone de los siguientes elementos:

PAUTAS DE ENCUADRE

Espacio dirigido a la reflexión sobre los diferentes desafíos a los cuales se enfrentan los adolescentes y sus padres; por lo que se busca generar alternativas y fortalecer los lazos como factores protectores en el día a día.

Pensado para:

- Personas entre 11 a 17 años de edad.
- Con consumo experimental de drogas.
- Que no cumplan los criterios de abuso y/o dependencia a las drogas según los criterios del DSM-IV TR/CIE-10.

A continuación se menciona brevemente, las características de aplicación; el cual puede ser contextualizado o adecuado a la demanda que la población requiera para su mejor aprovechamiento: Puede ser utilizado por cualquier integrante del Equipo Médico-Técnico (EMT). Las sesiones están pensadas y dirigidas de la siguiente manera, (8 actividades enfocadas al trabajo con adolescentes y 4 actividades dirigidas a padres o tutores). La primera sesión de cada enfoque será de introducción/presentación, en la que se sentarán las bases para la construcción y establecimiento de la alianza terapéutica. La cronología, con la cual se deben llevar a cabo las sesiones de preferencia en el orden que se presentan, sin embargo puede ser modificado a discreción del terapeuta y necesidades del grupo.

La frecuencia con que se llevan a cabo las sesiones, son mínimo una vez por semana.

Las sesiones dirigidas hacia adolescentes y padres de familia o tutores, puede ser de forma sincronizada o por separado; esto obedecerá a las necesidades de la población y del CIJ.

Las sesiones están contempladas aproximadamente para una duración de 60 a 120 minutos cada una, pero si se llegase a requerir y el profesional a cargo lo considera oportuno extenderla con el fin de un mayor aprovechamiento terapéutico, esto será posible. o El número de participantes se contempla de (3 a 15 integrantes), de ser mayor a este número es recomendable dividirlo en dos grupos por sesión; sin embargo ese punto queda a consideración de cómo se presenten las necesidades que requiera el CIJ.

Cabe destacar la importancia de la primera sesión para el caso de los adolescentes como de los padres puesto que es aquí en donde se va a llevar a cabo la llamada alianza terapéutica, que en palabras de Muran y Safran (1998) ha tenido un papel importante de forma histórica en la relación terapéutica para el compromiso dentro de la misma relación.

GUÍA PRÁCTICA PARA ADOLESCENTES

Tabla 12.

Descripción de la primera sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
1 Presentación/establecimiento de alianza terapéutica	-Favorecer un espacio donde exista un ambiente relajado que promueva el establecimiento de la alianza terapéutica y la oportunidad de conocerse de los asistentes. -Expresión de expectativas e inquietudes acerca de su presencia en dicha sesión.	-Pelota -Etiquetas - Marcadores	-Se realizará una actividad de reconocimiento de necesidades. - Realización de actividad de presentación de contenidos	-Mencionar confidencialidad del tratamiento. - Retroalimentación. -Preguntará sobre actividad y contenidos temáticos. -Preguntar dudas.

Nota. La tabla muestra la planeación de la primera sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión número 1, funcionaba para poder presentar tanto los temas como a cada uno de los integrantes entre sí y con el terapeuta (anexo1), también tenía la función de mediar las expectativas del tratamiento, así como evaluar si había algún tipo de duda, resistencia o inconformidad con respecto a la situación que se estaba viviendo. Se pactaba la fecha y hora para la siguiente sesión y se daba por finalizada.

Tabla 13.

Descripción de la segunda sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
2 biografía	-Favorecer la integración grupal a través de la sensibilización y el conocimiento interpersonal, para afianzar un ambiente de confidencialidad.	-Hojas blancas -Lápices -Colores -Gomas para borrar	-Realizar actividad sobre la vida de los jóvenes mediante dibujo y explicarlos.	- Realizar retroalimentación de la actividad. -Fomentar la reflexión

Nota. La tabla muestra la planeación de la segunda sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la segunda sesión, se hablaba sobre temas personales de la vida de cada uno de los participantes, de esa manera es que cada uno de ellos iba compartiendo pequeños fragmentos de sus historias, metas, etc. De la misma manera es que el terapeuta realizaba una retroalimentación de cada una de estas intervenciones y finalmente se hablaba sobre respeto y los valores a manejarse dentro de cada una de las sesiones, tanto de parte de ellos como del terapeuta, de la misma manera se hablaba de la asertividad como factor

protector ante situaciones de presión social. Se pactará la cita para la sesión número 3.

Tabla 14.

Descripción de la tercera sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
3 Siendo asertivo	-Que los asistentes conozcan el significado de asertividad y su uso como habilidad social que les permita contar con recursos para resolver los desafíos propios de su edad, como lo son la aceptación, integración y pertenencia.	-Hojas blancas -Lápices -Colores -Gomas para borrar	-Realizar actividad sobre la asertividad a manera que las respondan de forma asertiva, una vez realizada la presentación sobre la asertividad y los derechos asertivos.	- Realizar introducción al tema de asertividad. -Presentar situaciones de respuesta asertiva. -Presentar las respuestas de las situaciones.

Nota. La tabla muestra la planeación de la tercera sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 3, se hablaba propiamente sobre la asertividad, en primera instancia el terapeuta hacía una breve presentación sobre la misma y los derechos asertivos, esto con la intención de establecer una negociación ante un ofrecimiento de una droga o alguna sustancia, posteriormente se procedía a realizar la actividad de simulación por equipos, es en este punto en donde se pedía que ellos hicieran una labor de reflexión y se apoyaran entre ellos, posteriormente se revisaban las respuestas brindándoseles las respuestas correctas a las situaciones presentadas. Se cerraba hablando de cada una de las respuestas y cómo es que podían aplicarlas en su día a día, así como pactando la sesión 4.

Tabla 15.

Descripción de la cuarta sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
4 Compartiendo un ejemplo o experiencia propia	-Fortalecer la “voz interna” y hacer uso del “no” en situaciones en donde se experimente algún tipo de presión y se vea comprometida la toma de decisiones.	-Hojas blancas -Lápices -Colores -Gomas para borrar	-Escribir en una hoja de papel una situación en donde hayan sentido presión por parte de un grupo o persona y no se hayan sentido convencidos de realizar la acción. - Compartir la experiencia.	- Invitar al respeto. -Retroalimentar cada situación. -Resaltar la importancia de no hacer aquello que no convenza a la persona.

Nota. La tabla muestra la planeación de la cuarta sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La sesión número 4, se enfocaba en el hecho de que cada participante recordara una situación en donde se hayan sentido presionados, además de que la compartieran y en ese momento se fomentara una reflexión propia y grupal, posteriormente el terapeuta realizaba una retroalimentación de manera general, haciendo énfasis en el hecho de que el decir “NO” y procurar no hacer aquello que no los convence es crucial para sentirse bien con uno mismo. Se cerraba concluyendo esa idea y se pactaba la quinta sesión.

Tabla 16.

Descripción de la quinta sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
5 El espejo de mis emociones	-Reconocer cuales son las características relacionadas con cada emoción y el	-Hojas blancas -Lápices -Colores -Gomas para borrar	-Dividir la hoja en cuatro y dibujar cómo es que consideran que son con relación a	- Fomentar el respeto. -Dar retroalimentación a las opiniones. -Dar cierre a las opiniones.

cómo los participantes las experimentan	cierta emoción dada por el terapeuta. -Compartir el tema con el grupo.
---	---

Nota. La tabla muestra la planeación de la quinta sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 5, se buscaba hacer consciente cada una de las emociones que experimentaban los participantes, de modo que al momento de realizar los dibujos, ellos vieran cómo es que su gesticulación hablaba por ellos, además de esto es que se hacía una labor reflexiva con los demás miembros del grupo al momento de compartir las experiencias, puesto que esto fomentaba el diálogo entre ellos. Finalmente se daba un cierre a esta actividad hablando sobre el reconocimiento de las emociones, tanto propias como ajenas y se pactaba la sesión número 6.

Tabla 17.

Descripción de la sexta sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
6 entre negro y blanco hay más colores	-Que los participantes conozcan y reflexionen sobre las sensaciones que les provoca la extensa gama que compone a las emociones.	-Fichas de colores (azul, rojo, amarillo, morado, rosa, verde, café, negro, anaranjado) -Hojas blancas -Plumas	-Repartir una hoja de color a cada participante y preguntar con qué emoción lo relacionan (anotarlo en una hoja blanca) -Compartir.	- Fomentar el respeto. -Dar retroalimentación a las opiniones. -Dar cierre a las opiniones.

Nota. La tabla muestra la planeación de la sexta sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En esta sexta sesión, de acuerdo con la sesión anterior, se buscaba que cada participante fuera reconociendo aún más sus emociones y las fuera

relacionando con los colores, de manera que pudieran darse cuenta que no solamente existe una, sino que puede haber una gama bastante grande de emociones que le pueden estar aconteciendo y que es bueno reconocerlas, mismo que atenderlas. La función del terapeuta justamente es hacerle saber la presencia de dichas emociones y la importancia de las mismas. Se finaliza dando un cierre al tema y citándolos a la séptima sesión.

Tabla 18.

Descripción de la séptima sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
7 convirtiendo el aburrimiento en tiempo libre	-Comprender el concepto de aburrimiento y su transformación en tiempo libre disfrutable	-Plumas -Tijeras -Revistas -Cartulinas -Lápiz adhesivo	-Dividir cartulina en 2 y cada participante plasmará su concepto de sentirse aburrido. -Compartir su obra.	- Introducir al tema aclarando el tema de “sentirse aburrido” y “tiempo libre” - Retroalimentación

Nota. La tabla muestra la planeación de la séptima sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la sesión número 7, se hablaba propiamente del concepto de aburrimiento y cómo es que cada persona lo concebía, todo esto plasmado en una cartulina de forma más artística, posteriormente cada uno compartía su concepto ante el grupo y de esa manera es que se iba construyendo un diálogo entre todos los presentes, el terapeuta mediaba las participaciones y retroalimentaba cada una mencionando que el aburrimiento es parte de la naturaleza humana y por esa razón es importante conseguir algo que hacer con ese tiempo que se tiene. De esa manera es que se terminaba la sesión y se pasaba a pactar la octava sesión.

Tabla 19.

Descripción de la octava sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
8 La importancia del hobby	-Familiarizar a los participantes con el término "hobby" y resaltar los beneficios que se pueden obtener de dicha actividad.	-Hojas -Plumas	-Dividir una hoja en 3 con los segmentos requeridos (me gusta hacer, me gustaría intentar y lo que tienen que hacer para lograrlo) -Compartir su obra.	- Introducir al tema aclarando el tema de "Hobby". -Retroalimentar y dar ideas.

Nota. La tabla muestra la planeación de la octava sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La octava sesión se enfocaba en aquello que ellos tenían pensado realizar o les gustaba realizar en ese momento, de modo que el terapeuta se encargaba de traer nuevamente todos esos gustos, tanto presentes como pendientes para que los participantes tuvieran una motivación con respecto a ellos y visualizaran aquello que les faltaba por contemplar para realizarlos. Junto con el grupo se realizaba una retroalimentación y una serie de recomendaciones para la realización de dichas actividades de cada uno de ellos, y de esa forma se pudieran ver plasmados en la realidad.

Tabla 20.

Descripción de la novena sesión de intervención con adolescentes.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
9 Mis etiquetas	-Que los participantes conozcan el concepto "resiliencia" y hagan de este un aprendizaje significativo.	-Etiquetas adheribles -Plumas o plumones de colores	-Escribir todos los adjetivos negativos por los que han sido llamados. -Compartir y tirar a la basura. -Escribir adjetivos que si les gustan,	- Señalar que es importante reconocer limitaciones y potencializar recursos -hablar de resiliencia como ejemplo de lo anterior.

mantener
hasta terminar
la dinámica

Nota. La tabla muestra la planeación de la novena sesión de intervención con adolescentes, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

La novena sesión se enfocaba en los adjetivos negativos y positivos, el terapeuta le pedía a cada uno de los participantes que escribieran primero los adjetivos negativos y uno por uno los iban nombrando y desechando, posteriormente los positivos y estos son los que se iban a quedar con ellos, de esta manera es que se les comenzaba a explicar el proceso de la resiliencia, el cual forma parte del proceso en cual se encuentran y están atravesando por el mismo.

GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES/TUTORES

Como ya se ha hecho constar, es imprescindible que al hacer tratamiento con adolescentes, los padres también tengan un tratamiento como red de apoyo para el propio adolescente, pues en la mayoría de los casos es necesario que se acuda a los padres/tutores para obtener mayor información, además de que ellos son quienes tienen aún más dudas con respecto a la situación de sus hijos.

En un principio, es importante realizar una actividad de reconocimiento y detección de necesidades, siendo sensibles a la demanda de los padres de familia o tutores, para abordar de manera medular temáticas que requieren más atención.

Nota de Encuadre:

Es muy importante, que el/la terapeuta del EMT en un primer momento y como parte primordial del encuadre mencione la confidencialidad de la información que proporcionen los/las asistentes a lo largo de las sesiones.

Tabla 21.

Descripción de la primera sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
1 Presentación	-Crear un espacio donde exista un ambiente relajado, que permita aclarar dudas e inquietudes donde se establezca un puente de comunicación entre los padres de familia o tutores y el terapeuta.	-Etiquetas -Plumones	-Realizar actividad de presentación mediante preguntas	- Mediar expectativas -Aclarar dudas.

Nota. La tabla muestra la planeación de la primera sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

Para la primera sesión con los padres, se trabaja la parte de la presentación y se mediaban las expectativas, además de que se preguntaban las razones por las que se encontraban ahí, dudas y se buscaba establecer un puente de comunicación con cada uno de ellos, de modo que este se fuera fortaleciendo cada vez más. Se terminaba la sesión citándolos para la siguiente sesión.

Tabla 22.

Descripción de la segunda sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
2 La otra cara de la adolescencia	-Identificar y reflexionar sobre las creencias y prejuicios/estigmas alrededor de la adolescencia	-Hojas -Plumas	-Lluvia de ideas sobre la adolescencia. -Escribir aspectos negativos y positivos de la adolescencia.	- Realizar preguntas sobre qué es la adolescencia y temas relacionados con esta. -Invitar a la reflexión.

contemporánea

-
Retroalimentación.

Nota. La tabla muestra la planeación de la segunda sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En esta segunda sesión, se hablaba sobre las principales características que tiene la adolescencia y más que eso, sobre la forma en que ellos concebían a los adolescentes, de esta manera es que el terapeuta fomentaba la participación de cada uno de los presentes. Posteriormente se ahondaba en el tema de la adolescencia desde una perspectiva más evolutiva, haciendo énfasis en que esta es una etapa de la vida de toda persona, por lo que es importante la reflexión y la empatía con respecto a los sentimientos, emociones y transiciones físico-biológicas de los hijos de cada uno, dentro de esta etapa particular de la vida.

Tabla 23.

Descripción de la tercera sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
3 reconociendo la autoestima en el ejercicio de la paternidad	-reflexionar sobre las fortalezas que promueven a una figura de autoridad asertiva y las áreas de oportunidad en que se puede trabajar	-Hojas -Plumas	-Responder las preguntas realizadas con referencia a la paternidad y cómo es que estas respuestas los hacen sentir. -Compartir experiencias.	- Realizar preguntas sobre puntos cruciales en la paternidad. -Fomentar un ambiente de respeto.

Nota. La tabla muestra la planeación de la tercera sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En esta sesión, los padres respondieron una serie de preguntas que se enfocaban principalmente a si sentían algún tipo de culpa referente a su ejercicio

como padres, si tenían dudas al momento de poner límites, les costaba trabajo o simplemente no los ponían, de la misma manera se les preguntaba sobre el grado de satisfacción que tienen al realizar su papel de padres y si creían que en ese momento podrían haberlo mejorado. Se compartían cada una de las respuestas, se retomaban todas y se hacía una retroalimentación entre todo el grupo de manera respetuosa, de la misma manera se les hacía recomendaciones en lo que ellos consideraban un área problemática o complicada, finalmente se daba por terminada la sesión

Tabla 24.

Descripción de la cuarta sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
4 en los zapatos del otro	-Aprender a establecer límites efectivos y afectivos, desarrollando empatía y ejerciendo un rol de autoridad constructivo	NA	-Realizar un juego de rol tomando en cuenta las características de los límites expuestos por el terapeuta	- Mencionar la importancia de establecer límites y explicar qué son. -mencionar las características de los límites

Nota. La tabla muestra la planeación de la cuarta sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

Esta sesión era de suma importancia, ya que era en esta en donde la mayoría de los padres reconocía sus errores al momento de establecer los límites, ya sea que eran demasiado duros o muy flexibles, razón por la cual el llegar y cumplir con esta sesión se convertía en un tema crucial para el avance del tratamiento en el adolescente. El terapeuta preguntaba cómo es que se sintieron al realizar esta tarea y de esta manera es que comenzaba el ejercicio reflexivo por parte de ellos, quienes comentaban que este ejercicio podía ser de gran ayuda en su rol como padre/madre/tutor.

Tabla 25.

Descripción de la quinta sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores.

Sesión	Objetivo	Materiales	Desarrollo	Terapeuta
5 mi espejo como padre/tutor	-Que los padres/tutores conozcan e internalicen el concepto de “resiliencia” y lo pongan en práctica como un recurso que ayude a reparar su vínculo con el/la adolescente.	NA	-Realizar parejas alrededor de la sala y mencionar sus Ventajas y desventajas como padres/tutores. -Compartir experiencias con el grupo	- Invitar a la reflexión. -integrar participaciones -Explicar la resiliencia

Nota. La tabla muestra la planeación de la quinta sesión de intervención con padres de adolescentes consumidores, desde objetivos hasta rol del terapeuta.

En la última sesión con los padres, se hablaba de la resiliencia desde la perspectiva de ellos, se les pedía que hicieran un ejercicio en el cual reconocieran sus principales puntos fuertes y débiles en su ejercicio como figura de autoridad en casa, de modo que sus compañeros los escucharan, de esa manera ellos también podían escuchar los de sus compañeros y reflexionar sobre ello, finalmente el terapeuta integraba todas las opiniones de los participantes para introducir el concepto de resiliencia y cómo es que este se puede ajustar a la vida de ellos como de sus respectivos hijos.

De esta forma es que se llevaba el tratamiento de manera general en CIJ, es muy importante mencionar que conforme avanzaba el tiempo, las responsabilidades fueron siendo más con respecto a los grupos terapéuticos y eso fue haciendo que la experiencia se enriqueciera más.

4. EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES; UNA COMPARATIVA TEÓRICO-PRÁCTICA.

Una vez teniendo clara la labor del psicólogo dentro de la atención de las adicciones y, de la misma manera, teniendo clara la función del psicólogo dentro de la atención a las adicciones dentro de un CIJ, es importante realizar una comparativa sobre lo que nos habla la literatura y lo que nos habla el ejercer per sé.

Esta comparativa cobra importancia ya que al plantarnos frente a una situación tan delicada como la adicción a las sustancias, se vuelve fundamental el hecho de que el profesional a cargo esté capacitado para el ejercicio y atención clínica, y por otra parte, que el profesional en formación esté comprometido con su aprendizaje y perfectamente guiado por aquellos con el conocimiento debido en la materia. No contar con estos requisitos mínimos, indudablemente es una condena para el tratamiento así como los tratados.

Lave y Wegner (1991) mencionan que el aprendizaje de las personas de forma situada, con esto se refieren a que la mayor adquisición de conocimientos se da en el lugar con personas que cuentan con mayor grado de expertíz, lo cual se traduce como los profesionistas que han podido ejercer de manera previa y más profunda en el tema que atañe al presente trabajo, siendo esto de suma importancia para el aprendizaje y su posterior aplicación práctica.

Se espera que la comparativa a realizar no tenga una diferencia considerable en cuanto a funciones y técnicas realizadas dentro de los procesos clínicos a familiares, pacientes en situación de adicción así como en clínica preventiva.

De acuerdo con Garbi, Touris & Epele (2011) existe una gran variedad de técnicas que se utilizan para el tratamiento de las adicciones, las cuales se ven permeadas por la postura teórica e ideológica cuya orientación de modificar el

consumo de sustancias en el individuo, es el verdadero objetivo, o al menos la mayoría comparten dicho objetivo.

Por otra parte, existen los tratamientos dirigidos a personas institucionalizadas (residentes), los cuales no solamente se enfocan que dejen de consumir, sino que exista un cambio en actitudes, prácticas, hábitos etc. que serán necesarias para dejar el consumo.

Como se ha venido revisando, el presente trabajo se enfocó en aquellas personas que se encontraban en una institución como lo es CIJ, la cual se caracteriza por no realizar ingresos institucionalizados, es decir que no se mantiene a la persona por más de un día, y esta puede regresar las veces que lo necesite. Siendo esta una de las principales diferencias con este tipo de tratamientos ya que el enfoque de CIJ es rumbo al trabajo terapéutico propiamente.

En concordancia con León, L. (2014) el abordaje biopsicosocial propone tomar en cuenta las áreas que integran al sujeto, es decir el área biológica, psicológica y la social, lo cual dejará claro que un síntoma dentro de alguna de estas áreas será única y exclusivamente de esta, y por ello solamente existirá una disciplina o técnica para su tratamiento.

Esto último se vuelve importante, pues en CIJ es importante que se haga una evaluación multidisciplinar, así como que algunas de las sesiones se lleven a cabo por el personal médico a modo de que se expliquen las implicaciones de la conducta adictiva a distintos niveles, además de que hay pacientes que se encuentran bajo tratamiento farmacológico, lo cual es una cuestión a tomar en cuenta al momento de realizar intervenciones.

La clínica para dejar de fumar se enfoca principalmente en técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales que le permitan al paciente

mantenerse en estado de abstinencia, lo cual viene perfectamente contemplado en la bibliografía, de la misma manera que la toma de decisiones, tema que se vuelve crucial al momento de una posible recaída, por lo que se pide realizar auto-registros de su conducta durante todo el proceso. Todo esto es contemplado en las evaluaciones propuestas por Sánchez y Llorente en 2012, todo este entrenamiento con la finalidad de que son ellos quienes se encuentran en control de su abstinencia y no al revés, lo cual, como se ha mencionado es importante trabajarlo desde una reestructuración cognitiva.

En lo que se refiere a la atención de los adolescentes, Prochaska y Diclemente (1992, 1993) en Becoña y Cortés (2010) Se puede apreciar de manera clara que lo postulado por ellos en cuanto a la manera de intervenir y aquello que hay que tomar en cuenta coincide bastante con lo realizado en CIJ, esto debido a lo que ellos proponen que debe contemplar la intervención de manera general, que claramente queda con los adolescentes y el tratamiento que se les da dentro de la institución, contemplando temas como:

- Psico-educación
- Clarificación de valores
- Solución de problemas
- Planificación de la prevención de recaídas
- Entrenamiento en asertividad
- Reforzamiento
- Habilidades sociales
- Clarificación de necesidades
- Evaluación y Feedback

Tomándose estas como referencia al momento de realizar la intervención, Fernández en el 2012 menciona que se puede lograr un avance con cada uno de los adolescentes que se atiende, es importante señalar que de lo propuesto por los autores hay que tomar en cuenta o resaltar aspectos particulares como el

esclarecimiento de metas, que en el adolescente se vuelve crucial para la motivación a dejar el consumo.

Marcos y Garrido (2009), mencionan que el ámbito familiar es una parte fundamental en el trabajo terapéutico, lo cual se puede apreciar perfectamente en el modelo de trabajo de CIJ, ya que es una de las áreas que se atiende al momento de hacer el tratamiento con los jóvenes, particularmente con los padres de ellos, trabajando principalmente temas familiares como valores, psicoeducación, conductas, juicios, prejuicios, etc. los cuales también se van a trabajar con los propios adolescentes, sin embargo con los padres de ellos es con quienes se llevará el proceso grande identificando y ayudando a los padres a identificar y cesar los comportamientos que pueden influir en el consumo.

De la misma forma se menciona que la terapia individual y grupal, son una opción muy importante para la disminución de consumo en general y, en este caso, adolescentes. Razón por la cual en ambos casos se trabaja de manera grupal con la intención de que los grupos sean una fuente de motivación y apoyo para cada uno de los miembros que se encuentra dentro de ellos, y de esa forma pueda tener un mejor proceso.

Becoña y Cortés (2008), mencionan que el *National Institute of Drug abuse* (NIDA) hizo una publicación de trece principios que se deben considerar para el tratamiento efectivo de la dependencia a las drogas, los cuales en la actualidad siguen siendo vigentes al momento de intervenir, dichos principio son los siguientes:

- No hay tratamiento único para todos los individuos
- El tratamiento necesita ser de fácil acceso
- Se atiende múltiples necesidades del individuo, no solamente su adicción
- El plan de tratamiento se debe evaluar constantemente, de la misma forma modificar cuando sea necesario para que este atienda las necesidades de la persona.

- Permanecer en tratamiento durante un periodo adecuado de tiempo es crítico para que este sea efectivo.
- El *counseling* individual y grupal, también son importantes dentro del tratamiento
- La medicación es un elemento importante para varios pacientes, especialmente mezclada con el *counseling* y terapias conductuales.
- Las personas que presentan trastornos coexistentes con la adicción, deben ser tratados de manera integrada.
- La desintoxicación médica es el primer paso dentro del tratamiento de la adicción y, significa poco en el proceso a largo plazo.
- El tratamiento no necesariamente debe ser voluntario para ser efectivo.
- Se debe monitorear el posible uso de drogas durante el tratamiento.
- Los programas de tratamiento deben incluir evaluación para enfermedades infecciosas como VIH/SIDA, hepatitis, etc. y modificar el *counseling* en torno a estas.
- Tomar en cuenta que la recuperación de una adicción puede ser un proceso largo y comúnmente se requiere de múltiples episodios de tratamiento.

Estos principios en CIJ no necesariamente se atiende a estos principios, los cuales se considera importantes y esto es debido a que en CIJ se trabaja, al menos en estos dos procesos, desde un modelo grupal, lo cual dificultaría la aplicación de dichas premisas.

Por otra parte también se dificulta el hecho de que los miembros de los grupos acudan de manera continua, esto debido a que el proceso en ocasiones se atraviesa con algunas de sus actividades cotidianas, además de que algunos de ellos no siguen de manera estricta el tratamiento, situación que les hace tener una resistencia a continuar con él, justificándose en que no funciona.



5. CONCLUSIONES



Habiendo tenido la experiencia dentro de un centro de integración juvenil, se abre el panorama, no solamente a la atención de las adicciones en México, sino a la situación actual que se vive con ellas, cuales son los focos de atención, los principales problemas sociales, familiares y personales que se van a asociar a ellas.

Todo esto implica un gran reto para los profesionistas que se encuentran atendiendo a la población con riesgo de caer y de recaer, puesto que se necesita una constante actualización en estos temas, además del evidente compromiso por parte de cada uno de los individuos implicados en el tratamiento.

Es imperativo, como lo dice la teoría, que los tratamientos sean pensados de acuerdo al individuo y sus necesidades personales, ya que esto aumentará las posibilidades de que este no reincida más adelante, de la misma manera es que es necesario que todas las áreas de la salud se vean inmiscuidas en la atención de la persona con adicción, esto de una manera personalizada, como se ha mencionado antes, con la finalidad de lograr un mayor impacto en la atención brindada.

En cuanto a la clínica para dejar de fumar, es necesario que los profesionistas se acerquen a nuevas investigaciones y aproximaciones que les permitan maniobrar con lo que se está trabajando dentro de la propia clínica, esto con la finalidad de que las personas que acuden a la misma clínica no sientan que los temas revisados y aquello que se les entrega no sea un trabajo sin valor o sentido.

De la misma manera con los adolescentes y sus padres, es necesario que, una vez identificada la problemática ya sea por el/los padres y el propio

adolescente, se haga un trabajo de manera multidisciplinar, no dejando la tarea exclusivamente en los profesionistas, sino que los padres tomen su parte de responsabilidad en el tema y reflexionen sobre ello.

Es necesario concientizar a la sociedad acerca del grave problema que implican las adicciones, alejándose de los estigmas que estas suponen, puesto que uno de los principales problemas con los que se enfrenta la persona con una adicción es el prejuicio que enfrenta por parte de su familia, conocidos y sociedad en general. De modo que el educar a la población sobre los trasfondos que estas pueden tener puede generar una empatía sobre ellas.

De la mano con el punto anterior, es necesario que existan leyes que no solamente regulen el consumo, compra y venta de drogas (evidentemente legales y en proceso de convertirse en), sino que también existan leyes que promuevan la atención de la salud integral de personas que se encuentran pasando por una situación de adicción, ya que, como se ha revisado a lo largo del presente trabajo, es un tema que requiere una atención multidisciplinaria a distintos niveles, lo cual exige una gran cantidad de capacitación y de espacios destinados para ello, que en muchas ocasiones no se tiene.

La experiencia como psicóloga dentro del CIJ, fue por demás fructífera ya que no solamente ha abierto el panorama nacional y mundial sobre el tema de adicciones, en cuanto a las necesidades personales y profesionales que existen, sino a todo el camino que aún queda por recorrer en cuanto a las políticas públicas que permitan que la atención sea más accesible para el público en general de todas partes del mundo por igual.

Finalmente, queda recomendar a todos aquellos interesados en comenzar a transitar por el camino de la atención de las adicciones, en cualquier área y nivel; que es muy importante tener el compromiso consigo mismos y con las personas con quienes van a encontrarse durante ese camino, ya que, como se ha revisado,

no es un camino fácil y mucho menos corto, razón por la cual se requiere de mucho compromiso. Sin embargo el transitarlo de manera exitosa siempre va a generar una gran satisfacción para todos aquellos implicados en el proceso.



REFERENCIAS

1. Arbex, C., (2008). Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas. Asociación de Técnicos para el desarrollo de Programas Sociales, 2002. Argüelles, A. "Manual Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud (TIPPS)". México, D.F.
2. Awapara, S. & V, M. (2013). Características bio-psicosociales del adolescente. *Odontología Pediátrica*, 12 (2).
3. Becoña, E., Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, Ministerio de sanidad política social e igualdad. España: SOCIDROGALCOHOL.
4. Becoña. E. & Cortés, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. SOCIDROGALCOHOL: España.
5. Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1): 9-14.
6. Callado, F. & Verdejo, A. (2011). Consumo de cannabis, juventud y Género. *Sociedad Española de Toxicomanías*, 13 (3).
7. Castillo, N. (2013) Intervención psicológica para el tratamiento de las adicciones en el centro de psicología clínica Olivencia. Universidad de Almería
8. Chávez, E., Arellano, V. & Gonzáles, J. (2016). Tratamiento para dejar de fumar. Centros de Integración Juvenil: Manual de Aplicación.
9. CONADIC (2017). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.
10. Cumsille, F. (2017). Aportes a la reflexión sobre temas relacionados con drogas. Artículos monográficos para reflexión y debate, 2.
11. Escudero, X. (2016). Intervención Temprana para adolescentes: Manual de aplicación, Centros de Integración Juvenil.
12. Espín, R., Rodríguez, E., Cabezas, B. & Caro, M. (2007). Guías para el diagnóstico y tratamiento de las principales drogas de abuso. 1 (3).
13. Fernández, C. (2012). Habilidades para la vida, Centros de Integración Juvenil.



14. Forselledo, A. & Esmoris, V. (1994). Consumo de drogas y familia situación y factores de riesgo. *Asociación Uruguaya para la prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia*.
15. Gobierno de México. (SA). Centros de Integración Juvenil ¿Qué hacemos? <https://www.gob.mx/salud%7Ccij/que-hacemos>
16. Góngora, M., Rosales, Y. & De la Rosa, E. (2017). Asistencia al tabaquismo desde las comunidades terapéuticas. *Correo Científico Médico de Holguín*, (2).
17. González, A., Fabelo, J. & Naranjo, W. (2013) Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos. *Edumecentro*, 5 (2).
18. González, M., Yedra, L. & Zarate, L. (2009). Las relaciones familiares en el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa Veracruz. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (1).
19. Jiménez, R. & Rosser, A. (2013). Delincuencia Juvenil y Consumo de Drogas: Factores Influyentes. *Interpsiquis*.
20. Klimenko, O., Plaza, D., Bello, C., García, J. & Sánchez, N. (2018) Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *PSICOESPACIOS*, 12 (20).
21. Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Aprendizaje Situado. Participación Periférica Legítima*. México: UNAM, FES Iztacala.
22. León, L. (2014). *Manual de Apoyo actividades centro de día. Centros de Integración Juvenil*.
23. López, C., Bruzzzone, C., Krebs, M. & Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada al tratamiento de adicción. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 22 (1). 37-47.
24. López, E. & Pérez, M. (2005). *La reinserción social y las adicciones. LiberAddictus*.
25. Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Hekman, M., Oppenkowski, Stokes, H. & Smith, G. (2005) *Consecuencias psicológicas y sociales del cannabis y otras drogas ilícitas consumidas por los jóvenes: informe sistemático*

- de estudios longitudinales de la población general. *Revista de toxicomanías* (43).
26. Marcos, J. & Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, (27).
27. Marín, R., Medina, M. & Tena, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, *viii*, 1-7.
28. Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes*, *89* (1).
29. Medina, M. & Real, T. (2013). El mundo de las Drogas en México y el camino por recorrer. *Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente*, *25* (4).
30. Muran, J. & Safran, J. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction, en J. D. Safran y J. C. Muran, *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*, Washington, DC, American Psychological Association, págs.3-14 .
31. National Institute of Drug Abuse (2008). La ciencia de la adicción.
32. Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.
33. OMS. (2021). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones, Nota descriptiva N°345, Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
34. Pacheco, V., Gómez, A., Morales, A., Luque, E., García, M. & Montemayor, T. (2016). Ansiedad, depresión y deshabituación tabáquica. *20* (10).
35. Real Academia Española (2020). Definición de droga. <https://dle.rae.es/droga>
36. Souza, M. (2014). Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* *57* (2).
37. Riveros, M.C. y Garzón, D.I. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y reconfiguración de identidades. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, *6*, 211-226.
38. Ragaldo, J., Lara, G., Osio, J. & Ramírez, A. (2007). Tratamiento actual del tabaquismo. *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, *49* (2).

39. Sánchez, E. & Llorente, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24 (3).
40. Sánchez, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: Eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implementación. *Papeles del psicólogo*, 87.
41. Urdapilleta, E., Sansores, R., Ramírez, A., Méndez, M., Lara, A., Guzmán, S., Ayala, F., Haro, R., Cansino, S. & Moreno, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México* 52 (2).

ANEXOS

Anexo 1 GUÍA PRÁCTICA PARA ADOLESCENTES

A) Tema: Presentación/ Establecimiento de la Alianza Terapéutica.

En un primer momento, es importante realizar una actividad de reconocimiento y detección de necesidades, siendo sensibles a la demanda de los solicitantes, para abordar de manera medular temáticas que requieren más atención.

Nota de Encuadre:

Es muy importante, que el/la terapeuta del EMT en un primer momento y como parte primordial del encuadre mencione la confidencialidad de la información que proporcionen los/las asistentes a lo largo de las sesiones.

ACTIVIDAD 1: “INICIO”

OBJETIVO:

Favorecer un espacio, donde exista un ambiente relajado que promueva el establecimiento de la alianza terapéutica y la oportunidad de conocerse de los asistentes, además de la expresión de sus expectativas e inquietudes acerca de su presencia a dicha sesión.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- Una pelota suave
- Etiquetas
- Plumones

DESARROLLO:

1. Ubicar en círculo a los participantes.

2. Entregar a cada participante una etiqueta, en la que anotará su nombre con plumón y se le pegará en el pecho.

3. Presentar al grupo una cartulina con la lista de los temas que se abordarán durante las sesiones venideras. Lo anterior, permitirá conocer la forma de pensar del grupo con el que el terapeuta del EMT interactuará.

4. El integrante del EMT, iniciará lanzando la pelota a un integrante del grupo, quien al recibirla dará su nombre y la actividad a la que se dedica.

5. El profesional del EMT, preguntará al/a la seleccionado/a, algo referente a los temas presentados brevemente, anteriormente.

6. Después de responder a la pregunta, lanzará la pelota a otro compañero/a, quien seguirá el mismo procedimiento.

7. Posteriormente, se abrirá un espacio reflexivo, donde el/la terapeuta realizará preguntas a los participantes siguiendo la misma dinámica de la “pelota” como facilitador, las preguntas sugeridas son las siguientes: ¿Qué paso para que llegaras aquí?, ¿Cómo se sienten?, ¿Qué de lo que te trajo acá, ¿Consideras que es un problema para ti? ¿Qué crees que te pudiera ayudar a encontrar una solución?, ¿Por qué crees que sea un problema para los demás?, ¿Qué opinas de que te hayan enviado de la escuela o traído tus padres?, ¿Te sientes obligado/a acudir a tratamiento? ¿Por qué?, ¿Cómo te afecta venir obligado? ¿Para qué crees que te pudiera servir el asistir con nosotros? ó ¿Cómo te gustaría que te apoyáramos? ¿Cómo se sienten de acudir a un programa de tratamiento?, ¿Han estado en programas de tratamiento antes de este? ¿Cuál fue la experiencia? , Etc.

CIERRE:

El/la terapeuta retroalimentará a los/las participantes con lo comentado y se aclararan dudas si surgen.

ACTIVIDAD 2: “BIOGRAFÍA”

OBJETIVO:

Favorecer la integración grupal a través de la sensibilización y el conocimiento interpersonal, para afianzar un ambiente de confidencialidad.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- Hojas blancas

-lápices

-colores

-gomas para borrar.

DESARROLLO:

1. Formar equipos (el número de integrantes es variable),
2. El/la profesional del EMT, les indicará a cada integrante:

*Que dibuje los puntos más importantes que ellos/ellas consideran en su vida, contemplando así su pasado, presente y futuro. Los dibujos pueden ser de cualquier tipo (realista, surrealista, simbólico, etc.). El dibujo debe “hablar por sí mismo”.

3. Posteriormente, los integrantes mostrarán a sus equipos sus dibujos y los explicarán.

4. Hay libertad de preguntas y respuestas.

CIERRE:

El/la profesional del EMT realizará a manera de devolverá a manera de retroalimentación las impresiones observadas en los diferentes equipos, y así se llegue a una reflexión en conjunto con los adolescentes.

B) Tema: Asertividad (como factor de protección) ante la presión de grupo.

Aceptación, integración y pertenencia son sólo algunos de los elementos que acompañan el fenómeno de presión de grupo en la adolescencia; sin embargo existen elementos protectores que permiten proporcionar a los /las adolescentes de habilidades sociales como es, el caso de la asertividad para el manejo de los retos anteriores. Por lo que, fortalecer en los/las adolescentes una conciencia de análisis y que ellos mismo lleguen a sus propias conclusiones sobre lo que un grupo o situación les impone y frente a esto decidan conveniente, es un paso importante en la consolidación de la autonomía¹⁰.

Es importante que el/la profesional del EMT, que ponga en práctica dichas sesiones mencione y explique los componentes de la asertividad que son: el respeto a sí mismo y por los demás, ser directo/a, ser honesto/a, oportuno/a, contactar con los sentimientos propios, saber escuchar, congruencia entre el mensaje verbal y el corporal, etc.

ACTIVIDAD 3: “Siendo Asertivo...”

OBJETIVO:

Que los asistentes conozcan el significado de “asertividad”, y su uso como habilidad social que les permita contar con recursos para resolver los desafíos propios de su edad, como lo son la aceptación, integración y pertenencia.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- Hojas blancas
- bolígrafos
- gomas para borrar.

DESARROLLO:

El/la terapeuta del EMT, dará un introducción sobre el tema comentando por ejemplo a los participantes sus derechos asertivos, es decir: ser

responsables por las decisiones asumidas, no justificarse, no aceptar ofrecimientos de los demás cuando de por medio existe manipulación, etc.

El/la profesional del EMT, les pedirá que se dividan en grupos, con el mismo número de integrantes y les proporcionará un listado de oraciones las cuales tendrán que decidir si pertenecen al apartado de: “Toma de decisión no asertiva” o “Derechos Asertivos”.

Las oraciones pueden ser las siguientes (el encargado/a de la actividad puede agregar las que considere provechosas para ese grupo en particular donde este interviniendo):

“Toma de decisión no asertiva” - Ser “egoísta”, es decidir hacer lo que me hace bien a mí y no hacer lo que los demás piden. - Es vergonzoso equivocarse. - Debo sentir lo que quieren los demás. - Tengo que estar de acuerdo con todo, lo que opinan mis amigos/as. - A la gente no le gusta escuchar como me siento. - Siempre hay que tomar en cuenta, todos los consejos que me dan. - Es necesario, adaptarse a los demás sino eres “antisocial”. - Se debe tener siempre una razón para lo que se siente y piensa. - Siempre es importante, estar disponible para los demás y resolver sus problemas. - Es básico ser cómplice siempre de los demás.

“Derechos Asertivos” - Tener una buena relación conmigo mismo, facilita mis vínculos con los demás. - Es natural, no tener todas las respuestas. - Contactar con mis sentimientos, no me hace vulnerable. - Puedo expresar respetuosamente mis opiniones. - Es válido cambiar de forma de pensar. - Tengo derecho a intentar un cambio. - Puedo pedir ayuda o apoyo emocional si lo necesito. - Puedo cuestionar los consejos de los demás. - Tengo derecho a decir “no”, a algo que no deseo hacer. - Tengo derecho a sentir y a expresar el dolor.

El/la terapeuta posteriormente, proporcionará las respuestas correctas, compartiendo los diferentes grupos sus respuestas y revisando si la oración en turno la colocaron del lado correcto (ya sea, “Toma de decisión no asertiva”/“Derechos Asertivos”).

Cada respuesta correcta sumara un punto, al final cada equipo proporcionará los puntajes y se revisará quien es el equipo ganador.

Todo el ejercicio anterior, con la intención de reforzar de manera lúdica la internalización de aspectos característicos de la asertividad.

CIERRE:

El/la terapeuta realizará una conclusión con las diferentes respuestas de los equipos y reflexionaran sobre ellas; y conjuntaran su punto de vista para consolidar el concepto de asertividad y la manera en que lo pueden poner en práctica en el día a día.

ACTIVIDAD 4: "COMPARTIENDO UN EJEMPLO O EXPERIENCIA PROPIA"

OBJETIVO:

Fortalecer esa "voz interior" (decisión propia) y hacer uso del "NO", en situaciones en donde se experimente algún tipo de presión (ya sea de grupo o de otro tipo) y se vea comprometida la toma de decisiones.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Hojas

-Bolígrafos

DESARROLLO:

-Se dará la indicación a los /las participantes que en una hoja escriban una experiencia en la cual se hayan visto presionados a ceder a realizar algo por parte de un grupo o de otra persona, pese a que no se encontraban convencidos de ello.

-Cada participante, compartirá su experiencia.

-El resto de los participantes, expresará su opinión de cómo creen que hubiese sido la mejor forma de resolver la situación, contemplando la idea de utilizar el “no”, como recurso para haber solventado la situación que cada participante exponga.

CIERRE:

Por último, el/la terapeuta retroalimentará al grupo, resaltando la importancia de no realizar aquello a lo que no se esté convencido, poniéndose en contacto con los propios sentimientos a pesar de que represente un descontento con un determinado grupo o persona.

C) Tema: “Manejo de las Emociones”

El/la terapeuta del EMT antes de dar paso a las sesiones relacionadas con el manejo emocional explicará que son y en qué consisten. Para tal efecto, se puede apoyar del material (“Habilidades para la vida”, de CIJ); y mencionar o introducir a los asistentes a que se familiaricen con el concepto, como que son reacciones complejas propias de la condición humana en las que se relacionan la mente y el cuerpo. Así como que son capaces de generar en las personas sensaciones placenteras o desagradables y que pueden influir en gran parte en la toma de decisiones. Por lo que es tan importante saberlas identificar y comprender para encontrar ese punto donde se pueda mediar entre el sentimiento y el pensamiento en beneficio propio.

ACTIVIDAD 5: “EL ESPEJO DE MIS EMOCIONES”

OBJETIVO:

Reconocer cuales son las características relacionadas con cada emoción y el cómo los participantes las experimentan.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Hojas

-Bolígrafos

-Colores

DESARROLLO:

- Se les proporcionará una hoja a cada participante. - Se les pedirá que dividan en 4 partes una cara de la hoja y dibujen en cada división un rectángulo simulando ser “un espejo”. - El/la terapeuta les dirá que se imaginen que se pueden reflejar en cada espejo y que dibujen la manera en como creen que son cuando y brevemente mencionen en que momento las han experimentado (los dibujos pueden fantásticos, es a libre consideración del participante) sienten: alegría, sorpresa, miedo, interés, ira, angustia, culpa, vergüenza, tristeza, celos, etc. (lo que el/la terapeuta considere incluir o puede pedir que lo hagan en diferentes hojas). - Posteriormente, cada integrante lo compartirá con el grupo, donde se le podrá dar puntos de vista de lo que le genera a los demás.

CIERRE:

El/la terapeuta dará una conclusión con todas las opiniones y los sentimiento que generó la actividad, incluyendo la relevancia de conocer la forma personal que cada integrante vive las emociones.

ACTIVIDAD 6: “ENTRE NEGRO Y BLANCO HAY MÁS COLORES...”

OBJETIVO:

Que los participantes conozcan y reflexionen sobre las sensaciones que les provoca la extensa gama que compone a las emociones.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- *Fichas de color (azul, rojo, amarillo, morado, rosa, verde, café, negro, anaranjado)

- *Segmento de hojas blancas.

- *Bolígrafos

(*La cantidad dependiendo el número de asistentes).

DESARROLLO:

El/la profesional del EMT, le repartirá a cada asistente un juego de fichas de color y segmentos de hojas (el mismo número que de fichas de color).

Les pedirá el/la terapeuta que debajo de cada ficha de color coloquen el segmento de papel donde escribirán con que emoción relacionan dicho color (alegría, sorpresa, miedo, interés, ira, angustia, culpa, vergüenza, celos, las opciones que el/la terapeuta considere pertinentes).

Posteriormente, se les pedirá a los asistentes que lo compartan con el grupo por turnos.

CIERRE:

El/la terapeuta devolverá a los asistentes, sobre lo importante de reconocer las emociones experimentadas, identificarlas; y que sepan nombrar las sensaciones que experimentan como un ejercicio de autoconocimiento.

D) Tema: "TIEMPO LIBRE"

ACTIVIDAD 7: "CONVIRTIENDO EL ABURRIMIENTO, EN TIEMPO LIBRE"

OBJETIVO: Comprender el concepto aburrimiento y su transformación en tiempo libre disfrutable.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- Bolígrafos
- Tijeras
- Revistas
- Cartulinas
- Lápiz adhesivo

DESARROLLO:

-En un primer momento, se recomienda que el/la terapeuta introduzca al tema a los participantes como aclarando el concepto “sentirse aburrido” y “tiempo libre”; donde de espacio a los asistentes a que compartan sus impresiones e ideas alrededor de estos dos temas.

-En equipos de tres integrantes (se adecuará a la asistencia) dividirán la cartulina en dos en una parte colocaran los participantes recortes sobre lo que ellos consideran “aburrimiento” y en el otro apartado lo que ellos consideran “tiempo libre”.

-Posteriormente, se les pedirá que los diferentes equipos compartan y expliquen sus recortes.

-Así, tendrán la oportunidad de contemplar diferentes escenarios, gustos e ideas.

CIERRE:

El/la terapeuta retroalimentara, al grupo haciendo una conclusión de los diferentes gustos y la diversidad en opciones para hacer del “tiempo libre” un espacio de creatividad.

Al mismo tiempo reconociendo que el “aburrimiento” es parte natural de la condición humana y que existen alternativas y herramientas para lidiar con dicho sentimiento de una manera más constructiva.

ACTIVIDAD 8: "LA IMPORTANCIA DEL HOBBY"

OBJETIVO: Familiarizar a los participantes con el término "hobby", y resaltar los beneficios que se pueden obtener de dicha actividad.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Hojas

-Bolígrafo

DESARROLLO:

Primero el/la profesional de EMT, le explicará de manera general las características de lo que es un, "hobby o actividad de esparcimiento" resaltando que es una actividad que abre un espacio creativo que proporciona recompensas por haberlo llevado a cabo; ya sea de índole artística, física, mecánica, etc. Mencionando que la gama es muy amplia y personal; lo más importante es iniciar la búsqueda e introspección para descubrir dicho espacio. - El/la terapeuta les pedirá a los asistentes que en una la dividan en tres segmentos, que contengan los siguientes apartados:

(Aquello que me gusta hacer, Aquello que me gustaría intentar y ¿Qué tengo que hacer para lograrlo?) - Posteriormente les pedirá, a los asistentes que participen con sus ejemplos y pueden ser retroalimentados con sugerencias o ideas del resto del grupo. - Guiándolos de tal forma, que se logre la reflexión y animarlos sobre aquello que les entusiasmaría hacer o en su caso plantearse nuevos retos.

CIERRE:

El/la profesional del EMT, orientará al grupo para resaltar la importancia de tener una actividad lúdica, creativa, divertida y de esparcimiento (hobby), en

este caso como un recurso más para fortalecer el autoestima y “sentirse bueno en...”

E) Tema: “Resiliencia” Los seres humanos tenemos el potencial para superar períodos de dolor emocional y situaciones adversas; sobreponernos a ello y ser la mejor versión de sí mismos y enfrentar los retos que la vida presenta.

ACTIVIDAD 9: “Mis Etiquetas”

OBJETIVO: Que los participantes conozcan el concepto “Resiliencia” y hagan de éste un aprendizaje significativo.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

- Etiquetas adheribles
- Bolígrafos o plumones de colores.

DESARROLLO:

-El/la terapeuta del EMT le pedirá a los participantes, que escriban en las etiquetas adheribles todos aquellos adjetivos negativos (flojo, caso perdido, oveja negra, etc.) que desde pequeños les han dirigido y que de cierta forma los han definido a lo largo de su vida, para mostrar que no son definitivos ni inmodificables- Posteriormente, el /la terapeuta les solicitará a los asistentes que uno por uno comenten sus adjetivos y la razón por las cuales creen que los han nombrado de esa forma y cada que nombren un adjetivo tienen que quitárselo; al final tienen que romper cada adjetivo y tirarlo a la basura.

- En otro momento, se les proporcionarán más etiquetas adheribles a los participantes y se les pedirá que escriban en ellas, aquellos adjetivos que si les gustan de sí mismos o que creen que pueden llegar a ser.

- A cada participante se les preguntará la razón de por qué piensan que son así o como podrían llegar a serlo, en este momento pueden recibir sugerencias por parte del grupo.

- En este caso, no se retirarán las etiquetas hasta finalizar toda la dinámica.

CIERRE:

El/la profesional del EMT, al finalizar les explicará a los participantes que lo que han llevado a cabo es el reconocer sus limitaciones y potencializar sus recursos a eso se le llama “Resiliencia”; y que es un medio para afrontar sus conflictos y encontrar los medios para solucionarlo de aquella forma que los hagan empoderarse y saber que “si pueden”.

ANEXO 2 GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES/TUTORES

A) Tema: Primer Momento

En un principio, es importante realizar una actividad de reconocimiento y detección de necesidades, siendo sensibles a la demanda de los padres de familia o tutores, para abordar de manera medular temáticas que requieren más atención.

Nota de Encuadre:

Es muy importante, que el/la terapeuta del EMT en un primer momento y como parte primordial del encuadre mencione la confidencialidad de la información que proporcionen los/las asistentes a lo largo de las sesiones.

ACTIVIDAD 1: “INICIO/PRESENTACIÓN”

OBJETIVO:

Crear un espacio donde exista un ambiente relajado, que permita aclarar dudas e inquietudes, donde se establezca un puente de comunicación entre los padres de familia o tutores y el/la terapeuta.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Etiquetas (numeradas)

-Plumones

DESARROLLO:

1. El integrante del EMT, se presentará y dará una breve introducción de lo que consta (ITA).

2. Posteriormente, les pedirá a los padres de familia o tutores, que den su nombre y algo que deseen mencionar.

3. Después se pasará a un momento donde habrá una sesión de preguntas y respuestas; el/la terapeuta dirigirá las siguientes:

-¿Cómo se sienten?

-¿De qué manera el acudir, ayuda a sus hijos/hijas?

-¿Qué les gustaría conocer sobre el consumo de sustancias?

-¿Qué esperan de las sesiones?

-¿Cómo es que decidieron acudir?

(Todas aquellas preguntas, que sirvan como facilitador para que los asistentes externalicen sus impresiones).

Además, de que el terapeuta proporcione aquellos datos que permitan establecer un ambiente de confianza y obedezca a las necesidades de ese grupo en particular.

CIERRE:

Aclarar dudas, crear un ambiente de cordialidad y de confidencialidad.

B) Tema: "REESIGNIFICANDO EL CONCEPTO ADOLESCENCIA"

La adolescencia es una etapa en la vida del ser humano, que más que cambios bruscos y angustiantes, es una etapa de oportunidades y esperanza.

ACTIVIDAD 2: "LA OTRA CARA DE LA ADOLESCENCIA"

OBJETIVO: Identificar y reflexionar sobre las creencias y prejuicios/estigmas alrededor de la adolescencia contemporánea.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

Hojas

-Bolígrafos

DESARROLLO:

-El/la terapeuta le preguntará a los participantes que definan ¿Qué es la adolescencia?,

¿Cómo creen que son los/las adolescentes?

-Una vez que se llevó acabo la lluvia de ideas el/la terapeuta tomo nota de lo compartido por los padres de familia/tutores, con lo anterior el/la profesional tendrá elementos con los cuales retroalimentará al grupo acerca de su concepción de lo que es la "adolescencia"; abriendo un espacio para también agregar que es lo que se considera tradicional y/o cultural de los argumentos antes mencionados.

-De acuerdo con las respuestas que verbalmente proporcionaron, el/la terapeuta les pedirá a los asistentes que escriban 5 aspectos que consideren "positivos" sobre la adolescencia y 5 "negativos" sobre la misma.

- Se reflexionara en torno a las creencias, sus pros y sus contras; así mismo se pondrá a la luz mitos o ideas tradicionalistas que se han transmitido y hecho propias sin ser cuestionadas o comparadas con lo real.

-Resaltando la mirada y carga que se le da a esta etapa sobre todo al conflicto y disminuyendo lo positivo y creativo de la misma.

-Posteriormente, el/la terapeuta con todo lo anterior, devolverá a los asistentes una visión que vaya más allá de juicios de valor; donde el punto central será que se trata de otra etapa en el desarrollo del ser humano con características propias; dejando de lado polaridades (positivo/negativo).

CIERRE:

El/la profesional integrará los comentarios sobre esta etapa, desentrañando viejas creencias; invitando a los participantes a tener otra mirada hacia que es otra etapa con retos diferentes, sin juicios de valor; que propicien una actitud de apertura y no predisposición.

C) Tema: Autoestima de Padres o Tutores

Una autoestima fortalecida, permite ser una figura de autoridad sana y que proporcione contención al menor.

ACTIVIDAD 3: “Reconociendo la autoestima en el ejercicio de la paternidad...”

OBJETIVO:

Reflexionar sobre las fortalezas que promueven a una figura de autoridad asertiva y las áreas de oportunidad en que se puede trabajar.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Hojas

-Bolígrafos

DESARROLLO:

-El/la profesional del EMT, les pedirá a los participantes que realicen un cuadro donde puedan escribir un ejemplo sobre: ¿Qué les hace sentir culpa como padres/tutores?, ¿Dónde sienten que no ponen límites?, ¿Qué les hace sentir que no están ejerciendo bien su papel?, ¿En que sienten satisfechos en la realización de su papel como figura de autoridad?, ¿Cuáles consideran que son sus fortalezas como padres/tutores?, ¿Cuáles son sus limitaciones como padres/tutores?, ¿Qué creen que pueden mejorar en la relación con sus hijos/hijas?, ¿De qué se sienten satisfechos en la relación con sus hijos/hijas?, ¿Se consideran asertivos al poner límites con los/las adolescentes?, ¿Dudan al establecer límites?

-Posteriormente, el/la profesional del EMT les pedirá que compartan sus experiencias, para enriquecer y hacer significativa la actividad.

CIERRE:

Por último, el/la terapeuta retroalimentará al grupo, resaltando lo provechoso de reconocer aquellos sentimientos que se experimentan y disminuyen a la figura de autoridad como una persona que guía y contención; pero al mismo tiempo se reconocen aquellos positivos de fortaleza en el ejercicio de su rol para seguir promoviendo su presencia.

D) Tema: “Establecimiento de Límites”

Establecer límites adecuados, son una manifestación de amor y enseñan autocuidado a quien los recibe.

ACTIVIDAD 4: “En los zapatos del otro”

OBJETIVO:

Aprender a establecer límites efectivos y afectivos, desarrollando empatía y ejerciendo un rol de autoridad constructivo.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Participantes.

DESARROLLO:

El/la terapeuta en un primer momento mencionará lo importante de establecer límites con asertividad es decir: donde se evite agredir, callar lo que se siente y piensa (ya sea propio o del otro y guardarlo o expresarlo posteriormente en forma de resentimiento, también asumir que toda opinión propia o del/la adolescentes es importante y debe de ser expresada mediante habilidades que eviten herir sentimientos y permitan ser escuchadas de manera respetuosa.

Así como, hacerles ver a los padres que guiar es mejor que imponer, y que establecer límites es un medio no para evitar que sus hijos cometan errores, sino para prevenir acciones que tengan consecuencias irreversibles. De esa forma, los hacen partícipes de decisiones de su diario vivir y responsabilizándolos de sus actos.

El/la terapeuta mencionará brevemente como se pueden establecer límites de una forma asertiva y constructiva.

Para favorecer el cumplimiento de las reglas/límites que se establecen los límites/reglas deben ser:

Realistas: las reglas deben ser posibles de cumplir y estar ajustadas a la realidad, la edad, habilidades y grado de maduración de los/las adolescentes.

Claros: los límites han de ser entendidos para poder ser cumplidos. Los/las adolescentes deben saber exactamente qué es lo que se espera de ellos/as y qué clase de consecuencias pueden esperar en caso de no cumplirlas.

Consistentes: la aplicación de los límites debe ser aproximadamente la misma, independientemente del estado de ánimo, de la presencia de otra persona, de las ocupaciones de ese momento.

Simples: Tienen que ser pocas, muy claras y de cumplimiento obligado e innegociable.

Mantener el control emocional: Los padres/tutores deben estar tranquilos/as y calmados/as a la hora de establecer un límite.

Comunicar la norma: Es importante buscar un momento adecuado para hablar con los/las adolescentes y explicar por qué es necesario esa regla. También las consecuencias positivas que se derivarán de su cumplimiento o las consecuencias negativas en caso de incumplimiento.

Ya con lo anterior expuesto, el/la terapeuta le solicitará a los asistentes que realicen un “role-playing”, donde algunos serán la autoridad que ponga límites y otro/a será el/la adolescente que intente negociarlos; intentando poner de ejemplo una situación recurrente en sus vidas, para hacerlo significativo, intentando poner en práctica lo que se mencionó en un principio que nutre el rol de una figura de autoridad constructiva. Y posteriormente, se intercambiarán papeles con la intención de que todos los asistentes participen.

CIERRE:

El/la terapeuta preguntará a los /las participantes sobre lo que experimentaron durante la actividad, y cómo el verlo de diferente óptica les puede ayudar a ejercer su rol de autoridad de una manera más asertiva y constructiva.

E) Tema: “Resiliencia”

Actividad 5: “Mi espejo como padre/tutor”

Enriquecer vínculos, fijar límites claros y enseñar habilidades para la vida son pilares de la resiliencia como figura de autoridad y da cuidado y contención tanto a quien lo proporciona, como a quien lo recibe (adolescentes).

OBJETIVO: Que los padres/tutores, conozcan e internalicen el concepto “Resiliencia”, y lo pongan en práctica como un recurso que ayude a reparar su vínculo con el/la adolescente.

DURACIÓN:

60 a 120 min aprox.

MATERIAL:

-Participantes.

DESARROLLO:

-El/la terapeuta del EMT, le pedirá a los padres/tutores que se coloquen uno frente a otro de manera aleatoria escogerán esa pareja.

- Ya colocados frente a frente, el/la terapeuta les pedirá que uno de los integrantes diga al otro aspectos que no les haga sentir “buenos padres/tutores”, una vez finalizado el turno será del otro participante; cada pareja lo hará una a una de tal forma, que puedan ser escuchados por el grupo.

- Una vez que todos hayan terminado su turno, de esa primera ronda el/la terapeuta les solicitará que hagan de nuevo la misma dinámica pero en este caso será que mencionen aquellos aspectos que los hace sentir “que hacen lo correcto” como padres/tutores, en el ejercicio de su rol como figuras de autoridad; puede ser un ejemplo que algo que haya ocurrido en el pasado o si se dificulta dicho ejemplo puede ser que piensen en algo que ellos creen que les puede ayudar a mejorar en el ejercicio de esta función (estrategia).

- Al finalizar dicha ronda, el/la terapeuta invitará a cada participante a que exprese que sintió al escuchar al otro padre/tutor sobre sus fortalezas y limitaciones , qué les hizo sentir y reflexionar sobre su propio ejercicio como padres/tutores.

-El/la terapeuta integrará las opiniones de los asistentes, dirigiéndolas hacia la mirada de que existen aciertos y dificultades en sus recursos como

figuras de autoridad; pero dentro de ello elementos de rescate como lo es su “presencia en dicha sesión, y la toma de decisión de buscar ayuda y acudir”, como agente rescatador y un medio para afrontar sus conflictos y convertirlos de carencia a pilares que les den seguridad y sustento emocional.

CIERRE:

El/la profesional del EMT, al finalizar les explicará a los padres/tutores que los elementos de los cuales han estado hablando son componentes de un término llamado “Resiliencia”, que puesto en práctica les puede proporcionar fortalezas para afrontar los retos que implica el ejercicio de su rol como figura de autoridad.