



# **UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C**

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR  
PSICOLÓGICO, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES INTERNOS DEL  
CENTRO ESTATAL CONTRA LAS ADICCIONES: "CÚSPIDE".**

## **TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

## **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**JAZMIN DEL ANGEL WOOD CASAS**

ASESOR DE TESIS:

**LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE**

Coatzacoalcos, Veracruz.

Agosto del 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## DEDICATORIA

*“Si vas a emprender el viaje hacia  
Ítaca, pide que tu camino sea largo,  
rico en experiencias, en conocimiento”.*

(Kavafis)

En el largo viaje que ha supuesto el inicio y culminación de esta tesis, Ítaca soñada, escollos y voces engañosas de sirenas dificultaron su avance y amenazaron su conclusión. Pero no fueron vientos favorables los que renovaron impulso y propiciaron la llegada a puerto, sino aquellas personas que con su apoyo, consejo y generosidad impagable me ayudaron en la difícil travesía. Algunas están aquí conmigo y, otras en mi recuerdo y en mi corazón. Sin importar en dónde estén o sin que alguna vez lleguen a leer esta dedicatoria, quiero expresarles mi gratitud.

En primer lugar a Dios por ser mi brújula, por estar presente en los momentos más importantes y enriquecedores de mi vida, por guiar e iluminar mi camino cuando creía estar perdida en la obscuridad, por haberme dado la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza para poder llegar al final de mi carrera y al inicio de muchos logros más.

A mis hermosas hermanas Alicia y Belén de Jesús, por reconfortarme, acompañarme, escucharme y ayudarme de forma incondicional y por compartir sus experiencias, así mismo agradezco los sabios consejos que en el momento exacto han sabido darme para no dejarme caer y sobretodo gracias por el amor tan grande que me dan.

A mis padres por haberme dado la vida y la oportunidad de llegar hasta donde estoy, sé que el camino y el recorrido no fue fácil, pero si muy enriquecedor lleno de satisfacciones, conocimiento y experiencias, que nos han permitido trascender.

A mi abuelita Eneida por confiar en mí y por darme su amor.

A Hellencita por llenar mis días de alegría, bondad, ternura y por mostrarme una apertura de amor infinita.

A mi abuelito Luis (que está en el cielo) que fue como un padre más, por quererme, por darme ánimos para continuar con este proyecto de vida, por eso y más siempre te amaré.

A mis amigos sin excluir a ninguno, pero en especial a:

Irene Monroy por llegar y estar justo en el momento que la necesitaba, tal parecía que adivinabas. Me enseñaste a ver, sentir y vivir la vida, desde una perspectiva distinta, mil gracias, te quiero mucho.

A Karla Ortega que siempre tenía las palabras y el humor para hacerme reír y el tiempo para acompañarme y ayudarme, especialmente durante el tiempo que me tocó llevar a cabo este proyecto, te quiero mucho

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Sotavento, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes.

Y a mis estimados maestros de la Facultad Psicología, que a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios y sabios conocimientos: especialmente al Director de dicha facultad el Mtro. Adrián Porfirio Méndez por estar siempre al pendiente de sus alumnos; y a la Lic. María Antonia Rodríguez Millán por su orientación, paciencia, entusiasmo, apoyo, generosidad y buen humor con el que siempre se dirigió... ¡GRACIAS!

A los responsables del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE” gracias por las atenciones brindadas y al personal de limpieza, de cocina, técnicos, enfermeras, médicos y al equipo terapéutico del mismo Centro, especialmente a las Psicólogas Mercedes Villagómez Rojas y Gabriela Gatica Ramos por su profesionalidad, dedicación, paciencia en la aplicación de tratamiento, por acogerme amablemente y haberme hecho sentir parte de ese gran equipo de trabajo.

Y finalmente a todos los pacientes internos del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE” por compartirme sus experiencias y hacerme parte de su camino hacia la rehabilitación y por su participación, atención, confianza, amabilidad, y formar parte trascendental de mi formación profesional.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 JUSTIFICACIÓN	13
1.2 OBJETIVO GENERAL	17
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
1.3.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	21
2.1.1 LOS SUCESOS VITALES	21
2.1.1.1 ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	22
2.1.2 FACTORES MODULADORES	24
2.1.2.1 CLASIFICACIONES DEL AFRONTAMIENTO	25
2.1.2.2 RESILIENCIA	29
2.1.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA	34
2.1.2.4 COMPONENTES DE LA RESILIENCIA	35
2.1.2.5 AUTOESTIMA	36
2.1.2.6 BAJA AUTOESTIMA	38
2.1.2.7 ACTITUDES O POSTURAS HABITUALES QUE INDICAN AUTOESTIMA BAJA	39
2.1.2.8 AUTOESTIMA POSITIVA	40
2.1.2.9 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA POSITIVA	41
2.1.2.9.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL	42
2.2 CONCEPTO Y MODELOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	42

2.2.1 DEFINICIÓN DE LA EMOCIÓN	45
2.2.2 CÓMO FUNCIONAN LAS EMOCIONES	47
2.2.3 CLASES DE EMOCIONES	49
2.3 ADICCIONES	52
2.3.1 CAUSAS DE LA ADICCIÓN	52
2.3.2 PROCESO DE LA ADICCIÓN	53
2.3.3 CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA ADICTIVA	56
2.3.4 PROCESO DE REHABILITACIÓN	59
2.4 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA	61
2.4.1 PSICOLOGÍA POSITIVA, PAPEL DEL PSICÓLOGO	62
2.4.2 CONCEPTO	63
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	65
3.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO	65
3.2 ENFOQUE CUANTITATIVO	65
3.3 DISEÑO CUASIEXPERIMENTAL	66
3.4 TIPO CUASIEXPERIMENTAL CON PRE PRUEBA Y POS PRUEBA	66
3.5 CORTE TRANSVERSAL	66
3.6 POBLACIÓN	67
3.7 MUESTRA	69
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	73
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	119
ANEXO 1: CARTAS DESCRIPTIVAS	120

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las adicciones son una prioridad a nivel global y nacional, que por su magnitud y consecuencias nos requiere estar bien informado para poder dirigir de manera precisa y contundente los recursos y esfuerzos.

El consumo de drogas y los problemas asociados en la sociedad, constituyen actualmente, uno de los principales problemas de salud pública.

El uso de drogas es un fenómeno global, de acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas es difícil encontrar un país en el que no se observe, a pesar de que las características del consumo varían en cada nación (ONU, 2000).

La Organización de las Naciones Unidas estima que alrededor del 4.3 % de la población mundial mayor de 15 años consume drogas actualmente. Esto significa que cerca de 185 millones de personas en todo el mundo son usuarias de drogas (CONADIC, Comunicado Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, 2004).

Como bien se sabe, la adolescencia es la etapa de mayor riesgo en lo que respecta al inicio de consumo de sustancias, se ha documentado que es la fase más difícil y vulnerable.



Se afirma que en la adolescencia suceden cambios determinantes en la evolución del ser humano, se deja de ser niño sin ser todavía adulto. En este periodo de conflictos, reajustes y adaptaciones de muy variada índole, el entorno sociocultural y la influencia de los pares, configuran el surgimiento de un perfil que perdurará a lo largo de la vida de cada persona (Rodríguez, L. Díaz J.F. y Nájera M.M., 2005).

La tesis que a continuación se expone surge a partir de una preocupación por la salud y proceso de rehabilitación de los pacientes internos del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”, y pretende ser una contribución a al conocimiento en determinados aspectos relacionados con la misma, como el conocer de manera detallada los sucesos estresantes en los adictos, el afrontamiento y la estabilidad emocional de los mismos, la cual está estructurada en cinco capítulos, que a continuación se detallan.

En el primer capítulo titulado: Planteamiento del problema, se aborda la justificación la cual describe la prevalencia y el incremento de las adicciones en México, así mismo se exponen objetivos e hipótesis de la investigación, los cuales van encaminados a “Fomentar las virtudes” aumentando las estrategias para afrontar las condiciones propias de un adicto en rehabilitación, mediante la aplicación de un curso- taller.

En el segundo capítulo, titulado: Marco teórico, en el cual se hace un análisis exhaustivo de las teorías con el objetivo de fundamentar el estudio posterior, basados en una amplia revisión bibliográfica, profundizando en los estilos de afrontamiento utilizados por los enfermos adictos, así como el procesamiento de los sucesos vitales, la resiliencia como un proceso de crecimiento, transformación y mejoría del ser humano, la importancia de generar una autoestima positiva, la inteligencia emocional y las emociones en general. En

este apartado se presentan las características y causas de una persona adicta, se explica en qué consiste la psicología positiva, sus antecedentes y el papel del psicólogo en la rehabilitación, entre otros temas.

El tercer capítulo muestra la Metodología de la investigación, se especifica que la información se obtuvo mediante el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptado por Cano, Rodríguez y García, 2006). Así mismo se explica la implementación del estudio descriptivo y diseño cuasiexperimental, además se detalla de manera precisa la población y la muestra del estudio.

El capítulo cuarto, titulado: Análisis de los datos, presenta los resultados de la aplicación del curso- taller, mediante gráficas, haciendo una comparación entre las puntuaciones obtenidas de la aplicación del inventario en la pre y pos prueba, enfatizando en las diferentes estrategias de afrontamiento.

El capítulo quinto titulado: Conclusiones, presenta las conclusiones derivadas de esta investigación, se encontró y confirmó que el 75% de los participantes vienen de familias disfuncionales (padres divorciados, violencia intrafamiliar, padres adictos, abandonados con otros familiares, albergues, entre otras situaciones inestables) con estilos de afrontamiento totalmente cambiantes e inestables.

El contexto de crianza de los participantes, es distinto, con problemáticas similares, de acuerdo a esto podemos definir y conocer que el estilo de afrontamiento ejecutado por estos, depende en gran medida de su perspectiva de vida, personalidad, fortalezas y virtudes, aunado al deterioro cognitivo

presente en los participantes como resultado del consumo de sustancias adictivas.

También a través de dicha investigación se pudo conocer los estilos de afrontamiento más utilizado de manera adecuada e inadecuada por los pacientes del Centro Estatal Contra las Adicciones "CÚSPIDE".

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Actualmente el uso y abuso de sustancias adictivas en nuestro país, constituye un complejo fenómeno el cual conlleva consecuencias adversas; en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y en la estabilidad social.

Toda la sociedad está expuesta al consumo de alguna sustancia, sin embargo existen condiciones y grupos que son más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de uso, es decir, cuando los enfermos adictos inician su consumo a temprana edad, truncan la posibilidad de un desarrollo personal óptimo y de realizar proyectos positivos a lo largo de su vida.

No obstante, esta enfermedad no tiene sexo ni estrato social, hace años estudios realizados (Casimiro y cols., 2001) revelaban que existía una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, pero se sabe que los roles y las dinámicas sociales han cambiado y eso ha generado un incremento de consumo tanto en hombres como en mujeres, lo que va agravando tal situación en nuestro país. A esta situación se une el hecho de que todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de las adicciones.

El consumo genera no sólo una dificultad para el paciente, también la genera para las personas que se encuentran a su alrededor, ya que desde el punto de vista neurológico y psicológico, cuando se habla de consumo de alguna

sustancia adictiva nos estamos refiriendo al uso compulsivo de dicha sustancia.

Cuando este consumo se torna compulsivo, debido a que el sujeto se ve imposibilitado de controlar su conducta adictiva, y aun estando consciente continúa consumiendo, a pesar de conocer las consecuencias que conlleva, se puede decir que se está delante de un problema con graves consecuencias, fundamentalmente para la familia, para su entorno más cercano y lo más importante, rompe con las normas que rigen la sociedad, poniendo en peligro el de bienestar de todos.

Indudablemente en la mayoría de los casos las drogas son consumidas para aliviar el dolor, para el tratamiento de una enfermedad, para cambiar el estado de ánimo, para una búsqueda o abandono de la identidad, como un escape, para olvidar o para explorar estados de conciencia y sensaciones.

Por tal razón, cuando la conducta se vuelve algo habitual, con el paso del tiempo y la experiencia, éstas se presentan con más frecuencia y muestran una fuerte presión motivacional, ya que tienden a persistir a largo plazo y presentan una tendencia a resistir cualquier interrupción en el consumo y los obstáculos que se pongan en su camino, dado que la misma se ha vuelto un hábito difícil de reemplazar teniendo en cuenta que el deseo o placer inmediato, genera una barrera difícil de romper.

Así mismo, por más que la persona adicta tenga la posibilidad u oportunidad de elegir entre la droga y otros reforzadores naturales que lo beneficiarían, con respecto al no consumo; el paciente preferirá la sustancia de abuso menospreciando cualquier otro tipo de meta o ayuda sana, lo cual se debe a la asociación ya establecida entre: el consumo de la sustancia y la sensación de bienestar.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias adictivas no es algo nuevo en ninguna sociedad, por el contrario, su existencia está documentada en la historia de la mayoría de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones individuales y sociales, y en las respuestas que las sociedades han ido desarrollando a través del tiempo.

Por la dependencia que impera en los individuos toxicómanos y por los efectos que las sustancias psicotrópicas dejan en ellos, se han realizado investigaciones científicas con el objetivo de identificar los factores que influyen a que las personas usen drogas, estos factores han sido identificados como: de índole personal, interpersonales y los vinculados al medio ambiente social y cultura (Andrade, 1996).

Existen muy pocas explicaciones sobre el por qué algunos individuos que prueban las drogas, pueden abandonarlas y por qué otros continúan usándolas, estas explicaciones fueron encontradas por los Investigadores de la Subdirección de Investigación de Centros de Integración Juvenil (CIJ) y UNODC (Informe Mundial sobre las Drogas 2012), hacen referencia a que el desarrollo de esta enfermedad está influenciado por una combinación de factores que incluyen la constitución biológica de la persona, el entorno social y la edad o etapa de desarrollo en que se encuentra,

Las investigaciones anteriores han permitido conocer la prevalencia del inicio del uso de drogas, la cual a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, periodo de transición caracterizado por estrés, ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como el interés de diferenciarse de los adultos; durante esta etapa el uso de drogas está vinculado con el manejo de

emociones negativas y como respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil.

Se ha señalado reiteradamente que la presión del grupo de pares, la curiosidad y la pobre integración familiar, son factores que contribuyen al uso de drogas, otros factores que se consideran son: la pobreza, la falta de alternativas y una percepción desesperanzada del futuro.

Así mismo, la familia juega un papel importante en las conductas, las actitudes y los patrones de consumo; en la familia se debe de considerar, el tipo de familia y el grado de comunicación, el respeto y la cercanía entre los miembros; la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, todo esto contribuye a aumentar o disminuir los riesgos de consumo.

La presencia de una unión en la estructura social, familiar y comunitaria, con atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas, o de transgresión (Tiranes, 2000).

La presente investigación resulta primordialmente como una necesidad personal, experimental y profesional, de querer indagar objetivamente sobre los estilos de afrontamiento de los toxicómanos, ya que soy hija de un enfermo adicto, y sin lugar a dudas, a lo largo de mis 26 años de edad, he visto como mi padre se ha rehabilitado y aceptado su enfermedad, sin embargo, también vi cada una de sus recaídas, las cuales se presentaron debido a la condición en que aprendió a solucionar los problemas, es decir, utilizó el afrontamiento

evitativo. Esta experiencia es la que me impulsa a querer trabajar en este tema, considero importante el fomentar en los toxicómanos las estrategias necesarias para afrontar su adicción, las cuales les permitirán adquirir una nueva conceptualización de la vida y de todas sus experiencias, ésta permitirá que el paciente tenga una nueva percepción de los sucesos cotidianos, y tendrá más posibilidades de evitar una recaída.

Otro aspecto importante para llevar a cabo esta investigación fue la necesidad que se detectó en los pacientes internos del Centro Estatal Contra las Adicciones “ CÚSPIDE” del Estado de Veracruz, la investigación con estas personas de CÚSPIDE, tiene como propósito principal, aumentar las estrategias de afrontamiento de los adictos en rehabilitación; se sabe que existen personas que anticipan acontecimientos, y que cuando no están preparados holísticamente para enfrentar tales situaciones se ven asediados por todo lo que está experimentando, sintiéndose irremediamente a la deriva.

Es por ello, que además de permitir a los toxicómanos conocer los estilos afrontamiento, también permitirá que conozcan minuciosamente los diferentes tipos de afrontamiento y las estrategias que pueden comenzar a utilizar, con el propósito de hacer más efectivo su proceso de rehabilitación, lo que será posible a través del fomento de cada una de sus virtudes.

En el curso- taller que se propone, se trabajarán las experiencias y emociones positivas del paciente (toxicómano), a lo largo de las sesiones los participantes podrán aprender cuáles son sus fortalezas y el uso de cada una de ellas, además se enfocará a potencializar las fortalezas en lugar de centrarse en las debilidades, puesto que no sólo se requiere que los pacientes recuperen su



equilibrio psicológico, sino que sepan qué hacer con cada una de sus experiencias cotidianas.

## 1.2 OBJETIVO GENERAL:

Demostrar que el Curso-taller: “Fomentando mis virtudes” aumenta las estrategias de afrontamiento de los adictos en rehabilitación del centro estatal contra las adicciones “CÚSPIDE”. Durante el periodo de junio - julio del 2014.

### 1.2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar una investigación documental exhaustiva sobre el tema de las adicciones y las estrategias de afrontamiento de los adictos.
- Recabar datos de campo, que permitan el análisis de las variables en su forma cuantitativa.
- Analizar los datos de manera objetiva en cuanto a: si el curso-taller propuesto, realmente aumenta las estrategias de afrontamiento de los adictos.
- Presentar las conclusiones derivadas del estudio de campo, así mismo plantear posibles recomendaciones deriven de esta investigación.

## 1.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES

### Hipótesis de trabajo:

El Curso-taller: “Fomentando mis virtudes” aumenta las estrategias de afrontamiento en los adictos en rehabilitación del centro estatal contra las adicciones “CÚSPIDE”. Durante el periodo de junio - julio del 2014.

Identificación de las variables:

Variable Independiente:

El Curso- taller: “Fomentando mis virtudes”

Variable Dependiente:

Estrategias de afrontamiento.

### 1.3.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

#### Definición conceptual de la Variable independiente:

El Curso- taller es un espacio creado para el desarrollo de las virtudes y fortalezas personales, así como para redimensionar las experiencia personales de los toxicómanos en rehabilitación, con el propósito de permitirles prevenir posibles recaídas.

#### Definición operacional de la Variable independiente:

El curso – taller: “Fomentando mis virtudes” tienen una duración de 16 horas, dividido en 4 sesiones de cuatro horas, está diseñado para 25 participantes y se pretende proveer de conocimientos y estrategias a los pacientes internos del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”, con el fin de que identifiquen los elementos básicos que le permitan adoptar estrategias de afrontamiento exitosas durante su proceso de rehabilitación, así mismo mide las 8 estrategias de afrontamiento de los participantes.

#### Definición conceptual de la Variable dependiente:

Las estrategias de afrontamiento son aquellas estrategias que permitirán al toxicómano reeducar las condiciones de afrontamiento, esto con el fin de hacer más productiva su rehabilitación y evitar una posible recaída. En esta investigación se consideran ocho estrategias: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

#### Definición operacional de la Variable dependiente:

Las estrategias de afrontamiento de cada uno de los participantes fueron medidas a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006), en la aplicación de pre y pos prueba, este inventario consta de 40 ítems,

tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias, cada estrategia evalúa 5 ítems, cada ítems tiene cuatro posibles respuestas, al finalizar dicho inventario, se obtienen las puntuaciones (PD) y se colocan de manera directa en una tabla de baremos, estas puntuaciones se obtienen de sumar las respuestas, posteriormente, dicho puntaje se convierte en percentiles (PC), que aparecen en ambos del baremo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

#### 2.1.1 Los sucesos vitales

El impacto de los sucesos vitales acumulativos sobre la salud de los individuos ha sido un tópico principal en las investigaciones llevadas a cabo durante la década de los 70's.

Uno de los temas que llamó la atención de los científicos fue el del estrés, y posterior a esto se interesaron también en el estrés familiar, analizando el tema desde tres áreas fundamentales: la investigación psicobiológica del estrés, la teoría del desarrollo familiar y la teoría del estrés familiar.

Derivado de estas investigaciones del estrés familiar, se dieron a la tarea en décadas más recientes al tema de los sucesos vitales y las tensiones. La investigación se ha centrado sobre el impacto de la acumulación de estresores sobre varios desórdenes somáticos y psiquiátricos y la disfunción familiar.

El concepto de: "sucesos vitales acumulativos" ha sido aplicado sólo recientemente de un modo sistemático al estudio del estrés familiar y la respuesta de la familia a las condiciones de estrés.

Los diversos tipos de adversidad que tienen efectos sobre la salud mental se han denominado: "sucesos vitales".

El concepto de: suceso vital, hace referencia a hechos o sucesos que son relevantes en la vidas de las persona y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo (Jiménez, Parra y Sánchez, 2008).

Los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe (1967) afirman que las percepciones que los individuos tienen de sus sucesos vitales vividos pueden ser más significativas que los sucesos mismos. Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje, o por hallazgos ocasionales en una situación de emergencia.

#### 2.1.1.1 ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado afrontamiento. Los estudios sobre el afrontamiento se han realizado en poblaciones específicas arrojando relaciones entre las edades, personalidad y variables como la frecuencia del consumo de adicciones y las problemáticas que ocasiona, así como otros estresores en poblaciones de estudiantes universitarios y otros adolescentes (Contreras, Espinosa, y Esguerra, 2009).

Al igual que los estudios de afrontamiento, los de personalidad, género y edad han tomado una importancia relevante en la psicología ya que diversos estudios han demostrado que estas variables y las estrategias de afrontamiento están relacionadas (Connor y Flachsbart, 2007). Aunque la mayoría de los esfuerzos en la definición e investigación del afrontamiento se han llevado a cabo en poblaciones adultas (Zimme-Gembeck, 2007), ha habido un incremento de estudios sobre este tema con adolescentes teniendo como base el hecho que muchas conductas de riesgo responden a la

incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones (Fatín, Florentino y Correché, 2005).

El afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett, Cunningham, 1993). El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresante y síntomas de enfermedad. El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional.

Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, pág. 190).

El afrontamiento es definido por Everly (1989, p. 44), "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".



Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.

Así mismo, existen perspectivas que intentan establecer cuáles son las dimensiones básicas, a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "método utilizado", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción (Moos y Billings, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986). Estos autores consideran un nuevo modo de afrontamiento centrado en la evaluación y ponen de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento. Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) añadieron una tercera dimensión básica atendiendo a la "naturaleza de la respuesta" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo. Por lo que es importante señalar que los estilos y estrategias de afrontamiento deben ser cambiantes de acuerdo a la edad y a la situación en la que se encuentra el individuo, puesto que cada una de las situaciones amerita un afrontamiento distinto, con el objetivo de obtener un resultado adecuado.

### 2.1.2 FACTORES MODULADORES

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen y Edwards, 1989). Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de

personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor.

#### 2.1.2.1 CLASIFICACIONES DEL AFRONTAMIENTO

Los estudios que se han venido realizando sobre el afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad y han pasado a denominarse: estilos y estrategias.

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Así mismo, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes (Carver y Fernández, 2003).

En esta misma línea Lazarus y Folkman, en 1986 plantean dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción.

Por su parte Carver, Scheier y Weintraub, en 1989, amplían el panorama presentando quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, negación, el acudir a la religión, la expresión de emociones, el uso de alcohol y drogas y el compromiso conductual y cognitivo (Cassarettoet. al., 2003).

Los estudios realizados por Frydenberg (1996) están basados en los conceptos de estrés y afrontamiento desarrollados por Lazarus (1984). Se

centra específicamente en el afrontamiento en adolescentes, menciona dos estilos de afrontamiento considerados como productivos o funcionales, uno de ellos es el denominado: “Resolver el problema”, que refleja la tendencia a abordar las dificultades de manera directa; el otro es el de: “Referencia hacia los otros”, que implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos. El último estilo es el: “Afrontamiento no productivo” y es disfuncional, ya que las estrategias pertenecientes a éste no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose hacia la evitación.

Otra distinción más actual, es la realizada por Campos, Iraurgi, Páez y Velasco en el 2004, quienes definieron 13 tipos de estrategias de afrontamiento mismas que menciono a continuación:

1. Resolución de problemas: Incluye el análisis lógico, el esfuerzo, la persistencia y la determinación de hacer frente a la situación problemática. Esta es una categoría que por regla general se muestra efectiva para disminuir la ansiedad y el humor depresivo, excepto en situaciones en las que los hechos estresantes están o se perciben fuera de control de la persona, en este caso, esta estrategia no parece ser adaptativa.
2. Búsqueda de apoyo social instrumental, informativo y/o emocional: es una categoría muy utilizada cuyo valor adaptativo disminuye cuanto mayor es la duración de la situación estresante. Este tipo de estrategias han sido consideradas tanto como una forma de afrontamiento centrado en el problema como centrado en la emoción.
3. Huida/evitación: Incluye la desconexión cognitiva, es decir, hacer esfuerzos para no pensar en el problema, la desconexión conductual, escapar de la situación, el pensamiento desiderativo o fantástico,

imaginar situaciones alejadas de la realizada para no enfrentarse a la misma, e incluye el uso de alcohol y otras drogas para olvidar el problema. Son estrategias frecuentemente utilizadas en el momento en el que se produce el problema y se ponen en práctica para minimizar la respuesta afectiva al estrés. Aunque pueden ser efectivas en esos primeros momentos, se muestran poco adaptativas a largo plazo para resolver la situación y se asocian de forma negativa con el bienestar psicológico.

4. Distracción: es un intento activo de manejar la dificultad y el malestar de la situación difícil mediante la concentración en actividades agradables. Es considerada como adaptativa cuando la persona no incurre en las distracciones compulsivamente.
5. Reevaluación o reestructuración cognitiva: son intentos activos de cambiar el punto de vista sobre la situación con la intención de poner de manifiesto elementos positivos y manejables. Incluye el pensamiento positivo, la minimización de las consecuencias negativas, el realce de la autoeficacia, etc. Funciona con éxito cuanto están exentas de un autoengaño que impide la acción eficaz con el estresor.
6. Rumiación: se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en los elementos amenazantes de las situaciones. Incluye desde los esfuerzos conscientes y voluntarios por pensar y analizar sin tregua, hasta los pensamientos intrusivos. Este tipo de estrategias, si bien a corto plazo puede resultar efectiva dado que supone una valoración secundaria de la situación, a largo plazo puede convertirse en desadaptativa.

7. Desesperación y abandono: implica renuncia al control de la situación, va desde la aceptación resignada y serena, cuando realmente nada puede hacerse, hasta la indefensión y la retirada impotente, aun cuando no se han agotado todas las posibilidades de cambio. Se asocia a una baja adaptación, ajuste social, emocional y a problemas de conducta.
8. Aislamiento social: la persona se retira y se desvincula de los otros con la intención de no compartir y de no exponer a miradas ajenas los sentimientos o información de cualquier tipo sobre la situación que se está viviendo.
9. Regulación afectiva: supone realizar esfuerzos por expresar constructivamente las emociones y rebajar el malestar.
10. Búsqueda de información: la persona intenta manejar la situación sabiendo más sobre sus causas, consecuencias y significados, así como sobre la forma de reaccionar a ella.
11. Negociación: esta estrategia se emplea sobre todo en las situaciones estresantes que implican algún tipo de conflicto interpersonal. Son intentos activos de persuadir a los otros y lograr algún tipo de arreglo favorable a ambas partes.
12. Oposición y confrontación: al igual que la anterior, se emplea ante algún tipo de conflicto interpersonal, pero su diferencia estriba en que en este tipo de estrategias tratan de expresar el enfado y el desacuerdo abiertamente, incluyendo la respuesta agresiva y la inculpación.

13. Rituales públicos, privados y de religión: esta estrategia incluye la asistencia a celebraciones y prácticas en grupo religiosas, así como actividades como rezar, muestra afectos positivos en el control de la ansiedad y ante determinadas circunstancias y para determinadas personas; especialmente efectivo en el caso de afrontamiento de grandes pérdidas ya que normaliza la expresión emocional y permite beneficiarse del apoyo social.

Pues bien, Campos, Iraurgi, Páez y Velasco<sup>1</sup> en el 2004, realizaron la definición de 13 tipos de estrategias de afrontamiento, mismas que nos permiten conocer, de qué manera afrontamos las situaciones de nuestro diario vivir, sin dejar de lado que en ocasiones nuestro afrontamiento no es tan adecuado, lo que hace posible saber e identificar que hay más estrategias positivas, y de esa manera poner en práctica un afrontamiento adaptativo, que nos abra caminos nuevos de resolución de problemas.

#### 2.1.2.2 RESILIENCIA

Desde el momento de la concepción y a través de toda la vida, el ser humano está en continuo proceso de cambio en su estado físico y emocional.

Algunos de estos cambios son propios de las etapas de desarrollo por las que debe pasar y otros, aunque no quiera pasarlos, debe enfrentarlos, son los eventos cotidianos esperados o inesperados.

---

<sup>1</sup> Miryam Campos y Carmen Velasco pertenecen al Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco (Avda. de Tolosa 70, 20018-San Sebastián). Darío Páez es Catedrático de Psicología Social en la misma Universidad. Joseba Iraurgi trabaja en el Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde, Bilbao.

El estado emocional de cada persona depende de su ideología de vida, la cual lo lleva a reaccionar ante los acontecimientos de formas que lo experimenten de forma positiva o negativa. Es así que una experiencia desagradable o dolorosa puede fortalecer o derrumbar emocionalmente a una persona. He ahí por lo tanto la importancia de la resiliencia.

El término: “Resiliencia” se conoce más en el campo de las ciencias físicas y se refiere a la capacidad que tienen los materiales de resistir a choques imprevistos, sin quebrarse o teniendo la posibilidad de recobrar su forma original después de haber sido sometidos a altas presiones.

La persona que se encargó de tomar de la física el término y llevarlo a la psicología fue: Bowlby <sup>2</sup>en 1992, y la define como un resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, y que no se deja abatir. Sin embargo, fue Werner (1992) la primera persona que detectó y relacionó esta definición a una población, en un estudio longitudinal, que no tenía como objetivo el estudio de la resiliencia<sup>3</sup>, sin embargo, la investigación permitió identificar la resiliencia en una población de 698 niños en Kauai, con los cuales trabajó durante treinta años, tiempo en el que encontró que la mayoría de los niños a pesar de vivir en condiciones de riesgo y no contar con apoyo terapéutico, lograron convertirse en adultos bien integrados.

La resiliencia es un proceso de crecimiento, de transformación y de mejoría en el ser humano donde maneja los acontecimientos y dificultades estresantes de tal forma que se levanta más fuerte emocionalmente y exitoso, para lograrlo utiliza sus fortalezas internas y los recursos externos con que cuenta.

---

<sup>2</sup> Bowlby (1992) fue la persona que se encargó de tomar de la física el término y llevarlo a la psicología, al definirlo, como un resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, y que no se deja abatir (p. 34). John Bowlby fue un psicoanalista inglés, notable por su interés en el desarrollo infantil y sus pioneros trabajos sobre la teoría del apego.

<sup>3</sup> El objetivo principal de la investigación de Werner (1992) fue encontrar las fuerzas protectoras y las cualidades personales de los niños resilientes como autonomía y autoestima elevada.

Posteriormente se aplicó este término al campo de las ciencias sociales para referirse a aquellas personas, que a pesar de enfrentarse a circunstancias desagradables o a ambientes de alto riesgo, se desarrollan y se mantienen psicológicamente sanas y exitosas (Ruthen, 1993).

La Resiliencia es un constructo definido por el psicólogo Combariza (2001) como la capacidad para:

- Soportar las crisis y adversidades en forma positiva.
- Afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad y duelo.
- Adaptarse de manera eficiente e inteligente ("Competencia - Emocional") a los cambios.
- Resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre.
- Crear procesos individuales, grupales, familiares y comunitarios en circunstancias críticas.

El individuo logra recobrase y recuperarse para continuar su proyecto de vida individual, de pareja, familia y comunitario, la resiliencia ayuda a continuar conduciéndose para alcanzar sus objetivos en los niveles y áreas relevantes a partir de la crisis (Inbar, 1996).

El individuo podría ser resiliente para unas áreas (por ejemplo: rendimiento académico) pero no para otras (ejemplo: consumo de sustancias). Este es uno de los aspectos más problemáticos en el campo de la resiliencia y sobre el que no hay total consenso (Masten y Powell, 2003). De ahí que muchas veces se analice la resiliencia como un solo constructo y otros como elemento final de la combinación de varios factores de riesgo y/o protección, dado que los



factores de riesgo son una cosa y los de protección otra totalmente distinta, sin que haya un continuo de uno a otro (Becoña, 2002; Rutter, 1990).

El desarrollo de la Resiliencia basada en la resolución de problemas (y enfocada en las soluciones) es una intervención clínica efectiva que puede prevenir y disminuir psicopatologías, ansiedades, enfermedades y estrés provenientes de situaciones críticas como por ejemplo: duelos, desastres masivos, terrorismo, desocupación, pobreza y otros eventos que la sociedad moderna experimenta.

Con base en la experiencia clínica y en algunos trabajos empíricos sistemáticos basados en anécdotas personales, estudios comparativos, relaciones asociadas (correlaciones), mientras que otros tienen soporte y apoyo en el área de situaciones críticas y adaptación y en aquellos estudios realizados sobre la resiliencia con poblaciones vulnerables en base a esto se puede hipotetizar una relación recíproca entre resiliencia y la capacidad de resolución de problemas.

Una situación crítica requiere el uso de recursos internos y externos, en otros términos, una inefectiva resolución de problemas puede derivar en un comportamiento disfuncional y desadaptativo, como altos niveles de ansiedad, conductas de evitación frecuentes, afecto depresivo, etcétera.

Al mismo tiempo, cogniciones, emociones y conductas disfuncionales influyen en la capacidad de resolución de problemas y por lo tanto, en la resiliencia psicológica necesaria para afrontar de manera efectiva la situación crítica,

surgiendo por lo tanto un proceso circular inefectivo que se retroalimenta y auto-refuerza.

De acuerdo con Inbar en el 2004, la Resiliencia puede ser conceptualizada, desde una perspectiva enfocada en las soluciones, como un conjunto de habilidades conductuales (estilo de afrontamiento comportamental), motivacionales (búsqueda de soluciones y de reducción de la evitación) y cognitivos (esquemas, creencias centrales y procesamiento de la información).

La auto-eficacia percibida de afrontamiento es una característica central en las potencias y recursos, componente que ha sido investigado ampliamente en los últimos años.

Está relacionada con la capacidad de afrontamiento y resiliencia (Inbar, 1994) contribuye a las decisiones, acciones y experiencias.

Señala de acuerdo a los estudios realizados en esta área que aquellos que dudan de la eficacia de resultados, tienden a:

- Evitar desafíos.
- Abandonar actividades cuando se encuentran con obstáculos.
- Experimentar mayores niveles de ansiedad (Bandura, 1997).

Relacionado con la Resiliencia, este proceso cognitivo conductual, la resolución de problemas significa una conducta intencionada no casual; dirigida a unos objetivos, en lo posible consciente: subsistir, resistir, continuar el Proyecto de vida, crecer a pesar de la adversidad; un proceso cognitivo racional: reflexivo, analizando los beneficios y costos de cada alternativa, a término inmediato, y en lo posible mediato y a largo plazo (Inbar, 2006).

### 2.1.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA

Esta no es propia de un conjunto de personas; todos los individuos poseen la capacidad para desarrollarla. La forma como se logra es un proceso individual que se manifiesta de diferente manera, y que conlleva pensamientos, actitudes y conductas que pueden ser aprendidas y/o modificadas por cualquier persona. Para desarrollarla no existen fronteras de edad, cultura, religión, status económico, político o social. En todos los lugares del planeta existen seres humanos resilientes.

La resiliencia no es un estado inherente en el individuo sino la forma positiva y saludable de enfrentarse a la vida y a sus circunstancias. Es un proceso de adaptación que se desarrolla progresivamente. Las personas resilientes no son inmunes a experimentar sufrimiento y tristeza ante las dificultades y acontecimientos; no están exentas al dolor, lo que las distingue de las otras personas es que saben sacar provecho de las experiencias y conflictos; se van tornando más fuertes emocionalmente ante los obstáculos; transformándose en mejores seres humanos.

La perla de la ostra es uno de los símbolos que se asocia con la resiliencia. Esta produce una substancia viscosa para mitigar el dolor que le causan los granitos de arena cuando penetran dentro de su concha. Posteriormente esta substancia se convierte en perla. Como consecuencia de ese dolor e incomodidad la ostra se engrandece y adquiere otro gran valor; el que le da la perla, de la misma forma muchos individuos ante el dolor y la adversidad se transforman en seres que brillan con luz propia e impactan positivamente a quienes los rodean.

#### 2.1.2.4 COMPONENTES DE LA RESILIENCIA

En el proceso del desarrollo de la resiliencia intervienen dos elementos: las fortalezas internas del individuo y los recursos externos con que cuenta. Estos ingredientes van entrelazados con los factores de riesgo o debilidad predominantes en el individuo, su medio ambiente y los factores de protección. Un factor de riesgo es una circunstancia o evento que amenaza la estabilidad física o emocional del individuo, un factor de protección es el apoyo y/o ayuda que recibe de otros ante una dificultad o el uso de sus cualidades individuales para manejarla.

Cualquier etapa en la vida es apropiada para fomentar la resiliencia por lo que ésta tiene un enfoque educativo, preventivo o remediativo, lo que caracteriza el enfoque es el momento en la vida en que se empieza a desarrollar y las circunstancias particulares en las que se encuentre cada individuo. Sin embargo, lo primordial es despertar el optimismo y la esperanza en la persona que desea emprender la tarea de desarrollarla y tenerla como filosofía de vida.

Una característica común de todas las personas resilientes es que cuentan con una persona o personas significativas en su vida de quienes reciben afecto

y apoyo incondicional; esto no necesariamente significa alguien con quien mantengan vínculos amorosos. Otra característica es que le buscan sentido y significado a su vida y trabajan continuamente hacia su crecimiento personal, las características que más se asocian son: metas claras, buen carácter, alta autoestima, valores religiosos, optimismo, destrezas de socialización, flexibilidad, generosidad, sentido de humor positivo, autonomía, control de impulsos, introspección, creatividad, habilidad para resolver problemas, empatía y pensamiento crítico.

Esto no significa que para que un individuo sea resiliente debe tener todas las características personales mencionadas; lo importante es que las que posea sean lo suficiente para que le sirvan de recurso para enfrentarse a los retos de la vida de forma positiva y exitosa.

#### 2.1.2.5 AUTOESTIMA

Toda persona tiene en su interior sentimientos, que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes formas. Muchas veces las manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, éstos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona o sea en la Autoestima.

Para Nathaniel Branden (1998)<sup>4</sup> la autoestima es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias, para este autor la Autoestima es:

1. La confianza en la capacidad de pensar, en la capacidad de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.
2. La confianza en el derecho a triunfar y a ser feliz.

Entre los efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado de la autoestima Alcántara en 1993, citado por Gil en 1997, destaca los siguientes:

- ✚ Favorece el aprendizaje: la adquisición de nuevas ideas y aprendizajes está subordinada a nuestras actitudes básicas, de éstas depende que se generen energías más intensas de atención y concentración.
- ✚ Ayuda a superar dificultades personales: Cuando una persona goza de alta autoestima es capaz de afrontar los fracasos y los problemas que le sobrevienen, ya que dispone dentro de sí de la fuerza necesaria para reaccionar de forma proporcionada buscando la superación de obstáculos.
- ✚ Estimula la autonomía personal: Ayuda a ser autónomo, seguro de sí mismo, a sentirse a gusto consigo mismo, a encontrar su propia identidad.

---

<sup>4</sup>Branden elucidó el papel crucial de la autoestima en la salud mental, y definió las prácticas volitivas que observó cómo esenciales para conseguir y mantener la autoestima. Desarrolló el método de completado de frases, una herramienta que puede ser utilizada para hacer conscientes pensamientos y sentimientos subconscientes y para transformar creencias y actitudes limitadoras

- ✚ Posibilita una relación social saludable: El respeto y el aprecio por uno mismo es sumamente importante para una adecuada relación con el resto de las personas.
- ✚ Garantiza la proyección futura de la persona: Impulsando su desarrollo integral y permanente.

#### 2.1.2.6 BAJA AUTOESTIMA

Todos suelen tener en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre somos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo y con el tiempo el enojo se vuelve contra nosotros mismos, dando lugar a la depresión.

Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odio a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.

Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los niveles que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de ellos mismos encontrar un sentido; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, las reglas y las costumbres (en algunas ocasiones estas cuestiones son contraproducentes).

Muchos de estos factores, antes mencionados son incorporados a la familia, por medio del “modelo” que la sociedad nos presenta, y éste es asimilado por todos los grupos sociales, aunque es necesario considerar que la personalidad, no sólo se forma a través de la familia, se forma a través de lo que pienso de mí mismo, el ambiente y el grupo también influyen en la conformación de la personalidad.

#### 2.1.2.7 ACTITUDES O POSTURAS HABITUALES QUE INDICAN AUTOESTIMA BAJA

Rice (2000) menciona que es importante reconocer si se tiene una autoestima baja, por tal motivo, se mencionan, algunas características habituales:

- ✚ Autocrítica dura y excesiva que lo mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo.
- ✚ Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacado, de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.
- ✚ Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- ✚ Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- ✚ Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la



magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- ✚ Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

La autoestima baja es un elemento que obstruye el proceso de rehabilitación de los enfermos adictos, ya que (en los párrafos anteriores se muestra que hay una excesiva autocrítica, sensibilización e indefensión) se necesita de nuevas perspectivas de vida, como de convicción, seguridad, actitud y voluntad para llevar acabo la abstinencia y así mismo mantener su enfermedad controlada, es por ello que se necesita hacer énfasis y trabajar en incrementar dicha autoestima.

#### 2.1.2.8 AUTOESTIMA POSITIVA

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si: “pidiera perdón por existir”, no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa: “por ocasionar molestias”.

### 2.1.2.9 CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA POSITIVA

La autoestima positiva es algo que se debe tener muy en cuenta, por lo consiguiente se mencionan las características principales de acuerdo con Nathaniel Branden:

- ✚ Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios, si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- ✚ Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirme culpable cuando a otros le parece mal lo que haya hecho.
- ✚ No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- ✚ Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- ✚ Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- ✚ Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- ✚ Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.

Se puede enfatizar que la autoestima se adquiere en la niñez cuando los padres o los cuidadores primarios refuerzan o rechazan las conductas ejecutadas por los niños; las personas que adquirieron una autoestima alta tienen la facilidad de desempeñarse de manera enriquecedora en la vida, cuentan con una perspectiva distinta de los sucesos vitales y por consiguiente, sus afrontamientos serán más exitosos que el de las personas que cuentan

con una autoestima baja, sin embargo, las personas que no adquirieron una autoestima alta en la niñez la pueden adquirir en la vida adulta, sólo se necesita de disposición, voluntad y actitud.

#### 2.1.2.9.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL

*Cualquiera puede enfadarse,  
eso es algo muy sencillo.  
Pero enfadarse con la persona adecuada,  
en el grado exacto,  
en el momento oportuno.  
Con el propósito justo y del modo correcto,  
eso, ciertamente, no resulta tan sencillo.*

**Aristóteles, Ética a Nicómaco.**

En los últimos 15 años, el estudio de las relaciones entre lo cognitivo y lo emocional, la razón y el corazón, ha dado lugar a una nueva forma de entender la capacidad para resolver los problemas de nuestro entorno y con nosotros mismos, culminando en la creación de un concepto denominado: Inteligencia Emocional (Salovey y Mayer, 1990).

#### 2.2 CONCEPTO Y MODELOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

La Inteligencia Emocional, tal como es concebida por Mayer y Salovey (1997), está compuesta por un conjunto de habilidades emocionales que forman un continuo que abarca desde aquellas de nivel más básico, que ejecutan funciones fisiológicas fundamentales como la percepción y atención a nuestros

estados fisiológicos o expresivos, a otras de mayor complejidad cognitiva que buscan el manejo personal e interpersonal (Mayer, Salovey y Caruso, 2008).

Las cuatro habilidades emocionales de complejidad ascendente planteadas por estos autores son: la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual.

A continuación se explican con más detalle cada una de las habilidades de la inteligencia emocional:

- La percepción emocional: se encuentra en la base de la pirámide se encontraría la percepción emocional. Esta destreza emocional consiste en la habilidad para identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que rodean a los individuos. Implica prestar atención y descodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz. Esta habilidad se refiere al grado en el que los individuos pueden identificar convenientemente sus propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que éstas conllevan. Por último, esta habilidad implicaría la facultad para discriminar acertadamente la honestidad y sinceridad de las emociones expresadas por los demás.
- La facilitación o asimilación emocional: implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando se razona o solucionan problemas. Esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema

cognitivo y cómo los estados afectivos ayudan a la toma de decisiones, también ayuda a priorizar los procesos cognitivos básicos, focalizando la atención en lo que es efectivamente importante. En función de los estados emocionales, los puntos de vista de los problemas cambian, incluso mejorando el pensamiento creativo, esta habilidad plantea que las emociones actúan de forma positiva sobre el razonamiento y la forma de procesar la información.

- La comprensión emocional: implica la habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos, además, implica una actividad tanto anticipatoria como retrospectiva para conocer las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de nuestras acciones. Por otra parte, incluye la habilidad para interpretar el significado de las emociones complejas, por ejemplo, las generadas durante una situación interpersonal. Contiene la destreza para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros y la aparición de sentimientos simultáneos y contradictorios.
- La regulación emocional: es la habilidad más compleja de la Inteligencia Emocional, esta dimensión incluye la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre los mismos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su utilidad. Además, incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas. Abarca pues el manejo de nuestro mundo intrapersonal y también el interpersonal, esto es, la capacidad para regular las emociones de los demás, poniendo en práctica diversas estrategias de regulación emocional que modifican tanto nuestros sentimientos como los de los demás (Mayer y Salovey, 1997).

En los últimos años el estudio de la Inteligencia Emocional ha cobrado un gran interés entre la comunidad científica por sus potenciales implicaciones beneficiosas en la salud física y mental (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010). Así mismo, esta capacidad para identificar y gestionar las propias emociones, así como de empatizar hacia los demás, juega un papel importante a la hora de razonar o reflexionar sobre una situación problemática. La Inteligencia Emocional es una habilidad que unifica las emociones y el razonamiento, facilitando un razonamiento efectivo y un modo de pensar más inteligente ante las situaciones problemáticas y estresantes (Mayer y Salovey, 1997).

Por tal motivo, es importancia promover la inteligencia emocional desde edades tempranas y es sin duda un factor protector para cada individuo ante la incorporación de estilos de vida y conductas negativas. La persona que se conoce mejor, es más dueña de sí misma, más capaz de tomar decisiones responsables, y es a su vez más consciente también de la importancia que supone el enfrentar conductas contrarias a las deseadas por la compulsión del grupo o la curiosidad propia de edades consideradas de alto riesgo. Siendo objetivo final el enseñar herramientas para manejar el stress, ejercicios de meditación y de introspección en las primeras etapas de la vida, ayudará a formar a su vez, mejores seres humanos, capaces de resistir y detener la epidemia que en estos días constituye el tabaquismo.

### 2.2.1 DEFINICIÓN DE LA EMOCIÓN

La palabra emoción procede del latín *motere*, con el prefijo *e*, que puede significar mover hacia fuera. En general existe un acuerdo en que la emoción se trata de un estado complejo, multidimensional, del organismo caracterizado por un sentimiento fuerte de excitación o perturbación; son reacciones a las

informaciones que recibimos en nuestras relaciones con el entorno (Papalia, 1996).

Goleman<sup>5</sup> (1996) la define como: "el término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan" (pág.182).

Siguiendo con la definición de emoción, Bisquerra en el 2000, la define de la siguiente manera:

Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimientos) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar a nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. Una emoción depende de lo que es importante para nosotros. Si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobia, estrés, depresión),( Bisquerra en el 2000, pág 85-86)

Conocer las propias emociones es algo fundamental, reconocer cuál es la emoción que estamos sintiendo, en el momento en que la sentimos es enormemente útil, ya que nos permite un mayor conocimiento de nosotros mismo y también nos permite saber canalizar y expresar esas emociones hacia los demás de manera adecuada, por lo que se puede acentuar que todas las emociones son buenas, mirándolas desde el papel adaptativo que

---

<sup>5</sup> En la nota de agradecimientos de su libro, Goleman reconoce que el concepto de inteligencia emocional se lo debe a Peter Salovey, de la universidad de Yale.

representan, sin embargo hoy se sabe que hay algunas que si se salen de los límites normales y se vuelven crónicas y negativas.

### 2.2.2 CÓMO FUNCIONAN LAS EMOCIONES

Palmero, F. y Fernández, A. (1999) señalan que la emoción es un proceso, hay una secuencia que vamos a describir:

1ª Estamos ante un hecho que nosotros interpretamos, le damos un significado que condiciona la emoción que sentimos.

2ª Hay unos cambios fisiológicos (nos ruborizamos con la vergüenza, se produce un aumento de la adrenalina en el miedo, nos ponemos pálidos).

3º Hay una manifestación observable de nuestra conducta. Cuando nos enorgullece algo levantamos el pecho y hacemos por mostrarnos a los demás.

4ª Aparece una motivación que nos empuja a hacer algo. En el enfado queremos hacer daño a alguien, en el amor nos lleva a buscar la cercanía y el contacto de otra persona, la vergüenza motiva a escondernos.

5º. Hay un sentimiento subjetivo, por ejemplo: en el miedo aparece el desasosiego, la preocupación por nuestra integridad, la tristeza va seguida de pesimismo y de autocompasión.

6º Afrontamos la emoción, la podemos ocultar, negar, aceptar, responder intentando compensarla (como me siento mal por lo que he hecho, voy a hacer todo el bien posible para sentirme mejor).



También se ha planteado que el sistema emocional influye en la evaluación de la situación. En esta línea, Lazarus (2000) desarrolla una teoría de las emociones cognitivo-motivacional-relacional. Se trata de una teoría cognitiva por el énfasis puesto en el papel que juegan las emociones en el proceso de evaluación, es una teoría motivacional por su referencia a los motivos o metas que las personas se plantean y es también una teoría relacional por la importancia que le da a las relaciones entre el individuo y el medio.

La emoción experimentada por una persona depende de la apreciación que hace el sujeto sobre las circunstancias, de su consideración sobre la pertinencia o no para conseguir las metas y de la medida en que tales circunstancias dificulten o faciliten la consecución de los fines (Smith y Lazarus, 1990).

También se ha estudiado cómo la felicidad influye en la elección de unas estrategias de afrontamiento u otras. Así, Limonero, Tomás-Sábado, Fernández Castro y Aradilla (2008) encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que el afrontamiento activo y planificado junto con la reinterpretación positiva de la situación correlacionan positivamente con la felicidad, mientras que el abandono de la situación correlaciona negativamente.

### 2.2.3 CLASES DE EMOCIONES

Greenberg, (2002)<sup>6</sup> realizó una primera clasificación de las emociones en adaptativas o desadaptativa.

Adaptativas o saludables: aquella que ayudan a aumentar nuestra inteligencia, a vivir con más sabiduría, aquellas que nos acercan al bienestar.

Desadaptativas o no saludables: son sentimientos crónicos no resueltos que provocan respuestas no saludables, nos alejan del bienestar.

Como he apuntado antes, a menudo unas emociones ocultan a otras, de ahí la necesidad de hacer otra distinción entre emociones primarias y secundarias.

Emociones primarias: son los sentimientos verdaderos más básicos; los que están en lo más profundo, definen verdaderamente lo que sentimos. Su principal característica es que duran poco tiempo, aparecen rápidamente y se van deprisa. Son la fuente principal de la inteligencia emocional; es necesario reconocerlas y usarlas como guía.

Emociones secundarias: son emociones que responden a otros sentimientos más primarios, a menudo esconden lo que en realidad sentimos. Surgen cuando quieres controlar o juzgar tus emociones centrales, cuando te niegas

---

<sup>6</sup> Leslie Greenberg es psicoterapeuta y sus investigaciones se centran principalmente en la terapia focalizada en las emociones. Nace el 30 de Septiembre de 1945 en Johannesbur Sudáfrica. Vive en Canadá, tiene dos hijos, está casado y es profesor del Departamento de Psicología en la Universidad de York.

aceptarlas. Son emociones que no hemos sabido convertir en adaptativas en su momento y se han quedado crónicas. No suelen mejorar, ni cambiar, ni desaparecer, hacen daño y perjudican las relaciones interpersonales.

Greenberg, (2009) ha descubierto que los sentimientos desadaptativos, suelen estar relacionados con una o dos de las siguientes imágenes que tenemos de nosotros mismos:

- “No valgo” = no sentirse valioso, sentirse fracasado.

- “Soy débil” = soy frágil e inseguro, y no puedo salir adelante sin apoyo externo.

Así mismo, este autor menciona que existe otro tipo de emoción que se debe considerar: la instrumental.

Emoción Instrumental: este tipo de emoción la utilizamos para conseguir algo a cambio, de lo que a priori estamos sacando un beneficio. Un ejemplo puede ser un niño que utiliza el llanto para conseguir la atención de sus padres.

Además de saber de qué tipo de emoción se trata, es muy importante analizar si esa emoción la origina una situación que está ocurriendo en el momento presente, si tuvo lugar en el pasado o si está anticipando alguna situación futura.

En resumen, nuestras emociones pertenecerán a alguna de estas categorías:

PRIMARIAS ADAPTATIVAS = sentimiento visceral adaptativo.

PRIMARIAS DESADAPTATIVAS = sentimiento visceral crónico.

SECUNDARIAS = emoción reactiva o defensiva que oscurece el sentimiento primario.

INSTRUMENTALES = emoción que se utiliza para conseguir algo.

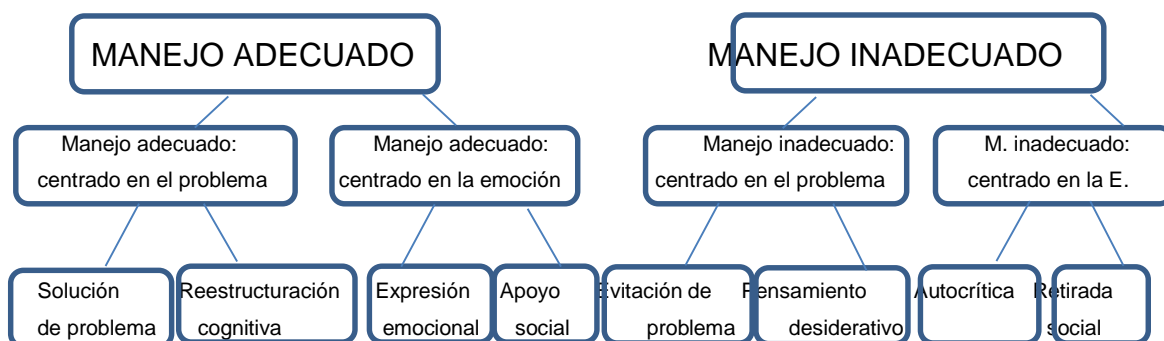


Figura 1. Mapa conceptual del manejo adecuado e inadecuado de las estrategias de afrontamiento.

## 2.3 ADICCIONES

La adicción es una enfermedad y estado psicofísico caracterizado por el uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, a tal grado que el adicto se encuentra periódica o permanentemente intoxicado, muestra compulsión por consumir la sustancia o las sustancias de su preferencia, le resulta verdaderamente difícil o imposible interrumpir o modificar el consumo, y presenta una determinación absoluta por conseguir la droga por cualquier medio.

### 2.3.1 CAUSAS DE LA ADICCIÓN

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psicosocial. Esto quiere decir que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo, su etiología hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de: una causa – un efecto.

Cada persona es diferente y muestra distintos matices de la enfermedad, es decir, hay algunas causas centrales que pueden iniciar el consumo y que también intervienen en la continuidad del mismo:

- ✚ Como una respuesta ante la angustia.
- ✚ Ante una anestesia de un dolor irresistible.
- ✚ Ante un intento de fuga a una realidad intolerante.
- ✚ Para poder avanzar sobre una realidad imposible de avanzar.
- ✚ Para superar una inhibición.
- ✚ Al desamparo (social-familiar).
- ✚ En situaciones de aislamiento y soledad.

- ✚ En satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinadas sustancias.
- ✚ A presión de sus pares y necesidad de pertenencia a un grupo, y de ser aceptado.
- ✚ En ausencia de proyectos, falta de autoestima.
- ✚ A un ambiente desfavorable, crisis familiares.
- ✚ Fácil acceso a sustancias adictivas.
- ✚ Tener experiencias nuevas, emocionantes o peligrosas.

### 2.3.2 PROCESO DE LA ADICCIÓN

Algunas personas son más susceptibles a la adicción que otras. Son susceptibles más las personas que no saben cómo establecer relaciones saludables.

Toda adicción comienza con un acto voluntario, simplemente hacer una actividad diferente, probablemente comience como una actividad socializante. Pronto se decide repetir la experiencia, porque le gustó, y le hace sentir bien, según la influencia de su espacio social, la contención familiar, sus fantasmas inconscientes y su capacidad de sublimación, se detendrá, lo restringirá para momentos especiales, o continuará la escalada tóxica convirtiéndose el consumo en algo cada vez menos manejable, después de un tiempo ahora esa actividad pasa ser a un hábito, la actividad se comienza a realizar con mayor frecuencia e intensidad, el cuerpo se acostumbra y pasa a ser una enfermedad y cuando uno pierde la capacidad de controlar cierta actividad, entonces ya se incorporó una adicción.

Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión por llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Es necesario ver a la adicción como un proceso gradual; como una enfermedad que va en desarrollo continuo, desde un definido aunque poco claro comienzo, hasta un punto final.

A lo largo de este proceso la persona pasa por diversas etapas que reflejan el agravamiento progresivo del desorden adictivo.

Las distintas etapas de la adicción se relacionan a la severidad del proceso adictivo y el impacto que la adicción tiene en la vida del adicto:

1. Etapa temprana o de iniciación: En esta etapa la química cerebral está alterada, y esto se manifiesta en episodios de uso descontrolado que pueden no ser tan severos y frecuentes, pero son evidencia de la instalación del desorden bioquímico cerebral. Aun así la relación que la persona ha

desarrollado con la sustancia de su uso, lo motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento. Ya existe el pensamiento adictivo y comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y ya la persona comienza a invertir tiempo no programado en actividades relacionadas con el uso.

2.- Etapa media de abuso o adictiva: La pérdida de control es obvia y los episodios de consumo son más intensos y frecuentes. Comienza a haber problemas familiares serios debido al tiempo que la persona ocupa en actividades relacionadas con la adicción y el uso. El pensamiento adictivo se hace más intenso debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Comienzan a presentarse problemas laborales y escolares debido al mal funcionamiento psicosocial. La química cerebral ha cambiado de manera importante y la personalidad también ha cambiado, casi siempre con más irritabilidad, ansiedad e intolerancia. El ego de la persona se ha hipertrofiado para poder mantener una imagen de “normalidad” que pueda disminuir la ansiedad tanto del adicto como de las personas que lo rodean.

3.- Etapa agravada, crítica o terminal: La inhabilidad para detener el consumo marca esta etapa del proceso adictivo. Problemas financieros severos podrían aparecer y el aislamiento social se hace evidente y marcado, problemas en las relaciones familiares que pueden llegar a la separación, pérdidas de empleo y deterioro del funcionamiento laboral se hacen presentes de manera que el adicto no puede muchas veces, ni conseguir ni mantener un empleo. La depresión característica de esta etapa puede ser mal interpretada como primaria, pero es en realidad secundaria al desorden adictivo, la autoestima se ha deteriorado mucho y puede aparecer psicosis tóxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones de conducta.



Estas fases no están separadas realmente y se superponen de manera que, es difícil saber exactamente donde está ubicado un adicto en el proceso, pero en la mayoría de los casos se pueden utilizar para entender mejor la severidad del problema y las necesidades individuales de tratamiento.

El proceso adictivo inicial en la adolescencia según Medina-Mora y cols., 1995; Villatoro y cols., 1995 y 1996, en donde son los hombres quienes presentaron más el uso de sustancias.

En este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo de pares y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven hombres y mujeres afecta de diferente manera a hombres y mujeres.

### 2.3.3 CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA ADICTIVA

La anomia del adicto, le promueve pobreza en la identidad, falta de límites, confusión y miedo respecto de la realidad que lo envuelve, trastornos en el manejo de la agresión y perversión de los valores que guían el propio accionar.

Se puede decir que la problemática del adicto se refleja en la falta de un proyecto de vida que le brinde o que esté sostenido por identificaciones. Esta falta la suplirá con la droga, pegándose a la etiqueta de "drogadicto", siendo ésta la única que lo representa.

La cotidiana realidad muestra que los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa. Suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo

trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular. Los adictos con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc.

Cuando se comienza a necesitar más la droga que a las personas, pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. En ese contexto se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución".

Es importante mencionar que uno de los modelos explicativos del consumo de sustancias psicoactivas, que más se acerca a la realidad de la población investigada, es el modelo socio-estructural (Abel, 1999; Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1992), el cual indica que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona y éstos, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia.

La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento y toda una secuela de alteraciones en la convivencia.

El conseguir y usar la droga se ha vuelto más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas, y no les importa nadie más que ellos mismos, de la misma forma en que se comportaría el organismo cuando tiene sed o hambre al faltarle el agua o el alimento necesario, así se comporta el cerebro del adicto con respecto a la droga.

El centro instintivo del cerebro es el que le avisa al adicto que necesita la sustancia con la que ha establecido una dependencia. Así surge el afán del

adicto por satisfacer su deseo tan fuerte, de modo que el deseo de consumir droga es un mensaje urgente de supervivencia para el adicto (consume o muere).

El adicto no controla el consumo de la droga, es la droga la que controla al adicto. La droga altera el funcionamiento del sistema nervioso central y produce cambios en los estados de ánimo y en el comportamiento normal de la persona; cuando la conciencia del adicto comienza a advertir que algo anda mal, ha generado para ese entonces tantos sentimientos de culpa y remordimientos, tantas promesas de controlar su adicción que terminan en fracaso.

Los adictos buscan a personas que compartan sus valores y rituales relativas a la adicción que sufren, de esta manera se evita la incomodidad de confrontación o cuestionamiento y se refuerza la negación. El grupo de uso se convierte en un fuerte componente de la vida social de la persona.

El comportamiento separa a los adictos incluso de otros adictos considerados como realmente enfermos. Este aislamiento selectivo puede transformar mucho la psiquis de la persona quien encuentra apoyo a su estilo de vida adictivo, causando además conflictos familiares que pueden llegar a ser muy severos.

Las relaciones familiares se deterioran mientras el proceso adictivo avanza. La codependencia resultante termina promoviendo el desarrollo de la adicción. Por otro lado, el significado que la familia tiene en el bienestar emocional del adicto disminuye y el adicto invierte cada vez menos energía en las relaciones familiares y más en su grupo de uso.

#### 2.3.4 PROCESO DE REHABILITACIÓN

Rehabilitación es el conjunto de tratamientos dirigidos a reeducar y orientar a personas que han sufrido algún tipo de disminución (física, psíquica o sensorial), de modo tal que sustituya las condiciones que faltan, por otras que les permite desenvolverse con respectiva autonomía y alcanzar una adecuada integración a la sociedad (Camargo, 1993).

La actual concepción de la discapacidad obliga a volver la mirada hacia la Rehabilitación Integral como un proceso necesario para el logro de resultados satisfactorios en la integración física, social, laboral y emocional, de cada individuo. En este contexto, la rehabilitación integral ha sido considerada como: "la secuencia organizada de etapas de rehabilitación funcional, rehabilitación profesional y rehabilitación social, mediante las cuales la persona con discapacidad logra su integración a la sociedad". (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GLARP, 1996; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002. Pág. 35)

En cuanto al proceso de rehabilitación, es fundamental reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este.

Es importante que el paciente pueda asistir a sus sesiones para lograr su recuperación, si existe resistencia la intervención familiar ayuda al adicto a tomar la decisión de entrar en el proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida.

Respecto al objetivo de la rehabilitación, éste consiste en fomentar que los pacientes adquieran y utilicen aquellas fortalezas, virtudes, habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar

en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía, el crecimiento personal e integración social de cada caso concreto.

Actualmente existe un prejuicio negativo frente a los adictos que ha dificultado de sobremanera su integración, tanto por parte del grupo social como del núcleo familiar más estrecho. En este aspecto es fundamental aclarar que la sociedad que recibe al adicto debe estar preparada. Si este vuelve al mismo entorno social que lo llevó a la adicción tiene altas probabilidades de volver a caer. La persona que se rehabilita necesita de una sociedad que lo ayude tanto a ser escuchado como a encontrar respuestas.

La adicción es un problema general y social que se debe integrar y articular para no cerrarnos y excluirlos, es necesario que como sociedad se trate de generar un espacio para elaborar propuestas, visualizar dificultades y alentar actividades participativas y creativas que revaloricen el valor comunitario, para que la familia se instale en un lugar mejor sostenido.

Esa integración social, implica convivir y asumir esas deficiencias consecuentes a largos internamientos. Y como la finalidad la reeducación social, aprendizaje de normas, cambio de conducta del paciente y de la sociedad que lo recibe.

Cabe destacar la importancia de la participación de la familia para lograr que el paciente cumpla el tratamiento. Ya vimos la influencia de la familia frente a las causas de la adicción, por lo que es fundamental capacitar y contener este aspecto para la recuperación total del adicto.

## 2.4 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva es un nuevo enfoque de la psicología que estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida. Es el análisis de lo que va bien en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Seligman<sup>7</sup> y Csikszentmihalyi, 2000).

Dicho enfoque estudia la experiencia óptima, esto es, a las personas siendo y dando lo mejor de sí mismas. Los resultados de las investigaciones de la psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica más completa y equilibrada de la experiencia humana y transmitir lecciones valiosas acerca de cómo construir una vida feliz, saludable, productiva y significativa (Park y Peterson, 2009).

La vida de todas las personas tiene picos y valles y la psicología positiva no niega en absoluto el sufrimiento humano. Su premisa es más equilibrada: lo que es bueno de la vida es tan genuino como lo malo y por lo tanto merece igual atención por parte de los psicólogos (Peterson y Park, 2003). Así, la psicología positiva parte de la idea de que la vida implica algo más que evitar o resolver problemas y que las explicaciones de lo que es una buena vida deben hacer más que centrarse en el reverso de los problemas.

Desde la Segunda Guerra Mundial, la Psicología ha dedicado la mayor parte de sus esfuerzos a los problemas humanos y a cómo remediarlos. Si bien la aportación de este enfoque en el campo de la patología ha sido considerable, también ha conllevado un coste. Gran parte de la psicología científica ha descuidado el estudio de lo que puede ir bien en las personas y a menudo tiene poco que decir sobre la buena vida en términos psicológicos; de una manera más sutil, los supuestos subyacentes de la Psicología se han

---

<sup>7</sup> Dr. Martin Seligman, fundador de la Psicología Positiva. Es el director de la Red de Psicología Positiva y Director Científico del proyecto Clasificación de Fortalezas y virtudes de la fundación Mayerson. Durante 14 años ha sido Director del Programa de entrenamiento clínico de la facultad de Psicología de la Universidad de Pensilvania. Él es fundador y editor en jefe de la Revista Prevención y Tratamiento. (revista on line del APA).

modificado adoptando un modelo de enfermedad sobre la naturaleza humana. Las personas son consideradas como seres imperfectos y frágiles, víctimas de entornos crueles o de una mala genética.

Por su parte, la Psicología positiva cuestiona los supuestos del modelo de enfermedad, exige prestar tanta atención a la fortaleza como a la debilidad, tanto interés a la construcción de las mejores cosas de la vida como a la reparación de las peores y tanta atención a lograr una vida plena para las personas sanas como a curar las heridas de las personas enfermas.

#### 2.4.1 PSICOLOGÍA POSITIVA, PAPEL DEL PSICÓLOGO.

La Psicología positiva tiene que superar los conceptos centrados en la patología y crear una terminología positiva que complemente las abundantes expresiones negativas tan presentes en la Psicología tradicional.

Tiene también que crear nuevos instrumentos de evaluación, centrados en identificar las fortalezas del individuo, para así orientar la prevención y los tratamientos y potenciar el desarrollo personal.

Es necesario diseñar programas de intervención y técnicas dirigidas a desarrollar los valiosos recursos que las personas, los grupos y las comunidades que sin duda poseen. El impacto de esta manera de ver la realidad no sólo tendrá efectos positivos individuales, también tendrá efectos sociales beneficios en un mundo complejo que constantemente plantea nuevos retos para sus habitantes.

## 2.4.2 CONCEPTO

Actualmente la Psicología Positiva corriente que bajo bases científicas busca estudiar las emociones placenteras, el desarrollo de las virtudes y la búsqueda de la felicidad, tiene como principal precursor al Doctor Martin Seligman, (2003), quien sostiene que la auténtica felicidad puede cultivarse identificando y utilizando muchas de las fortalezas y rasgos que ya se poseen. Seligman las agrupa en seis categorías: sabiduría y conocimiento, coraje, relaciones interpersonales, justicia, moderación y trascendencia.

El aplicar éstas fortalezas en los ámbitos de la vida, nos permitirá desarrollar protecciones naturales contra el infortunio de las emociones negativas, y además situaremos nuestras vidas en un plano nuevo y más positivo.

Este autor define la felicidad como la suma del **Set** paquete genético que traemos al nacer, por ejemplo la tendencia a **Ser** menos o más optimista; las **Circunstancias** y el entorno que nos ha tocado enfrentar, y por último la **Voluntad**, en qué medida tomamos la vida en nuestras manos o culpamos a la herencia y a las circunstancias, con lo cual se asegura que ser feliz es un acto volitivo, una decisión personal.

$$\text{FELICIDAD} = \text{S} + \text{C} + \text{V}$$

Podemos adoptar tres formas de vida para tratar de alcanzar la felicidad, de diferentes maneras:

- ✚ La vida placentera: su objetivo es la búsqueda continua de emociones positivas, basándose en placeres de tipos sensorial. Caracterizada por el goce, a la larga no lleva a la auténtica felicidad.
  
- ✚ La vida comprometida: es el resultado de utilizar las fortalezas personales para obtener gratificaciones en distintos ámbitos de la vida. Va más allá que la anterior, ya que el individuo se compromete en algo.



Las gratificaciones vienen dadas por actividades en las que entran en juego nuestras fortalezas, y que nos gusta realizar(pueden llevar a experimentar el concepto de flow, definido por Csikszentmihalyi (1996) como un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela. Todo el ser está envuelto en esta actividad, utilizando al máximo sus destrezas. Se experimenta una enorme satisfacción.

- ✚ La vida significativa: implica emplear nuestras fortalezas al servicio de algo que nos trasciende, dar sentido a nuestra vida. Tener una motivación profunda que guía la existencia.

Estos tres estilos de vida representan tres niveles de vida distintos en los cuales ninguno debe ser rechazado, si bien es en los dos últimos y especialmente en el tercero donde se podría encontrar la auténtica felicidad. En nuestra vida hay momentos en que podemos pasar de uno a otro. Por lo tanto, se puede concluir que la felicidad sí depende de uno mismo, y por lo tanto debemos fomentarla de manera individual cada uno de los individuos, con el objetivo de trascender a una dimensión de libertad y enriquecimiento emocional.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, así mismo, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga.

### **3.2 ENFOQUE CUANTITATIVO**

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y comprobar hipótesis establecidas al inicio de dicha investigación, por ello, confía en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Así mismo, se utilizará el enfoque cuantitativo, con el fin de recabar dentro de dicha investigación datos objetivos y referentes a los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes adictos del Centro Estatal Contra las Adicciones CÚSPIDE, mismos datos serán evaluados a través Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006) antes y después de la implementación del Curso- Taller “Fomentando mis virtudes” con el fin de afirmar o negar la hipótesis trazada al inicio de dicha investigación.

### 3.3 DISEÑO CUASIEXPERIMENTAL

El estudio cuasiexperimental, tiene el mismo objetivo que los estudios experimentales, probar la posible existencia de una relación causal entre dos variables. Este proceso se da a través de un experimento, donde los participantes no son elegidos de manera aleatoria, antes y una vez finalizado el experimento se aplica una pre y pos prueba, misma permitirá estimar los impactos del mismo y llegar a plantear un programa y conclusión apropiada. Se realiza una investigación cuasiexperimental, porque no es posible establecer una selección de la muestra al azar, ni un grupo de control.

### 3.4 TIPO CUASIEXPERIMENTAL CON PRE PRUEBA Y POSPRUEBA

Es aquel diseño que administra al grupo una pre prueba al inicio del experimento y una pos prueba al finalizar el mismo, con el fin de conocer de manera detallada la equivalencia entre estas dos mediciones. Dicha medición consiste en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006). En este diseño no existe el grupo de control.

### 3.5 CORTE TRANSVERSAL

En este estudio todas las mediciones se hacen en una sola oportunidad, por lo que no existen períodos de seguimiento. Con este diseño, se efectúa el experimento en un momento determinado, con el objetivo de conocer la relación existente entre la exposición y el resultado del experimento.

Para esta investigación se estableció un periodo de tiempo comprendido de 16 horas, las cuales fueron distribuidas en los meses de junio-julio del año 2014.

### 3.6 POBLACIÓN

En México como en muchos otros países el consumo de sustancias adictivas es considerado uno de los problemas primordiales que debe ser atendido de manera integral por el Sector Salud. En nuestro país una visión del problema de las drogas, parte del hecho de que han estado presentes en los hábitos y costumbres de nuestra población.

Actualmente la problemática de la oferta de drogas, por la disponibilidad social de las sustancias de abuso, continúa aumentando a pesar de los esfuerzos gubernamentales para detenerla, simultáneamente también aumenta la demanda del paciente con enfermedad adictiva para iniciar y mantener el consumo. Afortunadamente en nuestro estado de Veracruz contamos con un centro especializado para atender ésta enfermedad y dotar a los pacientes de las herramientas necesarias para mantener una rehabilitación activa, por tal razón, el Gobierno del Estado crea el Centro Estatal Contra las Adicciones “Cúspide”, primera institución de rehabilitación en materia de adicciones única en su género por su infraestructura y por la capacidad profesional de su equipo interdisciplinario.

Comprometido por dar un mejor servicio el 21 de noviembre del 2006, el Gobierno del estado de Veracruz firma el convenio de coordinación y colaboración interinstitucional en materia de prevención, asistencia y rehabilitación de las adicciones entre la Secretaría de Seguridad Pública, el Centro Estatal Contra las Adicciones Cúspide y Operadora Oceánica Internacional dentro del cual se adquiere la transferencia de tecnología del modelo desarrollado por Oceánica que sustentan 13 años de operación

exitosa con los más altos índices de recuperación (abstinencia y mejoría en la calidad de vida).

El 1 de octubre del 2007 el Centro Estatal Contra las Adicciones empieza a laborar ya con el modelo Oceánica el cual es un modelo multidisciplinario que consta de 35 a 42 días de internamiento.

Cúspide es un lugar terapéutico para la prevención tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicciones al alcohol y sustancias psicotrópicas.

Objetivo que se cumple mediante sus programas de consulta externa y programa residencial de 5 a 6 semanas y con una fase post residencial de 6 meses.

Es por ello, que el paciente podrá rehabilitarse en un agradable y sano ambiente ya que Cúspide cuenta con una estructura científica y tecnológica de vanguardia,

El equipo multidisciplinario está integrado por los siguientes profesionales de la salud: Médicos Psiquiatras, Médicos generales, Psicólogos, Lic. en educación física, Lic. en nutrición y Enfermeras, quienes aplican los programas farmacológicos y terapéutico para la rehabilitación de los pacientes.

Está ubicado estratégicamente en una zona rural, en un ambiente tranquilo y agradable, rodeado de campo, pero relativamente cerca del área urbana más importante del Estado, a 25 minutos de la ciudad de Veracruz y su zona conurbada.

Todas las áreas del centro están perfectamente climatizadas, para brindar una mayor comodidad en su estancia dentro del periodo de internamiento. La capacidad del centro es de 40 personas y son aceptados ambos sexos. Se realizan actividades deportivas, culturales y cuentan con gimnasio.

Así mismo, CÚSPIDE cuenta con un programa terapéutico para los familiares, ya que como bien sabemos la familia se enferma junto con el toxicómano, por lo que es importante sea intervenida.

Actualmente, el Centro Estatal contra las Adicciones “Cúspide”, que atiende a 45 pacientes, 29 de ellos en etapa de residencia y 16 externos, tiene capacidad para albergar de forma periódica a alrededor de 40 personas.

Cúspide no es un área de internamiento obligatorio; la persona que acude es porque realmente lo desea, la única condición para ingresar es ser mayor de edad y ser originarios de cualquier municipio de la entidad veracruzana.

Además de las adicciones provocadas por alcoholismo y tabaquismo, en este espacio también son tratadas las ocasionadas por cocaína, éxtasis, hongos, esteroides, anabólicos y medicamentos psicotrópicos.

### 3.7 MUESTRA

En el estudio realizado, tuvo una muestra de 18 personas, en donde el 72% de la muestra es del sexo masculino y el 28 % femenino, así mismo, la edad de los participantes oscila entre los 15 y 43 años de edad.

Por lo que respecta al estado civil, el 28 % son casados y el 72 % son solteros.

En cuanto al nivel de estudios, los datos se dividieron en tres niveles, mostrando lo siguiente: educación básica (11%), educación media superior (33%) y educación superior (56%).

En cuanto al tiempo de consumo, el resultado varía de entre 3 a 25 años.

Por otro lado, lo que respecta a las sustancias de consumo de los participantes, estas son muy variables, quedaron de la siguiente manera:

alcohol (29%), cocaína (26%), marihuana (15%), tabaco (11%), piedra (7%) y por último: solvente, clonazepam y tacha (4%).

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo que se usó en la investigación fue el muestreo por conveniencia, en el que se hace una selección de un conjunto de personas o cosas que se consideran representativos del grupo al que pertenecen, con la finalidad de estudiar o determinar las características del grupo.

Este muestreo es a juicio del investigador y se toman por estar disponibles y así convenirle al investigador.

### 3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Un instrumento puede definirse como una colección de ítems que pretenden revelar diferentes niveles de determinadas características no observables directamente y se desarrollan para medir fenómenos que se supone que existen pero que no se pueden evaluar directamente.

El instrumento que se usó en esta investigación fue el: Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Este inventario consta de 40 ítems, realizado por Cano y cols. (2007), tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas.

La instrucción dada por Cano y cols., es la siguiente:

“Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes”, ésta instrucción fue modificada en la investigación, con el fin de conocer de manera detallada el estilo de afrontamiento de los pacientes durante el consumo, quedando la instrucción de la siguiente manera:

*“Piensa durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para ella en el último mes, esta situación es durante el consumo de alguna sustancia adictiva, la misma puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etcétera”.*

Definiéndole al participante *como estresante*: “una situación que causa problemas, le hace sentir mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella”

En seguida la persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante, después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Las ocho estrategias primarias que mide el instrumento son las siguientes: 1) Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), 2) Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), 3) Apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), 4) Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), 5) Evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de

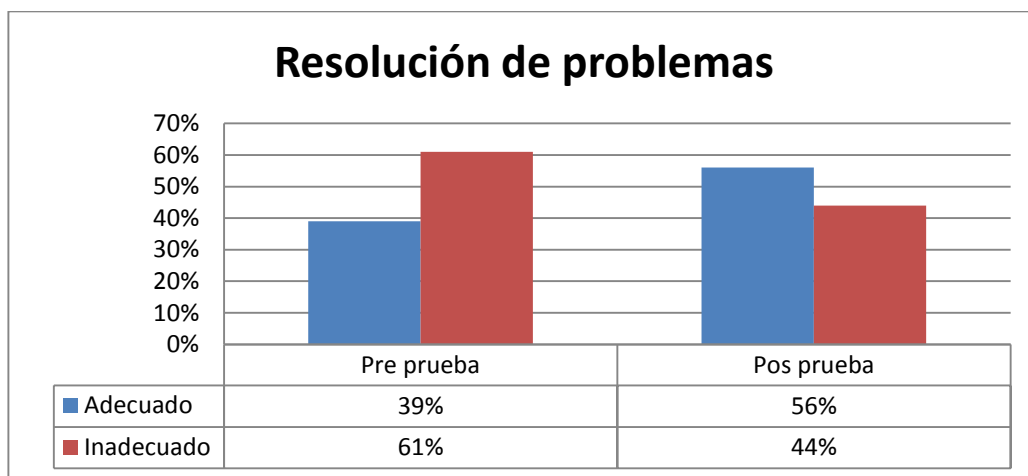


pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), 6) Pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), 7) Retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante) y 8) Autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo).

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el estudio realizado se aplicaron dos mediciones una al inicio y otra al término del curso - taller; con el objetivo de conocer de manera profunda y detallada, la resolución de problemas, la autocrítica, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, el apoyo social, la reestructuración cognitiva, la evitación de problemas y la retirada social, en pacientes toxicómanos, durante su proceso de rehabilitación; enseguida se muestran las gráficas que ilustran los datos derivados del estudio.

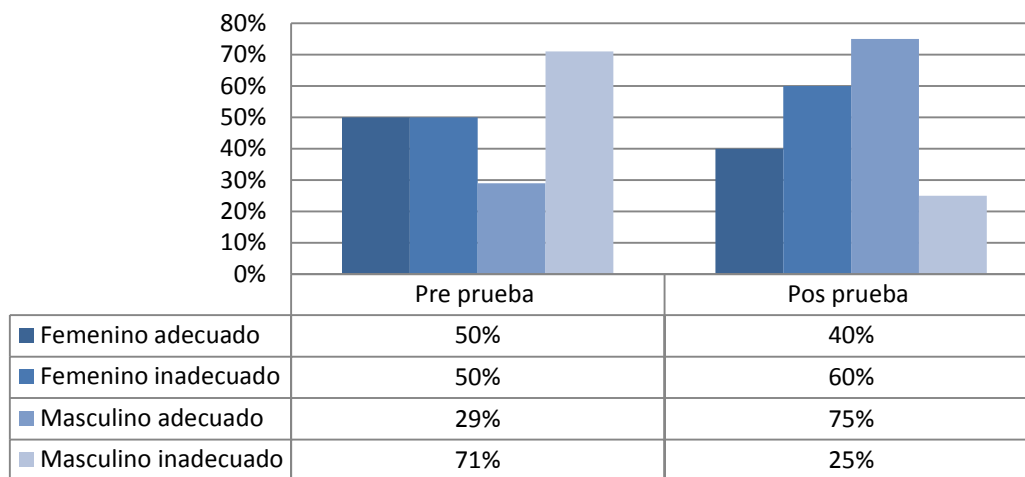
### PRE Y POS PRUEBA



**Fig. 1: Porcentaje de resolución de problemas entre los participantes.**

A través de la recolección de datos se logró conocer en el caso de la pre-prueba que el 39 % de los participantes presenta una resolución de problemas adecuada y el 61 % una resolución inadecuada, así mismo en el caso de la pos- prueba el 56% presentan una resolución adecuada y el 44% una inadecuada al momento de enfrentar los sucesos vitales.

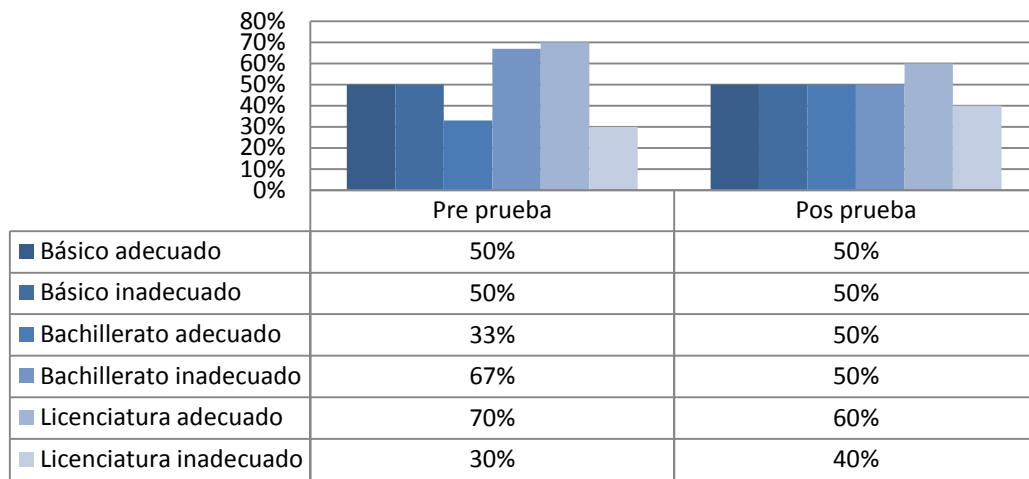
## Resolución de probemas con respecto al sexo



**Fig. 2: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia de resolución de problemas.**

Así mismo, se recabo en el caso de pre y pos prueba que el sexo femenino muestra un 50% y 40% en la resolución adecuada, respectivamente, y un 50% en la prepueba y 60% en la posprueba para los resultados de resolución inadecuada. En el caso de pre y pos prueba en el sexo masculino presenta un 29% y 75%, respectivamente y un 71% en la prepueba y 25% en la posprueba como resolución en inadecuada.

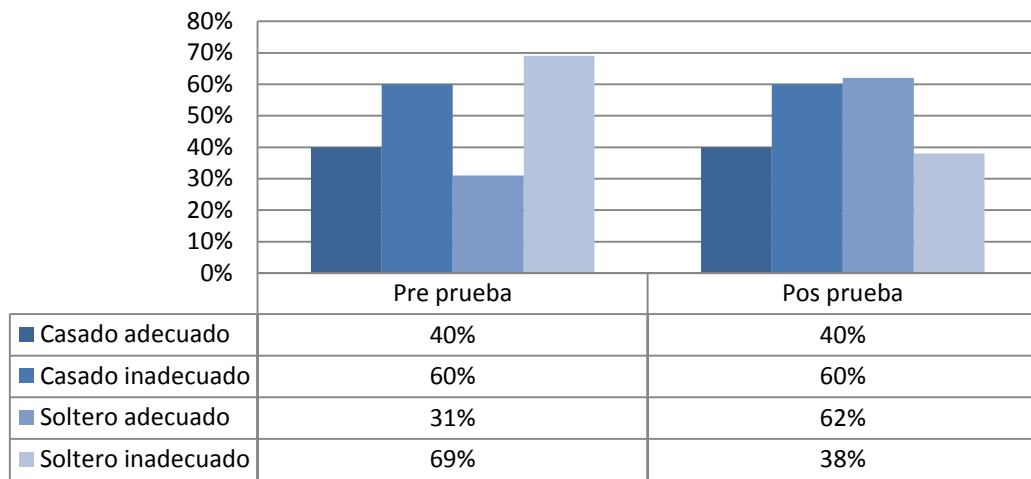
## Resolución de problemas con respecto a la escolaridad



**Fig. 3: Porcentaje de los niveles escolares en función de la estrategia resolución de problemas.**

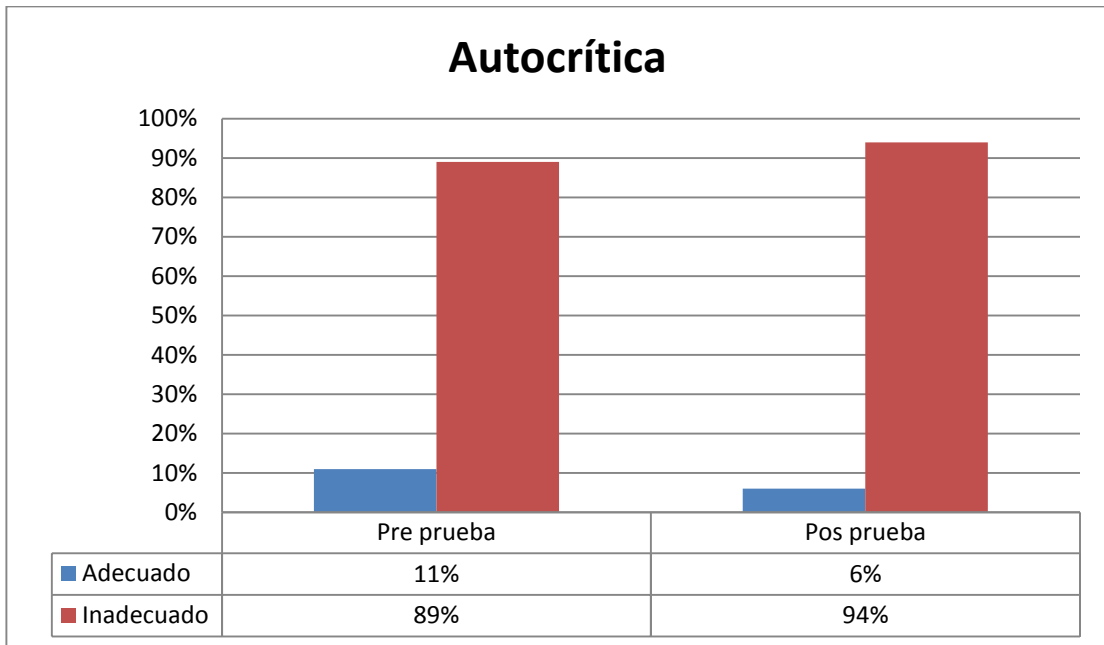
En el caso del nivel de estudio básico y la estrategia de resolución de problemas (desde el punto de vista adecuado) obtuvieron en la pre prueba y en la pos prueba un 50% y lo que respecta al nivel básico y la estrategia de resolución de problemas (desde el punto de vista inadecuado) obtuvieron en la pre prueba y pos prueba un 50%, a nivel bachillerato (desde el punto de vista adecuado) en la pre prueba y pos prueba se obtuvo el 33%, y 50%, lo que respecta a nivel bachillerato (desde el punto de vista inadecuado) obtuvieron en la pre prueba y pos prueba un 67% y 50% y a nivel licenciatura (desde el punto de vista adecuado) durante la pre prueba y pos prueba un 70% y 60%, con respecto a los participantes con licenciatura (desde el punto de vista inadecuado) obtuvieron en la pre prueba el 30% y en la pos prueba un 40%.

## Resolución de problemas con respecto al estado civil



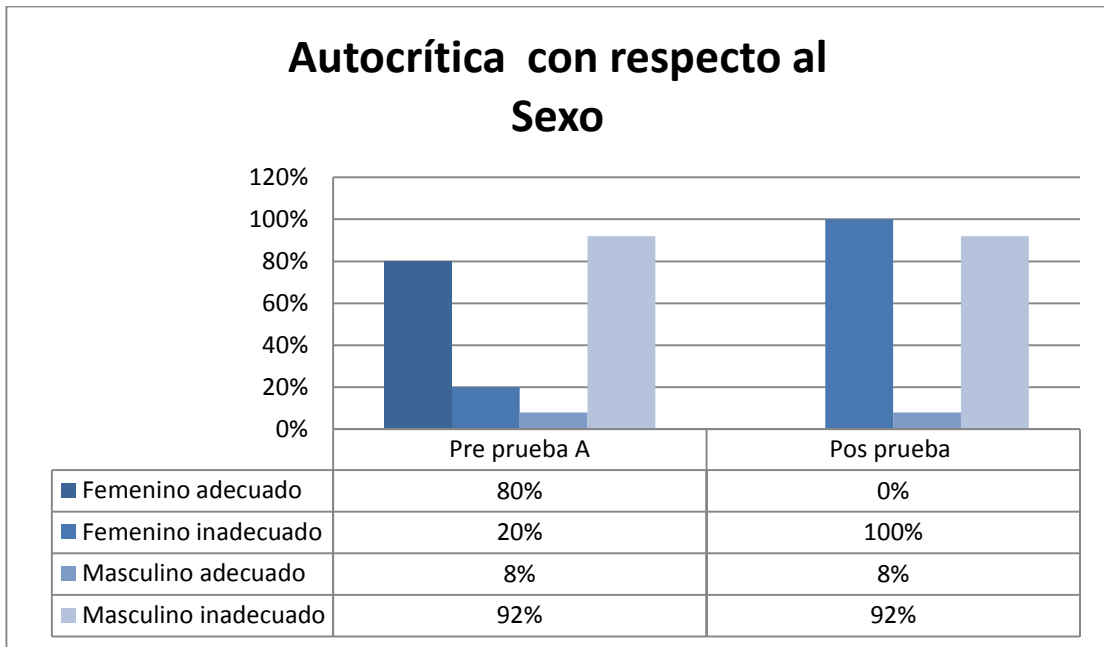
**Fig. 4: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia de resolución de problemas.**

Por lo que respecta al estado civil hay dos categorías: en el caso de solteros con una resolución de problemas adecuada durante la pre y pos prueba es de un 31% y 62%, respectivamente y una resolución inadecuada de problemas un 69% en la preprueba y 38% en la posprueba y los casados con una resolución adecuada un 40% en ambas mediciones y una resolución de problemas inadecuada en la preprueba con 60% y un 60% en la posprueba 60%.



**Fig. 5: Porcentaje de Autocrítica entre los participantes.**

Esta estrategia se basa en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo, los datos obtenidos en la pre y pos prueba son los siguientes: en este caso, de manera general el 89% y 94% de los participantes muestra una autocrítica inadecuada (pre y posprueba respectivamente) y el 11% y 6% del resto una autocrítica adecuada (pre y pos prueba, respectivamente).



**Fig. 6: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia de autocrítica.**

En el caso de la población del sexo femenino y la estrategia de autocrítica (desde el punto de vista adecuado) obtuvieron en la pre prueba un 80% y en la pos prueba un 0% y lo que respecta al sexo femenino y la estrategia de autocrítica (desde el punto de vista inadecuado) obtuvieron en la pre prueba un 20% y en la pos prueba 100%, así mismo lo que respecta al sexo masculino y la estrategia de autocrítica (desde el punto de vista adecuado) obtuvieron en la pre prueba y en la pos prueba un 8% y lo que respecta al sexo masculino y la estrategia de autocrítica (desde el punto de vista inadecuado) obtuvieron en la pre y pos prueba un 92.

## Autocrítica con respecto a la Escolaridad

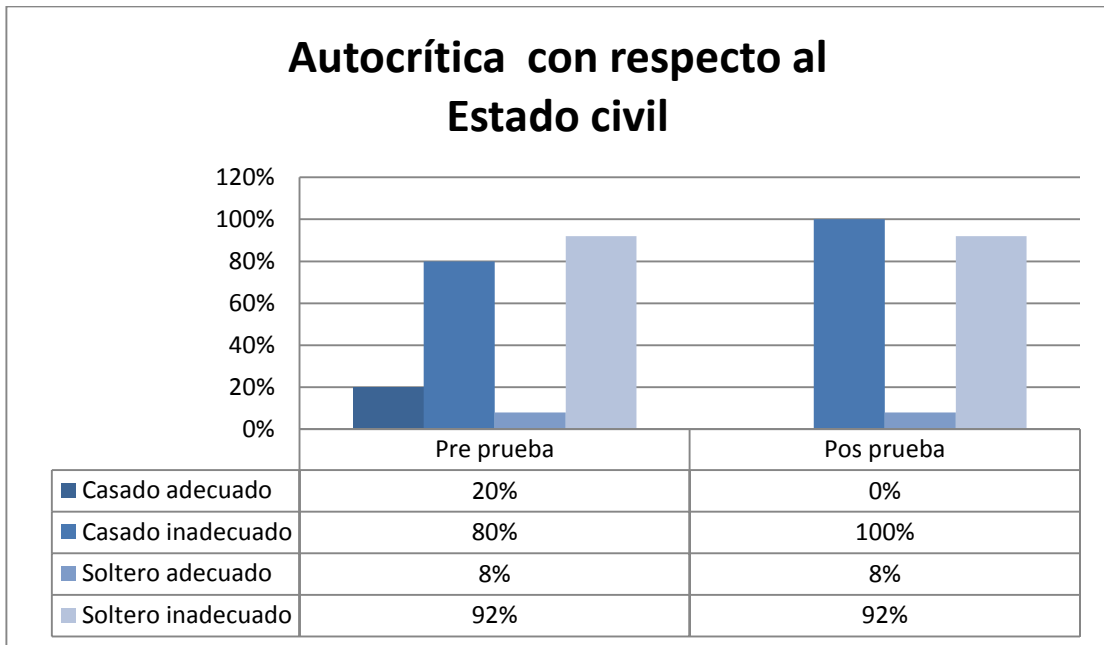


	Pre prueba	Pos prueba
■ Básico adecuado	50%	0%
■ Básico inadecuado	50%	100%
■ Bachillerato adecuado	17%	0%
■ Bachillerato inadecuado	83%	100%
■ Licenciatura adecuado	0%	10%
■ Licenciatura inadecuado	100%	90%

**Fig. 7: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia de autocrítica.**

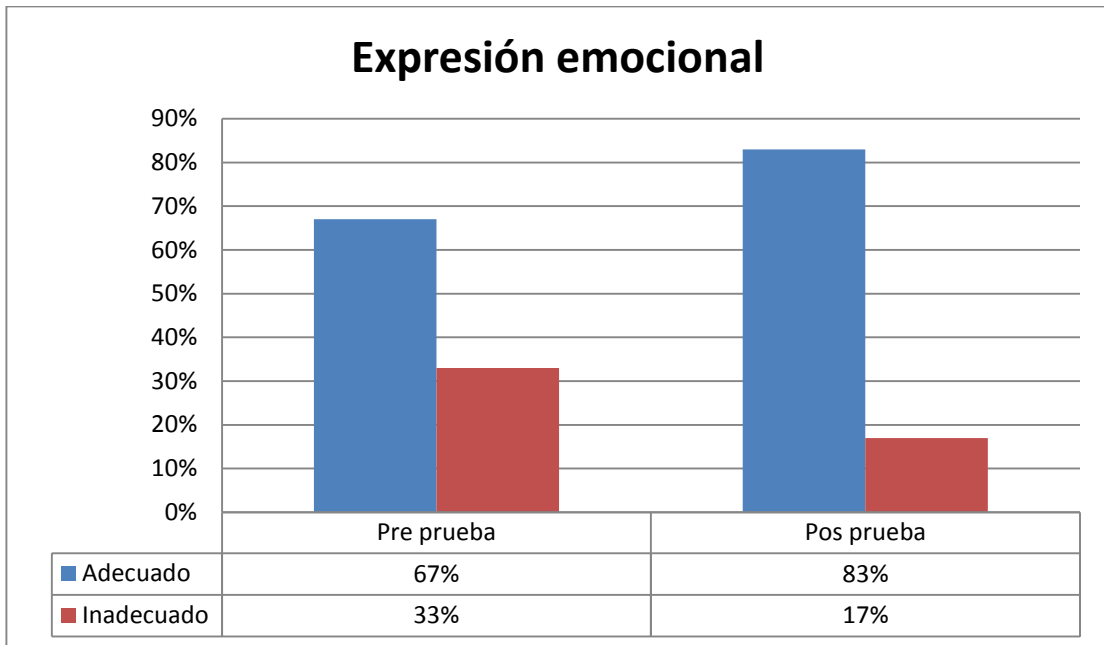
En el caso de la escolaridad, los participantes con nivel escolar básico, muestran durante la pre y pos prueba un 50% y 0%, respectivamente, es decir, una autocrítica adecuada y el 50% y 100% una autocrítica inadecuada (pre y pos prueba, respectivamente), en el nivel bachillerato en la pre y pos prueba el 17% y 0%(respectivamente), obtienen una autocrítica adecuada y el 83% y 100% una inadecuada (pre y pos prueba, respectivamente), en el nivel licenciatura en la pre prueba obtienen 0% y en la pos prueba un 10% en la estrategia autocrítica adecuada y el 100% la preprueba y 90% en la posprueba en la inadecuada autocrítica.





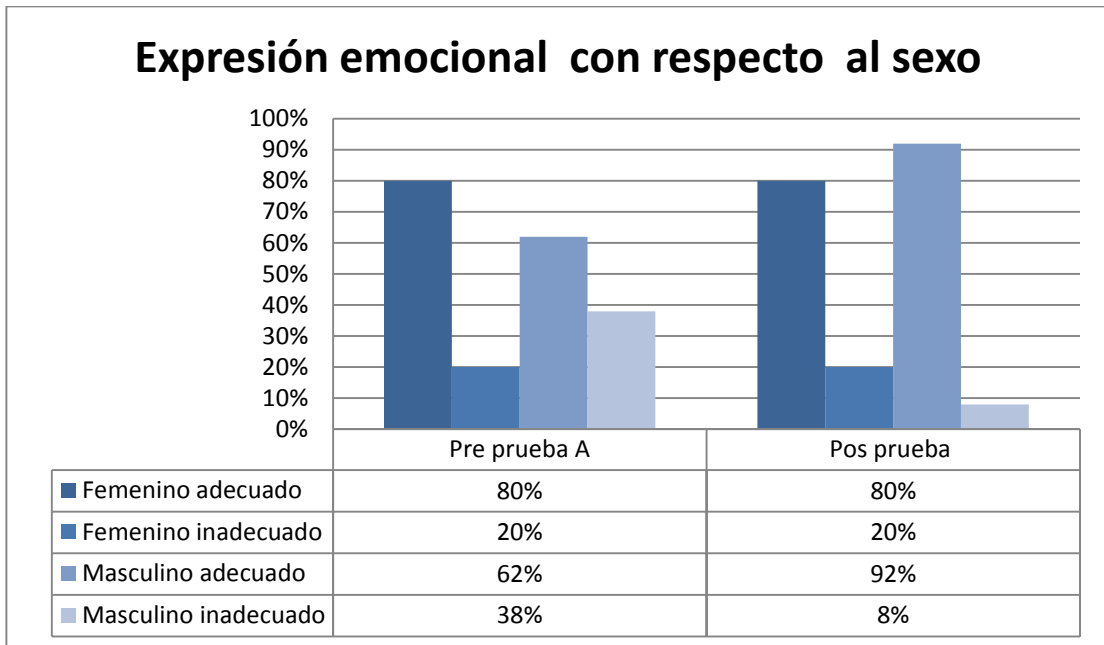
**Fig. 8: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia de autocrítica.**

En el caso, referente al estado civil el 8% de los participantes en la pre y 8% en la pos prueba de solteros presentan un manejo adecuado y el 92% en la pre y 92% en la pos prueba ejercen una autocrítica inadecuada, así mismo, en la pre y pos prueba el 20% y 0% (respectivamente) de casados muestran un manejo adecuado y el 80% en la pre y 100% en la posprueba una autocrítica inadecuado.



**Fig. 9: Porcentaje de Expresión emocional entre los participantes.**

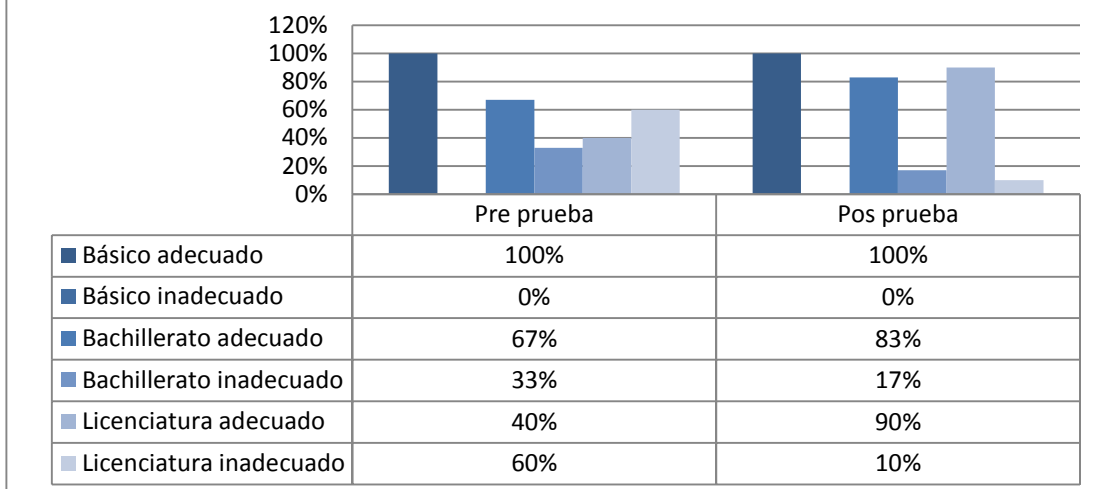
En la pre y pos prueba el 67% y 83% respectivamente de los casos presentan una expresión emocional adecuada, es decir, encaminan de manera adecuada la liberación de las emociones que acontecen el proceso de estrés presente en su vida y el 33 % en la preprueba y 17% en la posprueba, ejercen una expresión emocional inadecuada.



**Fig. 10: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia expresión emocional.**

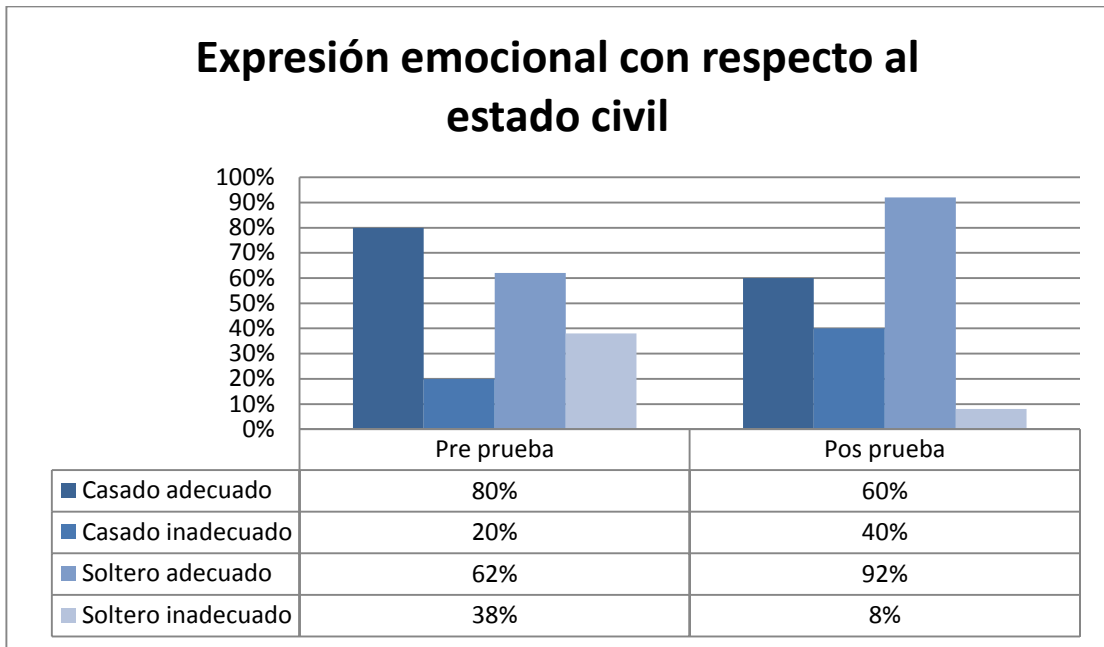
El 80% de los casos del sexo femenino en la pre y el 80% en la pos prueba tiene una expresión adecuada y el 20% una inadecuada (para ambas mediciones), en cuanto al sexo masculino el 62% de los casos en la pre y 92% en la pos prueba muestra una expresión adecuada y el 38% y 8% (respectivamente) una inadecuada.

## Expresión emocional con respecto a la escolaridad



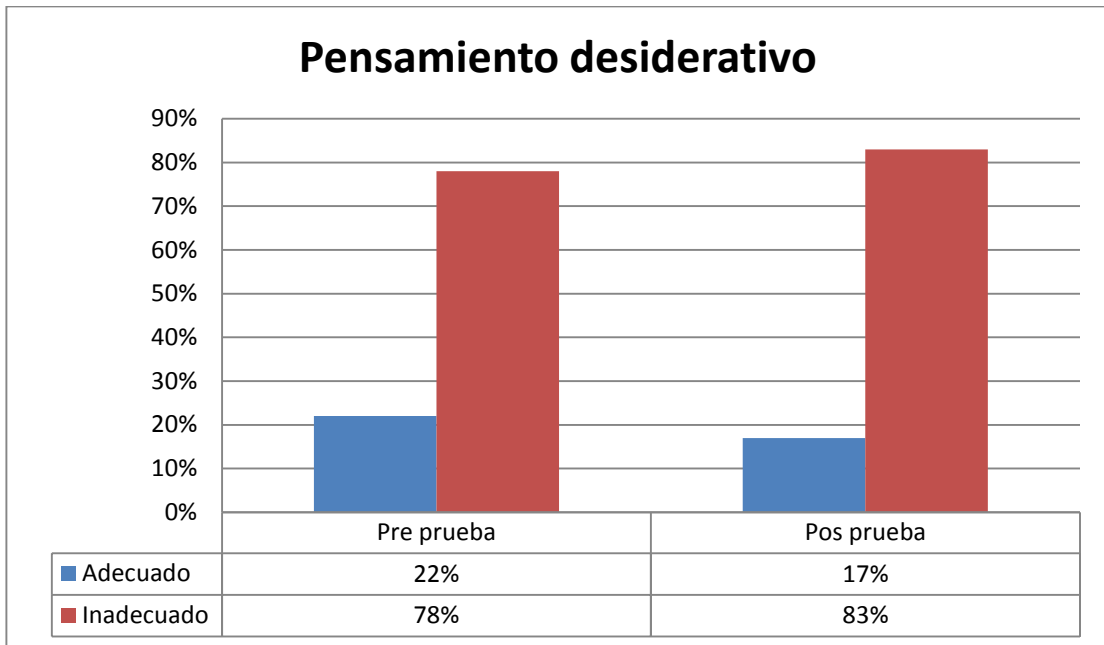
**Fig. 11: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia expresión emocional.**

En cuanto a la escolaridad a nivel básico el 100% de los casos en la pre y 100% en la pos prueba asume una adecuada expresión de las emociones y el 0% en pre y 0% en la pos prueba muestra una inadecuada expresión emocional, a nivel bachillerato el 67% de los casos en la pre y el 83% en la pos prueba asume adecuadamente esta estrategia y el 33% de los casos en la pre y 17% en la pos prueba asume de manera inadecuada la expresión emocional, a nivel licenciatura en la pre y pos prueba el 40% y 90% (respectivamente) ejercen una adecuada expresión de las emociones en tanto que el 60% en la preprueba y 10% en la pos prueba, registran una inadecuada expresión emocional.



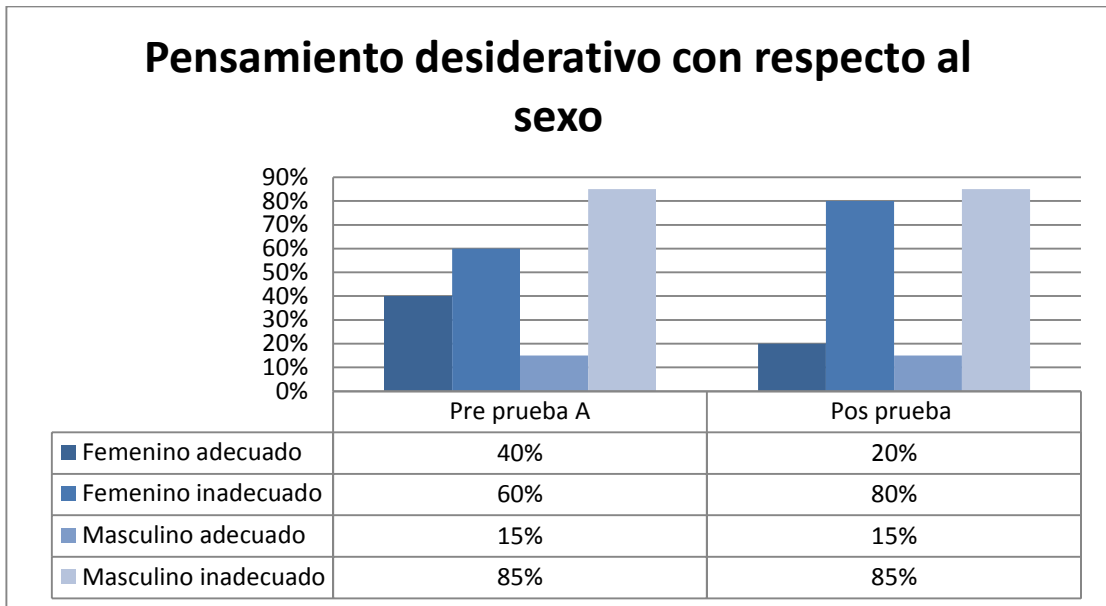
**Fig. 12: Porcentaje del estado civil nivel en función de la estrategia expresión emocional.**

En cuanto al estado civil y la expresión de las emociones el 62% de los casos en la pre y el 92% en la pos prueba de los solteros, presentan una adecuada expresión de las emociones y el 38% en la pre y 8% en la pos prueba, registran una inadecuada expresión de las emociones; el 80% de los casos en la pre y el 60% en la pos prueba de los casados, presentan una expresión adecuada de las emociones y el 20% en la pre y el 40% en la pos presentan una expresión inadecuada de las emociones.



**Fig. 13: Porcentaje de Pensamiento desiderativo entre los participantes.**

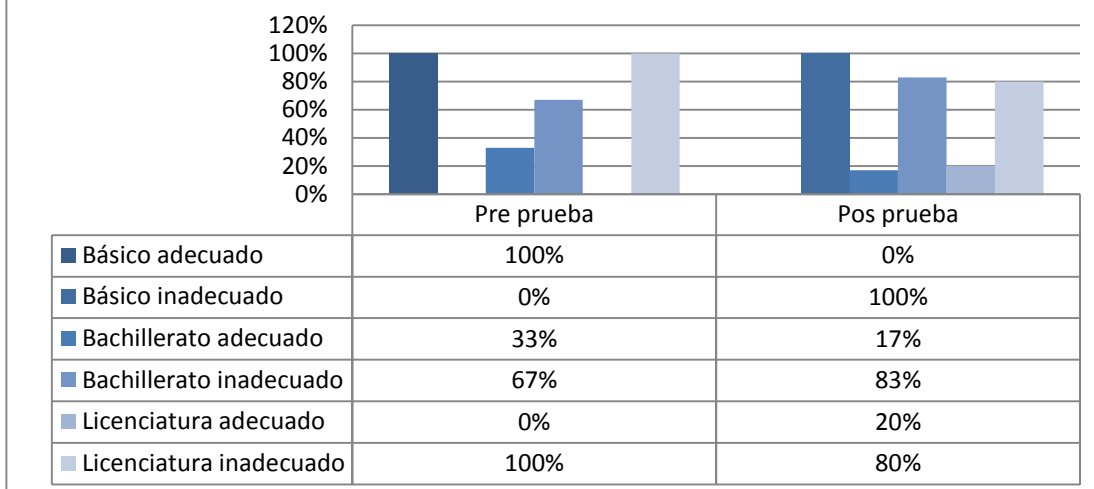
El 22% de los casos en la pre y el 17% en la pos prueba muestran un adecuado manejo de pensamiento desiderativo y el 78% de los casos en la pre y el 83% en la posprueba muestran un manejo inadecuado de pensamiento desiderativo.



**Fig. 14: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia pensamiento desiderativo.**

El 40% y 20% de los casos del sexo femenino en la pre y pos prueba respectivamente, presentan un adecuado manejo de pensamiento desiderativo y el 60% ('preprueba) 80% (posprueba) de los casos del sexo femenino presentan un manejo inadecuado de pensamiento desiderativo, así mismo, el 15% de los casos en la pre prueba y el 15% en la pos prueba del sexo masculino presenta un pensamiento desiderativo adecuado y el 85% en la pre prueba y en la pos prueba muestran un pensamiento desiderativo inadecuado.

## Pensamiento desiderativo con respecto a la escolaridad



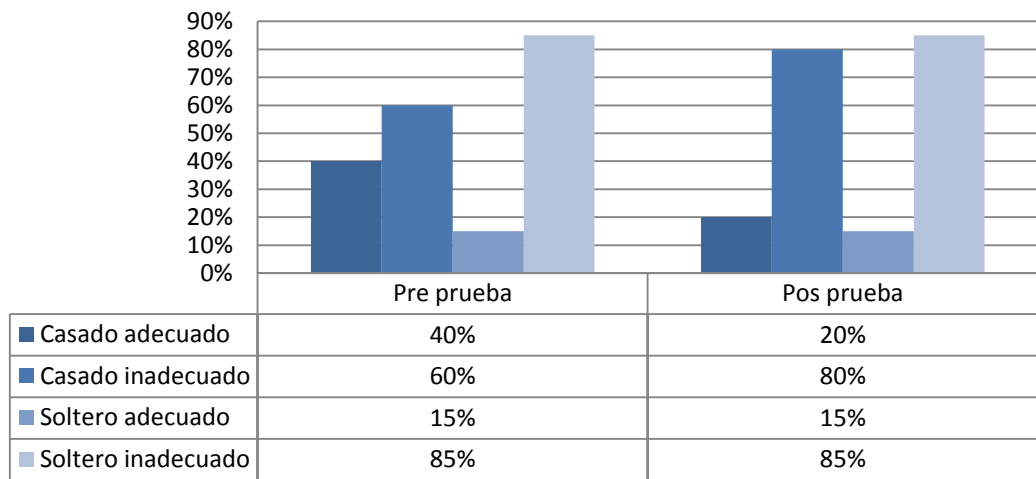
**Fig. 15: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia pensamiento desiderativo.**

Con respecto al nivel educativo el 100% de los casos en la preprueba los que presentan nivel básico presenta un pensamiento desiderativo adecuado y el 100% en la posprueba presenta un inadecuado manejo. A nivel bachillerato la pre prueba presenta un 33%, el 17% de los participantes en la pos prueba muestran un pensamiento desiderativo adecuado; el 67% de los casos en la pre prueba y el 83% en la pos prueba muestran un pensamiento desiderativo inadecuado, también en el nivel de bachillerato.

A nivel licenciatura el 0% en la pre prueba y el 20% en la pos prueba muestran un pensamiento desiderativo adecuado, el 100% en la pre prueba y el 80% en la pos prueba muestra un inadecuado pensamiento desiderativo.

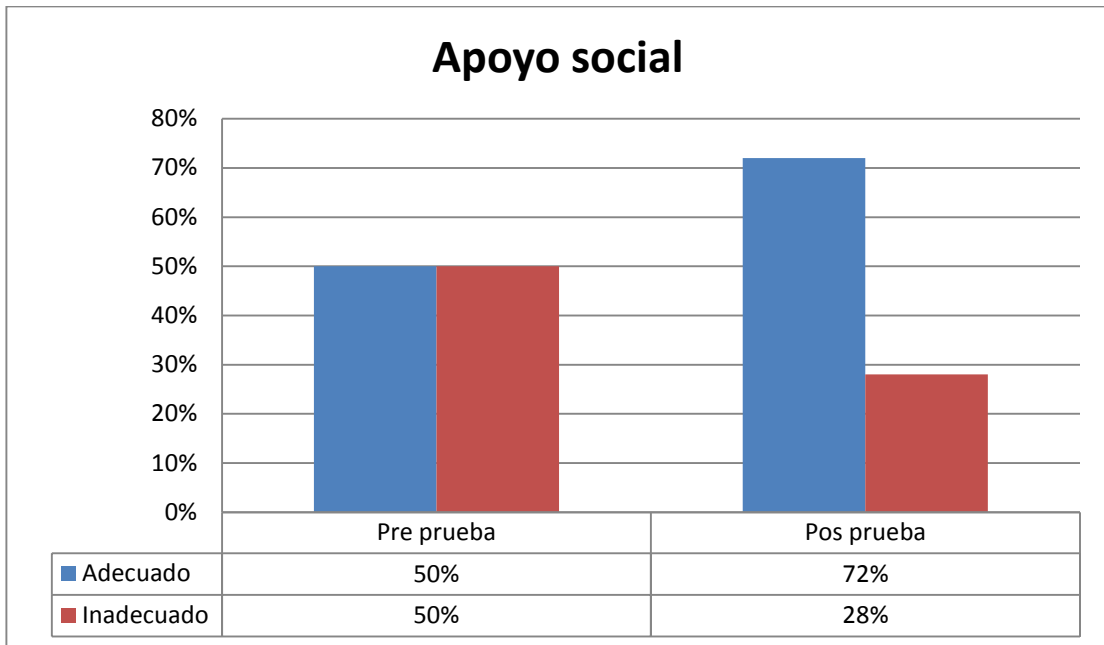


## Pensamiento desiderativo con respecto al estado civil



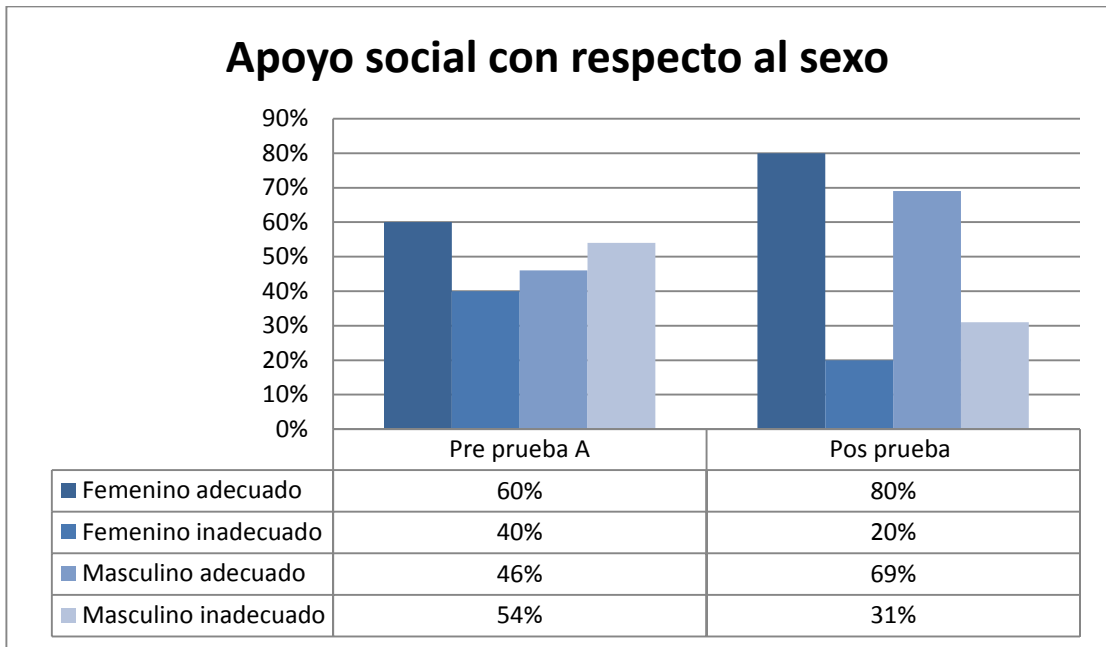
**Fig. 16: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia pensamiento desiderativo.**

Con respecto al estado civil, el 15% de los casos en la pre y el 15% en la pos prueba de los participantes solteros muestran un pensamiento desiderativo adecuado ante las circunstancias presentes en su vida cotidiana y el 85% de los casos en la pre y el 85% en la pos prueba de los participantes solteros muestran un pensamiento inadecuado; el 40% en la pre y el 20% en la pos prueba los participantes casados muestran un pensamiento desiderativo adecuado y el 60% y 80% de los participantes muestran un pensamiento inadecuado.



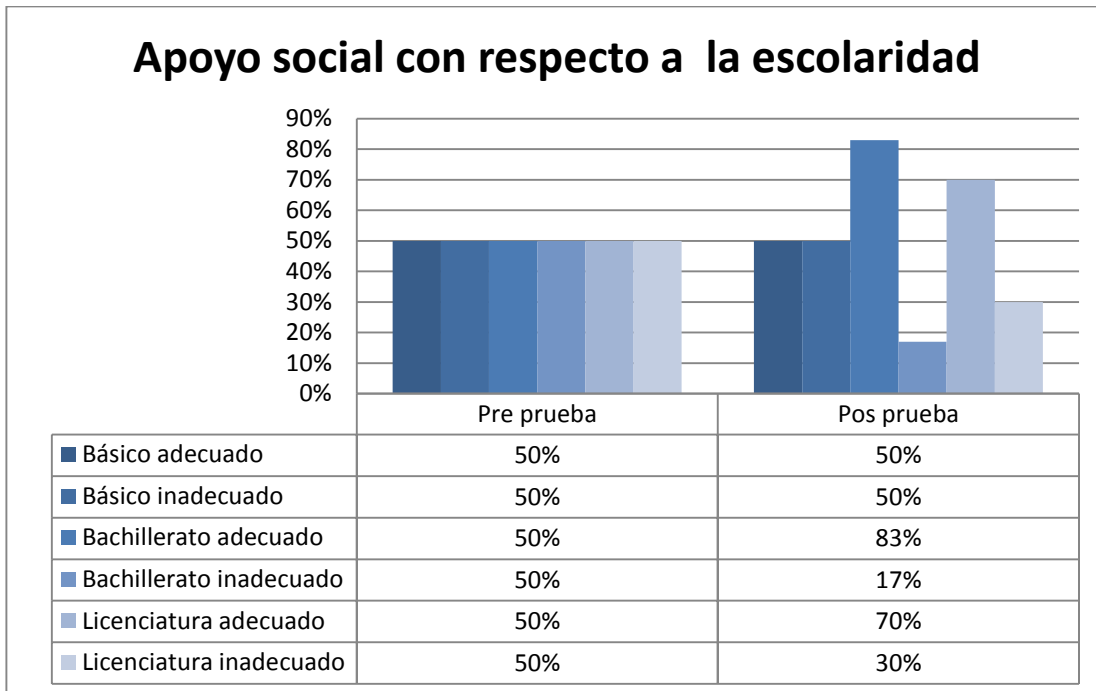
**Fig. 17: Porcentaje de Apoyo social entre los participantes.**

El 50% de los casos en la pre prueba y el 72% en la pos prueba muestran un adecuado manejo al momento de buscar el apoyo emocional en las personas allegadas, así mismo, el 50% de los casos en la pre prueba y el 28% en la pos prueba muestran un manejo inadecuado de la estrategia de apoyo social.



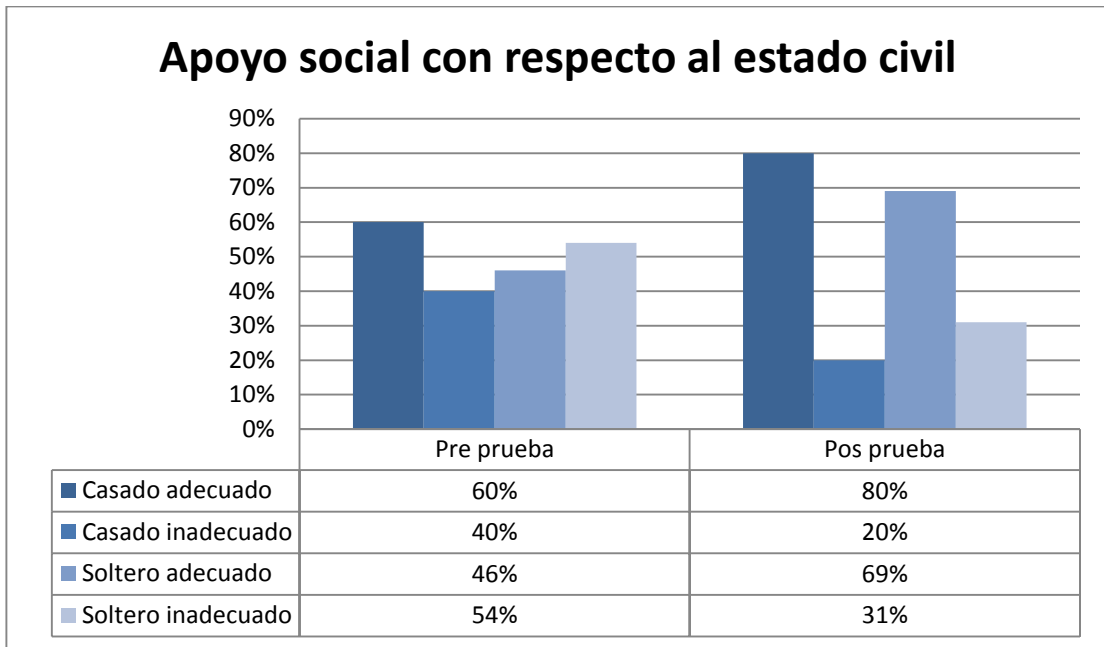
**Fig. 18: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia de apoyo social.**

El 60% y 80% de los casos en la pre y pos prueba del sexo femenino, indica que recurren a un apoyo social adecuado y el 40% en la pre y el 20% en la pos prueba también del sexo femenino lo hace de manera inadecuada. En el caso de los participantes del sexo masculino específicamente el 46% en la pre prueba y el 69% en la pos prueba muestra una búsqueda de apoyo adecuada y el 54% en la pre prueba y el 31% en la pos prueba de manera inadecuada.



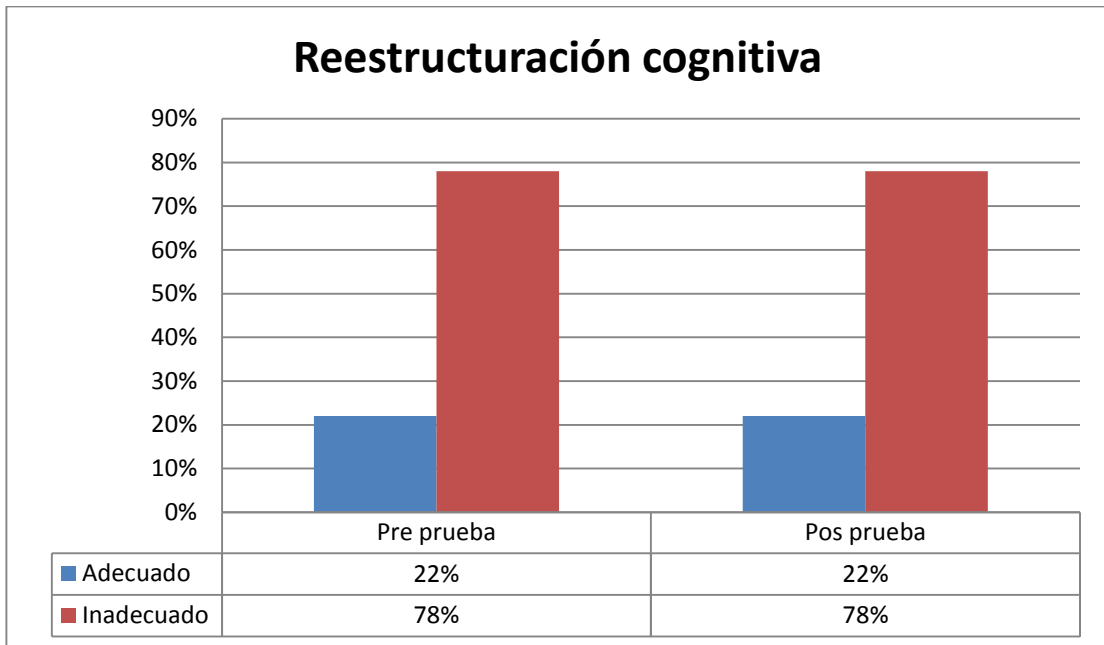
**Fig. 19: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia de apoyo social.**

En relación a la escolaridad el nivel básico de los participantes, el 50% de los casos de ellos en pre y el 50% en la pos prueba buscan un apoyo adecuado y un 50% en pre y un 50% en la pos de manera inadecuada, a nivel bachillerato el 50% y 83% de los casos en la pre y pos prueba muestran un apoyo social adecuado, mientras que el otro 50% en la pre y 17% en la pos prueba de los casos, lo hace inadecuadamente, y a nivel licenciatura en la pre y pos prueba el 50% y 70% de los casos practica un apoyo social adecuado y el otro 50% y 30% lo hace de manera inadecuada.



**Fig. 20: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia de apoyo social.**

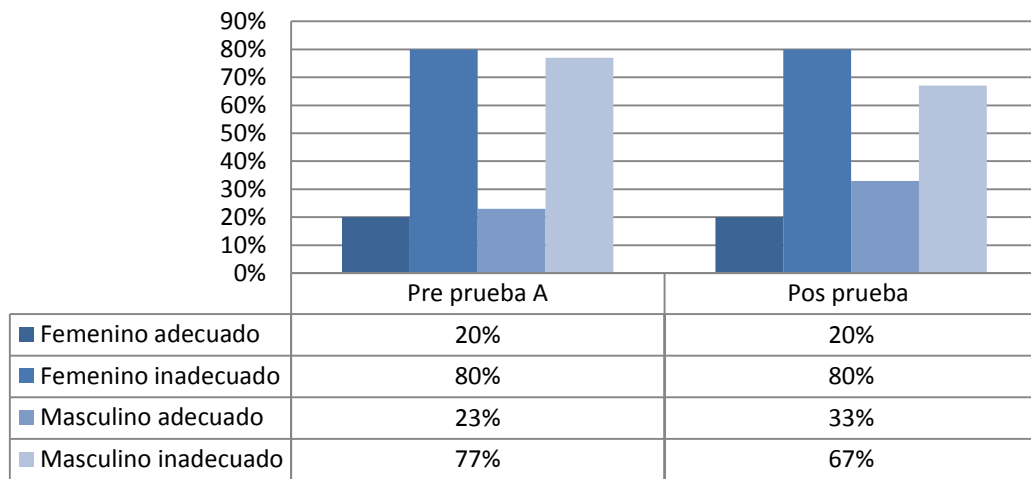
En lo que respecta al estado civil, en la pre y pos prueba de los casos, el 46% y 69% respectivamente, los solteros muestra un apoyo social adecuado, el 54% en la pre y el 31% en la pos prueba respectivamente, los solteros se muestra de manera inadecuada el apoyo social y el 60% de los casos en la pre y 80% en la pos prueba de los casados presentan un apoyo social adecuado y en la pre prueba el 40% y 20% en la pos prueba muestran un apoyo social inadecuado.



**Fig. 21: Porcentaje de Reestructuración cognitiva entre los participantes.**

El 22% de los casos en la pre y el 22% en la pos prueba presentan una reestructuración cognitiva adecuada y el 78% en pre y el 78% en la pos prueba muestra una reestructuración inadecuada.

## Reestructuración cognitiva con respecto al sexo



**Fig. 22: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia de reestructuración cognitiva.**

El 20% en la pre prueba y el 20% en la pos prueba de los casos del sexo femenino presenta una reestructuración cognitiva adecuada y el 80% en la pre y el 80% en la pos prueba del sexo femenino presentan una reestructuración inadecuada. En cuanto el sexo masculino el 23% y 33% (pre prueba y pos prueba, respectivamente) de los casos presenta una reestructuración adecuada. El 77% en la pre y el 67% en la pos prueba presenta una inadecuada reestructuración cognitiva.

## Reestructuración cognitiva con respecto a la escolaridad



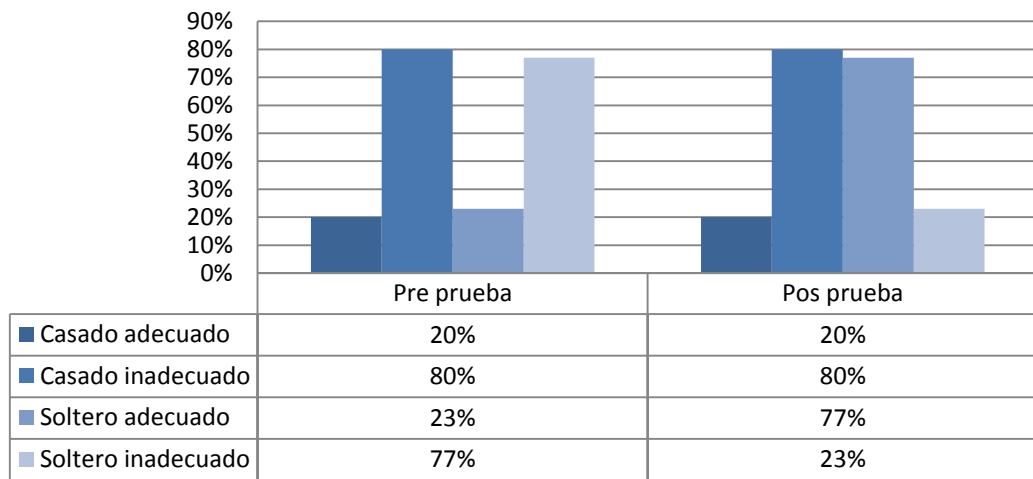
	Pre prueba	Pos prueba
■ Básico adecuado	0%	50%
■ Básico inadecuado	100%	50%
■ Bachillerato adecuado	17%	17%
■ Bachillerato inadecuado	83%	83%
■ Licenciatura adecuado	30%	20%
■ Licenciatura inadecuado	70%	80%

**Fig. 23: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia de reestructuración cognitiva.**

En cuanto a la escolaridad, el 0% en la pre y el 50% en la pos prueba de los casos de nivel básico muestra una reestructuración cognitiva adecuada y el 100% en la pre y 50% de la pos prueba muestra una reestructuración inadecuada, a nivel bachillerato el 17% de los casos en la pre y el 17% en la pos prueba ejerce una adecuada reestructuración y el 83% en la pre y el 83% en la pos prueba muestra una inadecuada reestructuración, a nivel licenciatura el 30% en la pre y el 20% en la pos prueba muestra una adecuada reestructuración y el 70% y 80% (pre y pos prueba, respectivamente) de los casos una inadecuada reestructuración.

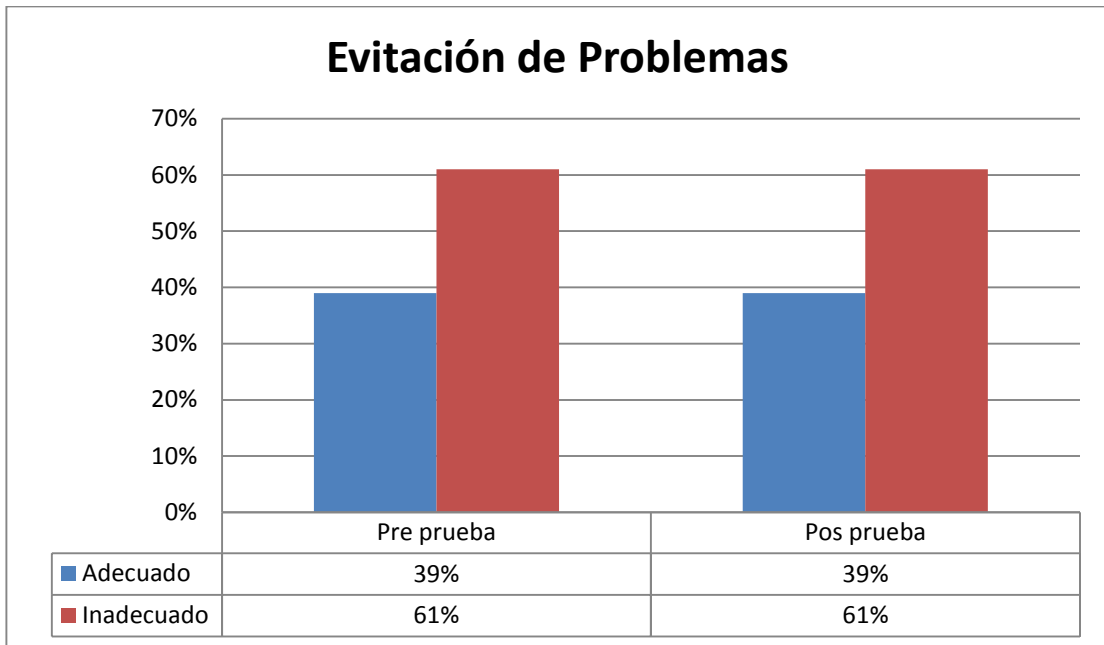


## Reestructuración cognitiva con respecto al estado civil



**Fig. 24: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia de reestructuración cognitiva.**

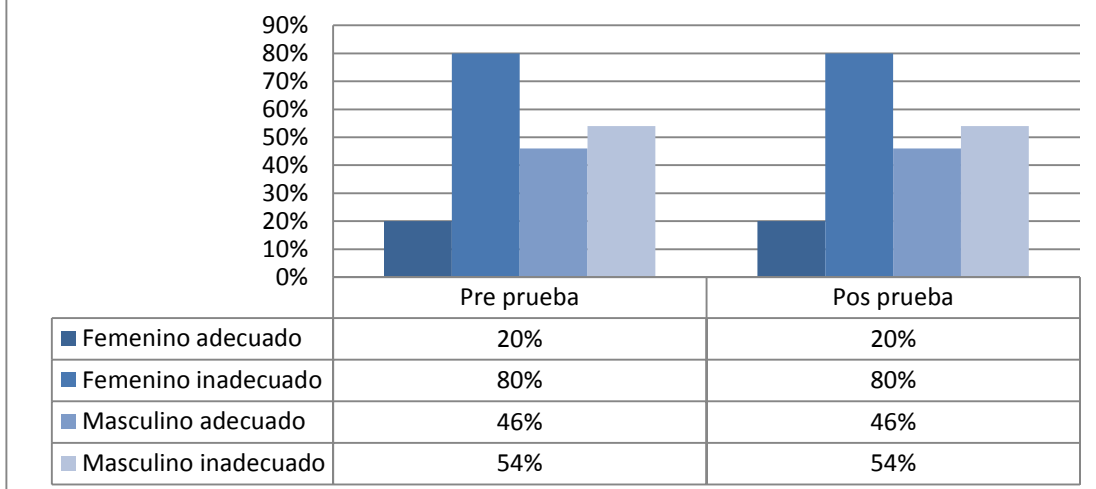
El 20% de los solteros en la pre y el 20% en la pos prueba muestra una reestructuración cognitiva adecuada, el 80% de los casos en la pre y el 80% en la pos prueba de los solteros muestra una inadecuada reestructuración cognitiva, el 23% en la preprueba los casados y e 77% en la pos prueba muestra una reestructuración adecuada, mientras que el 77% en la pre y 23% en la pos prueba de los casados una reestructuración inadecuada.



**Fig. 25: Porcentaje de Evitación de problemas entre los participantes.**

El 39% de los participantes en la pre y 39% en la pos prueba muestra una adecuada evitación de problemas, el 61 % de los casos en la pre y el 61 en la pos prueba muestra una evitación de problemas inadecuada.

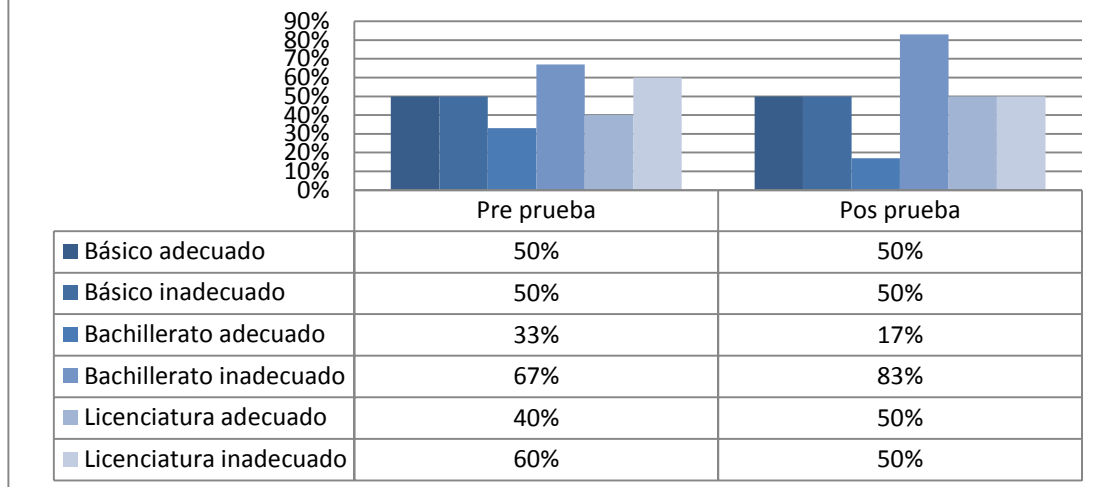
## Evitación de problemas con respecto al sexo



**Fig. 26: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia de evitación de problemas.**

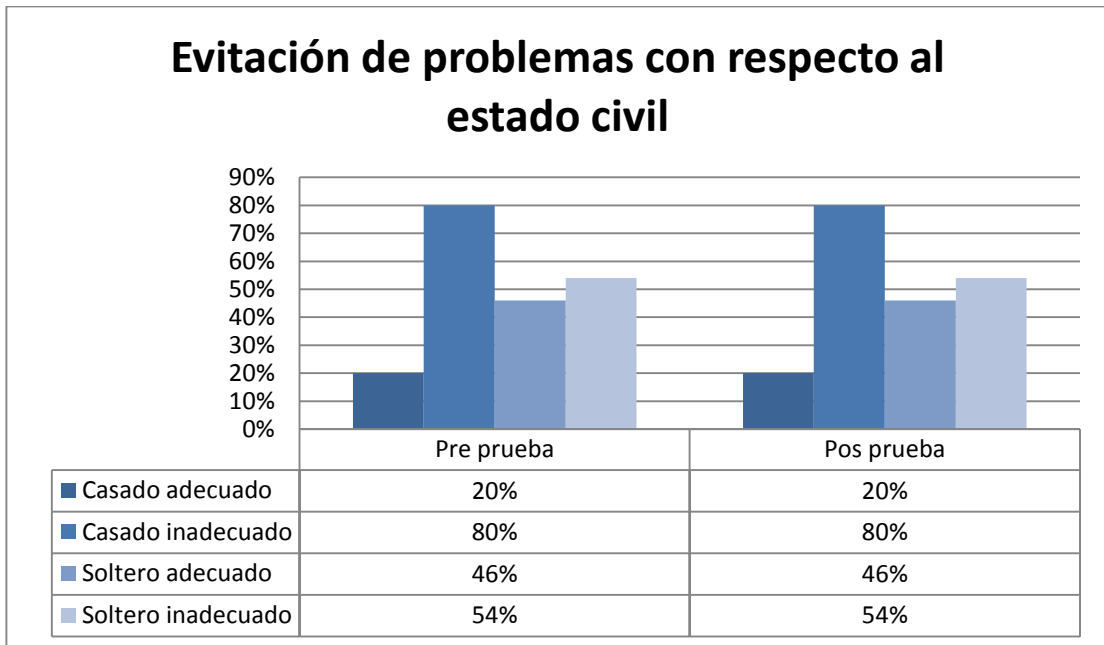
El 20% de los casos en la pre y el 20% en la pos prueba del sexo femenino muestran una adecuada evitación de problemas y el 80% de los casos en la pre y el 80% en la pos prueba muestra una inadecuada evitación de problemas, en el caso del sexo masculino el 46% en la pre y el 46% en la pos prueba muestra una evitación de problemas y adecuados, mientras que el 54% en la pre y el 54% en la pos prueba muestra una inadecuada evitación de problemas.

## Evitación de problemas con respecto a la escolaridad



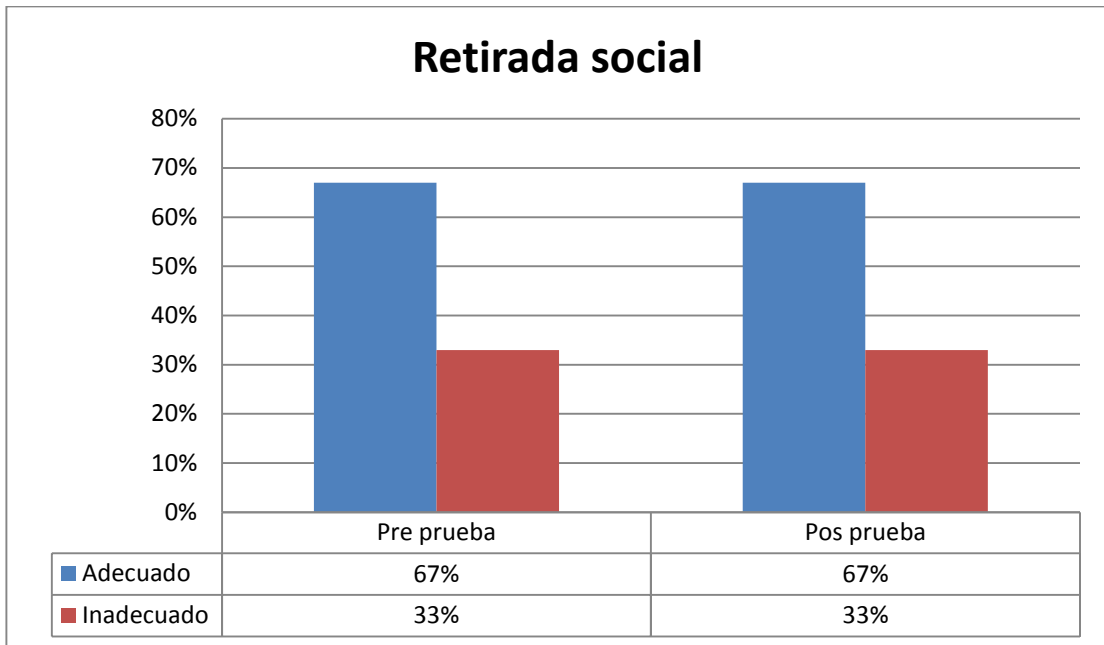
**Fig. 27: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia de evitación de problemas.**

El 50% de participantes con educación básica en la pre y el 50% en la pos prueba muestran una evitación de problemas adecuada, el 50% de los casos en la pre y el 50% en la pos prueba también de educación básica muestra una evitación de problemas inadecuada, en el nivel bachillerato en la pre prueba el 33% de los casos y el 17% en la pos prueba presentan una adecuada evitación de problemas, el 67% en la pre y el 83% en la pos prueba una inadecuada evitación de problemas. A nivel licenciatura el 40% de los casos en la pre y el 50% en la pos prueba presenta adecuada evitación de problemas, mientras que el 60% en la pre y 50% en la pos prueba una inadecuada evitación de problemas.



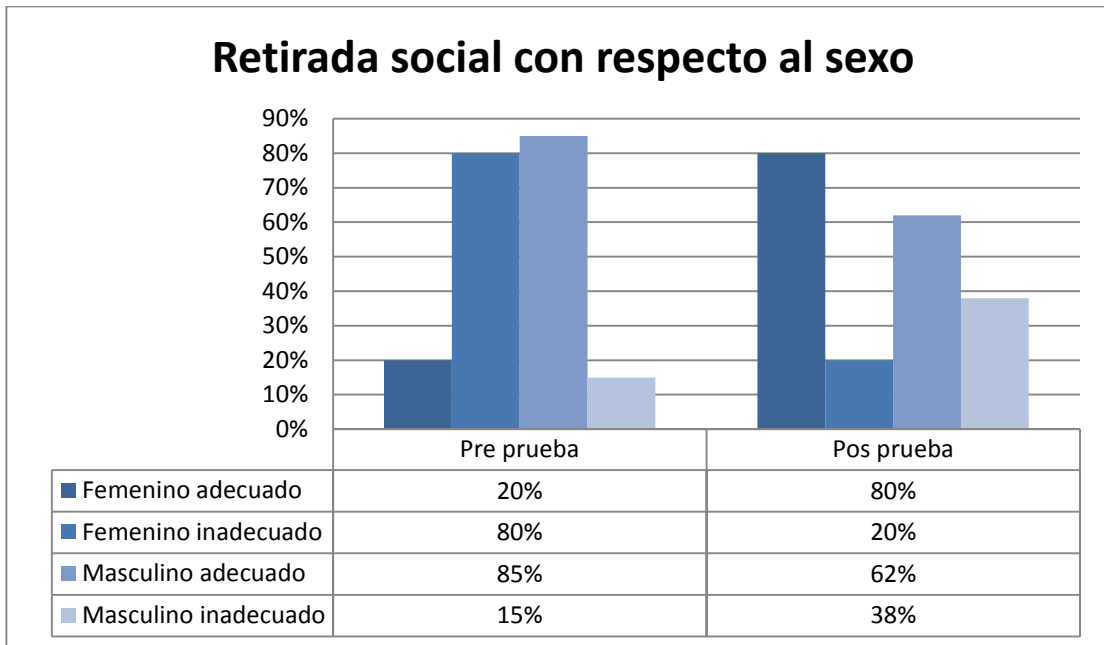
**Fig. 28: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia de evitación de problemas.**

En la variable estado civil se recabo que el 46% de los solteros en la pre prueba y el 46% en la pos prueba muestran una adecuada evitación de problemas, mientras que el 54% en la pre prueba y el 54% en la pos prueba de los solteros muestran una inadecuada evitación de problemas, así mismo, el 20% en la pre y el 20% en la pos prueba, de los casados presentan una adecuada evitación de problemas, mientras que el 80% de los casos en la pre y el 80% en la pos prueba de los casados presenta una inadecuada evitación de problemas.



**Fig. 29: Porcentaje de Retirada social entre los participantes.**

La variable “retirada social” en la pre prueba se recabo que el 67% de los participantes y el 67% en la pos prueba maneja de manera adecuada retirada social y el 33% de los casos en la pre prueba y el 33% en la pos prueba ejerce una retirada social inadecuada.



**Fig. 30: Porcentaje del sexo femenino y masculino en función de la estrategia Retirada social.**

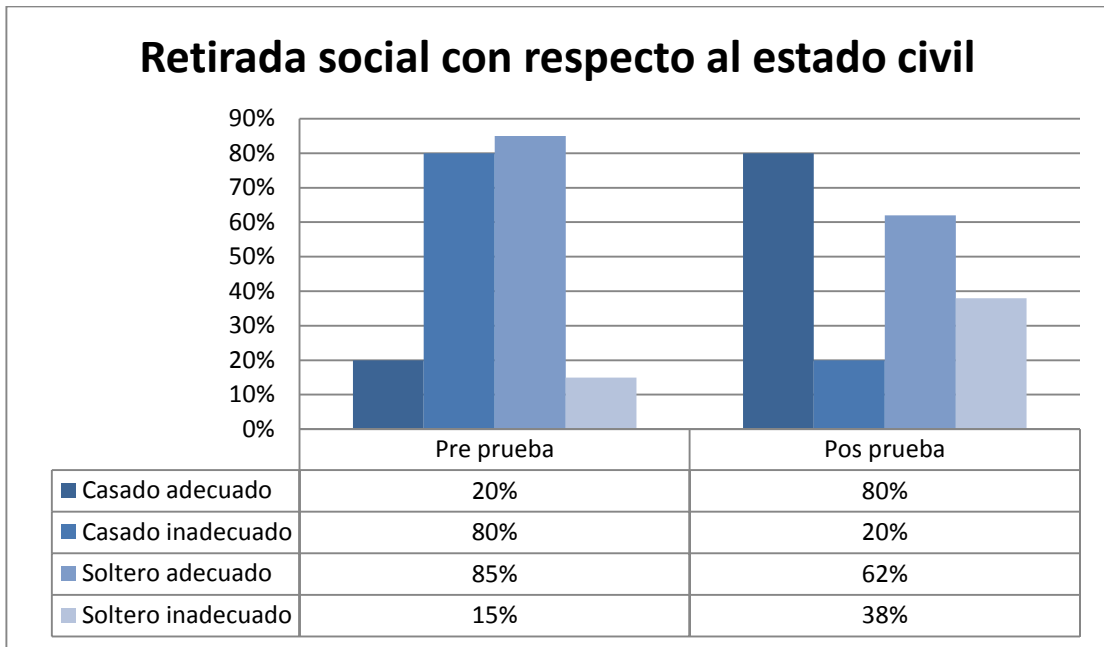
El 20% de los casos en la pre prueba y el 80% en la pos prueba del sexo femenino muestran una retirada social adecuada y el 80% en la pre prueba y 20% en la pos prueba también del sexo femenino presentan una retirada inadecuada, el 85% de los casos en la pre y 62% en la pos prueba del sexo masculino manejan una adecuada retirada social y el 15% en la pre y 38% en la pos prueba muestran inadecuada retirada social.



**Fig. 31: Porcentaje del nivel de estudios en función de la estrategia Retirada social.**

En cuanto a la escolaridad de los participantes el 100% de los casos en la pre prueba y 50% en la pos prueba de educación básica ejerce una adecuada retirada social en relación al proceso estresante y el 0% en la pre y el 50% en la pos prueba también de educación básica muestra una retirada inadecuada, a nivel bachillerato el 33% de los casos en la pre y 67% de los casos en la pos prueba muestra adecuada retirada social y el 67% en la pre y el 33% en la pos prueba una inadecuada retirada social. A nivel licenciatura el 80% de los casos en la pre y el 70% en la pos prueba ejercen una adecuada retirada social y el 20% en la pre prueba y 30% en la pos prueba una inadecuada retirada social.





**Fig. 32: Porcentaje del estado civil en función de la estrategia Retirada social.**

El 85% de los casos en la pre prueba y 62% de los casos en la pos prueba de los participantes con el estado civil soltero muestran una retirada social adecuada y el 15% en la pre y el 38% en la pos prueba muestra una inadecuada retirada social, mientras que el 20% de los casos en la pre prueba y el 80% de los casos en la pos prueba de participantes casados ejerce una retirada social adecuada, el 80% en la pre y el 20% en la pos prueba una inadecuada retirada social.

## ANÁLISIS FINAL

En el presente análisis se describirá de manera detallada los resultados entre las diferentes estrategias de afrontamiento, como bien se observa son ocho estrategias que se evaluaron en el estudio, mismas que se clasifican de la siguiente manera: Nivel Bajo, Medio y Alto, tomando en cuenta el porcentaje obtenido en la pre y pos prueba.

### Nivel bajo

En cuanto a la estrategia de autocrítica y la relación entre las variables: sexo, escolaridad y estado civil, se encontraron resultados significativos negativos, puesto que los participantes mostraron una inadecuada autocrítica en todos los niveles durante la pre y pos prueba, es decir, los participantes muestran un manejo inadecuado de la capacidad para detectar y aceptar los errores presentes en la situación estresante, los participantes tienden a la autoinculpación y la autocrítica exagerada de los sucesos.

Específicamente se encontraron relaciones significativas negativas en los resultados obtenidos, se observó una puntuación baja entre la pre y pos prueba, en lo que respecta al pensamiento desiderativo, es decir, los participantes muestran un deseo inminente de que la realidad no fuera estresante, lo que les impide tener una perspectiva real y adaptativa para afrontar de manera adecuada la situación.

## Nivel medio

En las estrategias de afrontamiento, específicamente la resolución de problemas, se encontraron relaciones significativas inadecuadas, se observó un mínimo incremento del 17% de la prueba inicial a la final, es decir, de manera general, los participantes adictos presentan un afrontamiento no adaptativo y dificultad al momento de canalizar o eliminar el estrés causado por la situación - problema presente.

En la estrategia de reestructuración cognitiva, los pacientes mostraron baja adaptación al momento de afrontar la situación estresante, es decir, de manera particular los participantes del sexo femenino y masculino presentan dificultad al momento de modificar la situación o el significado de la situación, se puede decir que sus relaciones significativas entre situación – problema y la reestructuración cognitiva es inadecuada.

Se encontró una relación significativa entre el sexo, escolaridad y estado civil de los participantes y la utilización de la estrategia de evitación de problemas. En concreto, y teniendo en cuenta la pre y pos prueba, se encontraron relaciones significativas inadecuadas de las variables ya mencionadas, puesto que muestran un desadaptado afrontamiento al manifestar negación y evitación de pensamientos y actos relacionados con el acontecimiento estresante.

## Nivel alto

En el nivel alto se encuentran tres estrategias de afrontamiento: apoyo social, retirada social y expresión emocional.

En el apoyo social se observó un incremento del 22% de la pre prueba a la pos prueba, específicamente de los participantes del femenino, los casados muestran también un avance del 20% entre estas dos mediciones, es decir, los participantes lograron asimilar que es importante recurrir a la búsqueda de apoyo emocional con el fin de sentirse seguro y acompañado, y así afrontar la situación de la mejor manera posible.

En cuanto a la retirada social el porcentaje general entre una prueba y otra permaneció igual, es decir, en la pre prueba se recabo que el 67% de los participantes y el 67% en la pos prueba maneja de manera adecuada la estrategia retirada social y el 33% de los casos en la pre prueba y el 33% en la pos prueba ejerce una retirada social inadecuada.

El resultado obtenido en las participantes del sexo femenino éstas tienden a mantenerse presente en la situación estresante, es decir, muestran una conducta desadaptativa al quedarse con amigos, familiares, compañeros y/o con personas asociadas al proceso estresante, causando la prolongación de dicha situación, por otro lado, los participantes del sexo masculino, solteros y con nivel educativo básico muestran una adaptada retirada social.

En lo que respecta a la estrategia de expresión emocional, los resultados obtenidos fueron significativos, puesto que los participantes después de evaluar y autocriticar su actitud durante la situación estresante muestran una expresión emocional coherente en el contexto donde se presenta la situación-problema; en base a los resultado obtenidos se observó que los participantes con una escolaridad a nivel básica y participantes solteros se muestran más expresivos que los participantes con educación a nivel licenciatura.

A continuación se presentan las conclusiones del estudio.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Las presentes conclusiones se derivan de la investigación de campo con una muestra de pacientes internos del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”, misma en la que se utilizó un instrumento de recolección de datos, derivado de este, se realizó un análisis de las variables involucradas.

A continuación se presentan las principales conclusiones:

En la presente investigación destacan, en cuanto a las características generales de los sujetos, que la población más afectada hacia el consumo de drogas son los hombres adolescentes. Este dato coincide con resultados anteriores (Medina-Mora y cols., 1995; Villatoro y cols., 1995 y 1996), en donde son los hombres quienes presentaron más el uso y abuso de sustancias. En relación a este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo de pares y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven hombres y mujeres afecta de diferente manera a estas personas, en la investigación realizada, el 75% de los participantes refirieron que el ambiente sociocultural activo antes y durante su vida de consumo estuvo siempre lleno de familiares, amigos, conocidos adictos aunado a una desintegración familiar y a situaciones emocionales no tratadas.

Desde las pasadas décadas existe una considerable investigación en relación con el tópico de los sucesos vitales y tensiones, mismas investigaciones se han centrado sobre el impacto de la acumulación de estresores sobre varios desórdenes somáticos, psiquiátricos y la disfunción familiar.

Así mismo, se encontró y confirmó que el 75% de los participantes vienen de familias disfuncionales (padres divorciados, violencia intrafamiliar, padres

adictos, abandonados con otros familiares, albergues, entre otras situaciones inestables) con estilos de afrontamiento totalmente cambiantes e inestables, ante esto los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe (1967) afirman que las percepciones que los individuos tienen de sus sucesos vitales vividos pueden ser más significativas que los sucesos mismos. Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje, o por hallazgos ocasionales en una situación de emergencia.

Haciendo énfasis al párrafo anterior, se encontró que el contexto de crianza de los participantes, es distinto con problemáticas similares, de acuerdo a esto podemos definir y conocer que el estilo de afrontamiento ejecutado por estos, depende en gran medida de su perspectiva de vida, personalidad, fortalezas y virtudes, aunado al deterioro cognitivo presente en los participantes como resultado del consumo de sustancias adictivas. En relación a este dato recaudado, Fernández-Abascal, (1997) menciona "Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes"

También a través de dicha investigación se pudo conocer los estilos de afrontamiento más utilizado de manera adecuada e inadecuada por los pacientes del Centro Estatal Contra las Adicciones "CÚSPIDE". Los estilos de afrontamientos más utilizados de manera inadecuada por los participantes fueron dos: la autocrítica y el pensamiento desiderativo, específicamente la estrategia de afrontamiento "autocrítica" se presentó en mayor medida en las mujeres, los solteros y los participantes con nivel académico de licenciatura, estos participantes, específicamente, tienden a ser autocríticos, es decir, se culpan de la situación estresante, lo que les impide tener un afrontamiento adaptativo, con respecto al pensamiento desiderativo, esta estrategia la

utilizan en mayor medida los hombres solteros con escolaridad a nivel licenciatura.

El afrontamiento utilizado a nivel medio por los participantes fue centrado en la resolución problemas, reestructuración cognitiva y evitación de problemas, lo que pone de manifiesto que ellos no han asumido que lo más importante para salir adelante es dirigir todos los esfuerzos a la búsqueda de resoluciones, alternativas, estrategias y reformulaciones positivas para enfrentar la enfermedad adictiva presente.

Así mismo, el afrontamiento más utilizado de manera adecuada por los participantes fueron tres: retirada social, expresión emocional y la búsqueda de apoyo social, este afrontamiento actúa como un elemento positivo ante cualquier evento vital, además es un factor protector importante. Los participantes refirieron que buscaron ayuda de muchas maneras: profesional, de amigos, religiosa, entre otras.

La retirada social es una estrategia que la utilizan más los participantes del sexo masculino, solteros y con un nivel de escolaridad básica.

Lo que respecta a la estrategia de afrontamiento expresión emocional supone que la persona exprese aquellas emociones que está sintiendo en la situación, esta estrategia que la utilizaron con frecuencia los hombres solteros con escolaridad básica.

Referente a la estrategia de expresión emocional, retirada social y búsqueda de apoyo social, cabe destacar que debido al consumo de sustancias

adictivas, el proceso cognitivo presente en los enfermos adictos del Centro Estatal Contra las Adicciones "CÚSPIDE" es bajo, puesto que estas sustancias afectan de manera directa al cerebro, lo que imposibilita al mismo a realizar de



manera objetiva y exitosa una evaluación de la situación y por ende una modificación en las estrategias de afrontamiento, asociado a la inestabilidad emocional y de crianza presente en los participantes. Este dato coincide con lo que menciona (Greenberg, 2009), pues menciona que en su experiencia ha descubierto que los sentimientos desadaptativos, suelen estar relacionados con una o dos de las siguientes imágenes que tenemos de nosotros mismos (en relación a la autocrítica negativa: “no valgo”, “soy débil”, “dependo de los demás”).

Otro punto importante encontrado en la investigación, es la resiliencia la cual puede ser conceptualizada, desde una perspectiva enfocada en las soluciones, como un conjunto de habilidades conductuales (estilo de afrontamiento comportamental), motivacionales (búsqueda de soluciones y de reducción de la evitación y cognitivos (esquemas, creencias centrales y procesamiento de la información) (Inbar, 2004), misma que depende de la autoestima y que puede formar parte de nuestra vida, en cualquier momento que uno lo desee, misma que nos permitirá afrontar de mejor manera las situaciones de nuestro diario vivir. En relación a este párrafo, se señala, el estudio de las relaciones entre lo cognitivo y emocional, la razón y el corazón, ha dado lugar a una nueva forma de entender la capacidad para resolver los problemas con nuestro entorno y con nosotros mismos, culminando en la creación de un concepto denominado Inteligencia Emocional (Salovey y Mayer, 1990).

Por consiguiente y en base a los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis formulada, la cual fue redactada de la siguiente manera: *“El curso- taller “Fomentando mis virtudes” aumentan las estrategias para afrontar las condiciones propias de un adicto en rehabilitación”*, y pone de manifiesto una

nula relación entre las estrategias de afrontamiento durante la pre y pos prueba, puesto que de las 8 estrategias, solo en tres de ellas (apoyo social,

expresión emocional y retirada social), se logró observar un aumento significativo.

En el entendido que el objetivo general de esta investigación era: *“Demostrar que el Curso- taller “Fomentado mis virtudes” aumenta las estrategias de afrontamiento de un adicto en rehabilitación, del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”*. Se puede concluir, que no fue demostrado un aumento en la estrategias, es necesario considerar que el tiempo y periodicidad de ejecución del curso- taller no fue el suficiente para trabajar con los participantes, sumado al estado emocional y físico de los mismo, ya que el 40% de estos tenían menos de una semana de estar internados en dicha institución, lo que resultó en un proceso de desintoxicación con efectos secundarios al medicamento suministrado, y con una nula adherencia al tratamiento de rehabilitación.

A partir de la presente investigación se derivan las siguientes recomendaciones:

A los futuros padres y madres de familia:

Realizar prevención en salud mental a los futuros padres, madres y cuidadores, acerca de problemáticas como el estrés, que eventualmente pueden afectar de manera negativa los estilos de crianza y generar agresividad, baja autoestima, rechazo entre otras consecuencias, lo que

deriva en un inadecuado desarrollo emocional y social de los hijos durante la infancia y que nos permite tener una pauta de lo que será su vida adulta.

Sensibilizar a los padres, madres y cuidadores sobre el rol y responsabilidad en la ejecución del desarrollo y la influencia de los modelos en la familia para el desarrollo de competencias sociales, así mismo para facilitar y generar conductas prosociales en la infancia.

Dotar al infante de valores, normas, comunicación, y estrategias de afrontamiento que faciliten el desarrollo adecuado durante la infancia.

A familiares de enfermos adictos:

Acudir a un grupo de autoayuda AL-ANON (en este grupo de autoayuda van familiares de enfermos adictos a compartir experiencias vividas con su familiar adicto), para poder lograr el desprendimiento sano de la codependencia.

Iniciar proceso terapéutico con profesionista en la materia, con el objetivo de generar un soporte emocional y de cerrar ciclos inconclusos con su familiar enfermo.

Aprender a generar conductas orientadas a que la responsabilidad de mantener la abstinencia es del familiar recuperado, y a permitir que viva sus

consecuencias, además de mantener límites y evitar recaer en la codependencia.

A los estudiantes de psicología:

Retomar este estudio considerando otras variables, cómo, duración del proceso de abstinencia una vez fortalecida y modificada las estrategias de afrontamiento, así como también la percepción de cambio en pacientes adictos en función del proceso terapéutico.

Utilizar la información para implementar nuevos programas de intervención dirigidos a aumentar las estrategias de afrontamiento.

Personal del Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”.

Gestionar a nivel gubernamental recursos con el fin de llevar a cabo nuevas investigaciones, referente al proceso adictivo.

Gestionar nuevos Centros de Rehabilitación en Adicciones, para tener mayor cobertura a nivel estatal, y así poder brindar la atención médica y psicológica a más enfermos adictos y a sus familiares.

Analizar la posibilidad de incluir como parte del tratamiento terapéutico, el curso- taller: “fomentando mis virtudes” de manera regular y con más horas

de duración a los pacientes internos de dicha institución, con el objetivo de proporcionar herramientas y hacer más enriquecedor su proceso de rehabilitación.

Dar continuidad y profundizar a esta investigación con nuevas muestras y nuevas variables.

Continuar la búsqueda de otros programas para ayudar integralmente a los adictos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila, R. (1993). *Síntesis experimental del comportamiento (2° ed.)*. Bogotá: Planeta.

Becoña, E., Pedrero, E. y Casete, L. (2007). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bisquerra, R. (2003). *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. Revista de Investigación Educativa (RIE), 21.

Branden, N. (1998). *Cómo mejorar su autoestima*. España: Paidós.

Castro, A. (2010). *Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva*. Buenos Aires. Paidós: Fundamentos de Psicología Positiva.

Carver., Scheier. y Weintraub. ( 1989 ). *Evaluación de las estrategias de afrontamiento*: Revista de Personalidad y Psicología Social.

Echeburua, E. (1999). *Adicciones sin drogas* Bilbao: Desclee de Brouwer

Ellis, A. (1992). *Terapia racional - emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. España: Desclee de Brouwer. S.A.

Everly, G. (1989). *Una Guía Clínica para el Tratamiento de la respuesta al estrés humano*. Nueva York : Plenum Press .

Folkman, S. y Lazarus, R. S. "A Analysis of Coping in Middle Aged Community Sample", en Journal of Health and Social Behavior, n.º 21, 1980, pp. 219 - 239.

Goleman, D. (2001). *Inteligencia Emocional: Kairós*.

Gossop. (1989). *Recaída y Comportamiento adictivo*. Londres: Routledge

Greenberg, L. (2002). *Terapia centrada en la emoción*. Washington DC: Asociación Americana de Psicología.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2000). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Inbar, J. (1996). *Integración de la Terapia Grupal Sistémica y Cognitiva Conductual Grupal en la Fomentación de la Resiliencia Psicológica*. Congreso Israelí de Trabajo y Terapia Grupal.

Inbar, J. (2004). *Aspectos selectos en el desarrollo de la Resiliencia, desde una perspectiva de la psicología positiva enfocada en las soluciones*. Buenos Aires: Vergara.

Inbar, J. (2006). *El Desarrollo de la Resiliencia individual y familiar. La Integración del Acercamiento Sistémico y Cognitivo Conductual*. Buenos Aires.

Lazarus, R. S. (1991). *Estrés y Emoción. Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud*. España, Bilbao:Desclée de Brouwer.

López, A. y Becoña, E. (2006). *Consumo de Cocaína y Psicopatología Asociada: una revisión*. *Adicciones*, (18) 2, 161-196.

Mayer, J. y Salovey, P. (1997). *La inteligencia de la inteligencia emocional*. Manual de la inteligencia emocional. Nueva York : Basic Books .

Melillo, A. y Suarez, E. (2001). *Resiliencia, Descubriendo las propias Fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas un caso para la acción*. Washington: PAHO. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&SP.pdf>

Palmero, F. y Fernández, A. (1999). *Emoción y salud*. Barcelona: Ariel.

Papalia, D. y Wendkos Olds, S. (1996). *Psicología*. México: McGraw-Hill.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction*. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Taylor S. E. (2003). *Psicología de la Salud*. Boston: McGraw-hill International.

Valiante, G. (2000). *Escribiendo La autoeficacia*. Una perspectiva del desarrollo. Atlanta: Universidad de Emory.

Velasco, J. (2007). Ministerio de Salud. *Plan Estratégico Nacional 2007-2011. Versión actualizada 2009-2011*. Lima: Perú. Recuperado de: [http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13309/PLAN\\_13309\\_Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20-%20PEI\\_2010.pdf](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13309/PLAN_13309_Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20-%20PEI_2010.pdf)

Vera, B. (2006). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27, pp. 3 - 8.

# ANEXOS



## ANEXO 1. CARTAS DESCRIPTIVAS

<p><b>Nombre del taller:</b> “Fomentando mis virtudes”.</p> <p><b>Tipo del curso del evento:</b> Curso- Taller.</p> <p><b>Responsable:</b> Jazmín del Ángel Wood Casas.</p> <p><b>Objetivo:</b> Proveer de conocimientos y estrategias a los pacientes internos de la clínica estatal contra las adicciones “CÚSPIDE”, con el fin de que identifiquen los elementos básicos que les permitan adoptar estrategias de afrontamiento exitosas durante su proceso de rehabilitación.</p>	<p><b>Dirigido a:</b> Pacientes toxicómanos.</p> <p><b>Duración:</b> 2 sábados y 2 domingos.</p> <p><b>Horas:</b> 4 y 5 horas. Cada uno.</p> <p><b>Lugar:</b> Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”.</p> <p><b>Cupo:</b> 25 personas.</p>
--	--

TIEMPO	TEMAS Y	OBJETIVO PARTICULAR	TECNICA DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDADES		MATERIAL DIDÁCTICO / EQUIPO	EVALUACIÓN
	SUBTEMAS			FACILITADOR	PARTICIPANTE		
60 Min.	Apertura	Al término de la sesión los participantes se conocerán entre sí y ubicarán el objetivo general del curso-taller, los temas que se abordarán, así como expondrán sus expectativas con respecto al curso, responderán la evaluación diagnóstica.	Exposición:  Dinámica de “rompe hielo: Barberos”.	Se procede a realizar la dinámica de rompe hielo, se dará la instrucción donde cada persona tiene que escribir en una hoja grande su nombre y algunos detalles de sí (edad, gustos, frases, etc... lo que quieran). Se le coloca delante del pecho, posterior a esto se explica el objetivo general, así	Escucha y participa activamente durante las actividades de la dinámica de rompe hielo, pasa a la pizarra o expresa verbalmente sus expectativas y a la forma en que se compromete con el curso y contesta la evaluación diagnóstica.	-Lap top -Cañón -Pizarra -Plumones de colores para pizarra -Hojas blancas	

			<p>Hojas de expectativas del curso.</p> <p>“ Evaluación diagnóstica”</p>	<p>como la temática a desarrollar también se escuchan las expectativas de cada uno sobre el curso aplicar la evaluación diagnóstica.</p> <p>Facilitador sondeas las expectativas del curso.</p> <p>Aplica la evaluación diagnóstica</p>	<p>Contesta las expectativas del curso.</p> <p>Contesta la evaluación diagnóstica</p>	<p>-hojas de “expectativas del curso”</p> <p>- hojas de: “evaluación diagnóstica”</p>	
<b>45 Min.</b>	Estilos de afrontamiento, las virtudes y sus fortalezas.	Permitir que los pacientes conozcan e identifiquen los estilos de afrontamiento, las 6 virtudes y sus fortalezas.	Expositiva / Participación	Se expondrán detalladamente y mostrarán videos con el fin de ejemplificar los temas antes mencionados	Los participantes que así lo deseen participarán expresando que entienden por afrontamiento, virtudes o fortalezas; al igual participarán compartiéndonos alguna experiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lap top</li> <li>-Cañón</li> <li>-Bocinas</li> <li>-Diapositivas</li> <li>-Videos</li> </ul>	

					relacionada con los temas antes mencionados.		
<b>30 Min.</b>	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	
<b>75 Min.</b>	Estilos de afrontamiento  (Parte vivencial)	Identificar y contactar a través de la dramatización que estilo de afrontamiento utiliza la mayoría de las ocasiones y modificarlo a uno más adecuado.	Dinámica "Identificándome conmigo mismo"	Los participantes tendrán que pasar del lado izquierdo al derecho otro realizando diferentes movimientos.  Se agruparán en equipos de 4 y se les entregará a cada equipo un estilo de afrontamiento distinto para que lo lean y lo dramaticen en equipo, a través de alguna vivencia en relación al consumo.	Cada participante deberá buscar y ejecutar un modo especial para poder cruzar de derecha a izquierda.  Se agruparán en equipos de 4 integrantes, deberán ponerse de acuerdo y comentar alguna situación donde han presentado ese estilo de afrontamiento para ejemplificarlo a través de una dramatización.  Finalmente expresarán de qué se dieron cuenta y en cuál sería el estilo de	-Música  -Hojas con los estilos de afrontamiento  -Hojas blancas y de colores  -Plumones  -colores  -Lapiceros	

					afrontamiento que elegirían para obtener un resultado más positivo.		
<b>55 Min.</b>	Fortalezas y virtudes personales  (Parte vivencial)	Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con las que cuentan, para afrontar los diversos sucesos vitales.	Dinámica “Descubriendo mi FODA”	El facilitador dará la instrucción a los participantes la cual consistirá en que cada participante hará un inventario de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que considera presenta al momento de llevar a cabo, o de afrontar los sucesos vitales de su vida.  Posteriormente se les invitará a que cada participante pase a compartir su trabajo.	Cada participante representará a través de un inventario cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que considere que presenta al momento de afrontar o solucionar los sucesos vitales.  Luego, uno a uno, irán explicando al resto de compañeros qué es lo que han escrito.	-Hojas blancas  -Colores  -Lapiceros  -Marcadores de colores  -Música de fondo.	
<b>20 Min.</b>	Fortalezas y virtudes personales	Practicar las fortalezas a través de la ejecución de la visita de gratitud.	Dinámica	Se invitará a los participantes a tomar una postura	Los participantes tomarán una postura cómoda e iniciar a	-Hojas blancas y de color.	

	(Parte vivencial)		<p>“Visita de gratitud”</p>	<p>cómoda e iniciar y hacer consciente su respiración. Invitarlos a que traigan recuerdos agradables de alguna persona que haya hecho algo bueno por ellos y comiencen a permitirse sentir nuevas sensaciones al respirar, después volver a retomar a la persona que hizo algo bueno por ellos y que ellos no hayan agradecido. Finalmente se contará del 10 al 1 y se les pedirá que al escuchar el 1 comiencen a incorporarse al aquí y ahora, abran su ojos y tomen postura cómoda. Y para terminar la actividad escribirán una carta agradeciendo lo que no hicieron antes con esa persona.</p>	<p>hacer consciente su respiración. Traerán un recuerdo agradable de alguien que haya realizado algo muy bueno en la vida de ellos, y comenzarán a darse la oportunidad de sentir nueva sensaciones al respirar. Al escuchar el número 1 comenzarán a incorporarse nuevamente a la actividad, abrirá sus ojos. Finalmente se les invitará que realicen una carta para la persona con la que están agradecida. Se invitará a 4 personas que quieran compartir su carta de gratitud.</p>	<p>-Música relajación</p> <p>-Aromatizador</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Colores</p> <p>-Toalla</p> <p>-Aromatizador</p>	
--	-------------------	--	-----------------------------	---	--	--	--

<b>15 Min.</b>	Cierre	Desarrollar la introspección de cada uno de los participantes al término de las dinámicas.	Dinámica “la red”	Se les invitará a comentar cómo se sintieron antes, durante y al finalizar el taller.	Cada participante pasará al frente y expresará cómo se sintieron antes, durante y al finalizar el taller.	-Música de relajación  -Aromtizador	

<p><b>Nombre del taller:</b> “Fomentando mis virtudes”.</p> <p><b>Tipo del curso del evento:</b> Curso- Taller.</p> <p><b>Responsable:</b> Jazmín del Ángel Wood Casas.</p> <p><b>Objetivo:</b> Proveer de conocimientos y estrategias a los pacientes internos de la clínica estatal contra las adicciones “CÚSPIDE”, con el fin de que identifiquen los elementos básicos que les permitan adoptar estrategias de afrontamiento exitosas durante su proceso de rehabilitación.</p>	<p><b>Dirigido a:</b> Pacientes toxicómanos.</p> <p><b>Duración:</b> 2 sábados y 2 domingos.</p> <p><b>Horas:</b> 4 y 5 horas. Cada uno.</p> <p><b>Lugar:</b> Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”.</p> <p><b>Cupo:</b> 25 personas.</p>
--	--

TIEMPO	TEMAS Y	OBJETIVO PARTICULAR	TECNICA DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDADES		MATERIAL DIDÁCTICO / EQUIPO	EVALUACIÓN
	SUBTEMAS			FACILITADOR	PARTICIPANTE		
15 Min.	Apertura	Lograr la atención cerebral, el manejo de estrés y una mayor concentración en las actividades a realizar.	Dinámica de Gimnasia cerebral “tensor y destensar”	<p>Se les dará a los pacientes la instrucción de sentarse en una silla, con una postura cómoda, columna recta y sin cruzar las piernas.</p> <p>Primero se les pedirá: - Tensor los músculos de los pies, junta los talones, luego las pantorrillas, las rodillas, tensor la</p>	<p>Los participantes deberán sentarse en una silla, adquiriendo una postura cómoda, con la columna recta y sin cruzar las piernas.</p> <p>Posteriormente el participante irá realizando lo siguiente:</p> <p>Primero: - Tensor los músculos de los pies, junta los talones,</p>	<p>-Silla para cada participar.</p> <p>-Música Mozart.</p>	



				<p>parte superior de las piernas.</p> <p>Segundo : - Tensar los glúteos, el estómago, el pecho, los hombros.</p> <p>Tercero: - Aprieta los puños, tensa tus manos, tus brazos, crúzalos.</p> <p>Cuarto: - Tensa los músculos del cuello, aprieta tus mandíbulas, tensa el rostro, cerrando los ojos, frunciendo tu ceño, hasta el cuero cabelludo</p> <p>Quinto: - Una vez que éste todo tu cuerpo en tensión, toma aire, reténlo diez segundos y mientras cuentas tensa al máximo todo el cuerpo.</p> <p>Septo: - Después de diez segundos exhala</p>	<p>luego las pantorrillas, las rodillas, tensa la parte superior de las piernas.</p> <p>Segundo : - Tensar los glúteos, el estómago, el pecho, los hombros.</p> <p>Tercero: - Aprieta los puños, tensa tus manos, tus brazos, crúzalos.</p> <p>Cuarto: - Tensa los músculos del cuello, aprieta tus mandíbulas, tensa el rostro, cerrando los ojos, frunciendo tu ceño, hasta el cuero cabelludo</p> <p>Quinto: - Una vez que éste todo tu cuerpo en tensión, toma aire, reténlo diez segundos y mientras cuentas tensa al máximo</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

				el aire aflojando totalmente el cuerpo.	todo el cuerpo. Septo: - Después de diez segundos exhala el aire aflojando totalmente el cuerpo.		
<b>30 Min.</b>	“ La Resiliencia, como un factor importante en la rehabilitación”	Mostrar a los participantes el concepto de la resiliencia y la importancia del mismo en la rehabilitación y así como una nueva visión de vida.	Expositiva / Participativa	Se expondrá el concepto de resiliencia y las características que influyen en la misma: para ejemplificar se mostrará un video y leerá una lectura reflexiva.	Los participantes que así lo deseen definirán de acuerdo a sus experiencias que entienden por resiliencia y compartirán alguna experiencia relacionada con el tema.	-Diapositivas -Lap top -Cañón -Bocinas -Video -Lectura reflexiva	
<b>45 Min.</b>	“ La Resiliencia, como un factor importante en la rehabilitación”  (Parte vivencial)	Que los participantes identifiquen sus capacidades y potencialidades, para responder ante una situación de riesgo para su salud.	Dinámica “Trasapando fronteras”	Se les leerá una situación en dónde se haga mención de algunas situaciones de estrés, ansiedad y enojo, dentro y fuera de la clínica que podría desencadenar la decisión de darse	Los participantes responderán de acuerdo a la lectura leída qué reacción consideran experimentarían ante la situación. Después deberá describir de qué	-Hojas blancas -Lápiz -Historia (ejemplo)	

				<p>de baja en dicha institución, al no manejar de manera adecuada las emociones.</p> <p>Proponer que analicen una situación externa para afrontarla con resiliencia</p>	<p>manera efectiva podría afrontar dicha situación.</p> <p>Finalmente para concluir la actividad cada participante elegirá una situación externa que les ocasione mucha ansiedad, enojo, etc. y que ellos deseen trabajar a través de la resiliencia.</p> <p>Reflexionar y contestar cuál sería su actitud utilizando los conocimientos en resiliencia.</p>		
<b>20 Min.</b>	<p>“ La Resiliencia, como un factor importante en la rehabilitación”</p> <p>(Parte vivencial)</p>	<p>Ejercitar habilidades para para la toma de decisiones en relación a los riesgos que conllevan.</p>	<p>Dinámica: “ Aprendiendo a tomar decisiones”</p>	<p>Se les dará un lista con de riesgos y decisiones, y se les pedirá que contesten cuál sería el resultado de tomar una decisión</p>	<p>El participante debe escribir en la lista de riesgos y decisiones, cuál sería el resultado de tomar una decisión adecuada e inadecuada.</p>	<p>-Hoja de riesgos y decisiones</p> <p>-Lápiz</p> <p>-Borrador</p>	

				adecuada o inadecuada.	Pasar al frente o desde su lugar compartir 3 respuestas o su reflexión de cómo resolverá esta situación.		
<b>30 Min.</b>	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	
<b>95 Min.</b>	Resiliencia (Parte vivencial)  Apoyo social	Permitir que los pacientes puedan darse cuenta de los factores positivos que utilizaban cuando eran niños y los activen para enfrentar la adicción, al igual será importante identificar los factores negativos que han opacado y no han permitido que fluya ese niño interior, a través del mejoramiento de su mundo interno para así mejorar la relación con el mundo exterior, con la ayuda de las	Dinámica  “Sanando mi niño interior”.	Se les dará la instrucción de comenzar a mover el cuerpo, las manos, pies, cabeza, al ritmo de la música.  Posteriormente se les dará la instrucción de colocarse en parejas, una vez ya en parejas se le dirá que recuerden alguna travesura, qué pasó y de qué manera resolvieron dicha travesura. Las parejas se nombrarán como A y	Bailarán al ritmo de la música, moverán manos, pies, cabeza, codo, todo el cuerpo al ritmo de la música.  Cada participante se colocará en pareja, después recordará y expresará alguna travesura realizada en la infancia, qué pasó y de qué manera resolvió dicha situación.  se nombran como A y B, primero narra A y después B.	-Música  -Bocinas	

		diferentes sensaciones que percibe en su cuerpo.		<p>B, primero narra A y después B.</p> <p>Una que ya narraron la travesura, tanto A como B, deberá identificar dentro del relato de B que habilidades, virtudes y fortalezas presentó para salir y resolver la situación; primero lo realiza B y después A hará lo mismo con su compañero B.</p> <p>Posteriormente en pareja expresarán las virtudes, habilidades y fortalezas de su compañero A y B. Cada uno de ellos dirá si sigue utilizando esas virtudes, habilidades y fortalezas y cuáles ya no.</p> <p>Finalmente se les pedirá que se sienten en círculo, juntos de manera</p>	<p>Cada uno identifica dentro del relato de B qué habilidades, virtudes y fortalezas presentó para salir y resolver la situación; primero lo realiza B y después A hará lo mismo con su compañero B.</p> <p>Expresan las virtudes, habilidades y fortalezas de su compañero A y B. Cada uno de ellos dirá si sigue utilizando esas virtudes, habilidades y fortalezas y cuáles ya no.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

				que entre todos se sostenga, y se iniciará con la relajación guiada por el facilitador.			
<b>45 Min.</b>	Resiliencia (Parte vivencial)	Permite entender al otro, cambiar la percepción del acto del otro.	Carta del perdón (técnicas taller)	Se les dará la instrucción a los participantes de realizar una carta hacia su mamá, en la cual expresarán la falta que nos hizo cuando fueron niños, al igual expresarán que la perdonan y la razón de dicho perdón, si así lo desean podrán entregar la carta a su mamá, no es obligatorio.	Cada participante realizará una carta hacia su mamá, en la cual expresarán la falta que nos hizo cuando fueron niños, al igual expresarán que la perdonan y la razón de dicho perdón, si así lo desean podrán entregar la carta a su mamá, no es obligatorio.	-Música -Bocinas -Hojas blancas -Lápiz	
20 Min.	Cierre	Afirmar la fortaleza personal de los participantes	Dinámica “El tesoro rescatado”	El Facilitador le recuerda a los participantes que pronto dejarán al grupo y añade que cada individuo se llevará algo de la esencia de los demás.	Reciben un vaso de plástico y después expresen que les gustaría capturar de sus compañeros y con qué se quedan, y entablando contacto visual con esa persona.	-Vaso de plástico -Copa de -Música	

				<p>El Facilitador le da a cada participante un vaso de plástico vacío. Les explica que llenarán simbólicamente la copa con algo de la esencia de los demás. Les pide que vean por todo el cuarto y que decidan qué les gustaría capturar de cada uno de los participantes.</p> <p>El facilitador modela el desarrollo diciendo (por ejemplo): "Juan, quisiera capturar algo de tu sensibilidad para los demás".</p> <p>El Facilitador los anima a mantener un contacto visual mientras están en comunicación.</p> <p>El Facilitador guía un</p>	<p>Los participantes continúan el desarrollo, enfocándose en los compañeros diciéndole a ese individuo lo que les gustaría tomar de él.</p> <p>Así se continúa hasta que cada uno de los participantes ha pasado como voluntario.</p> <p>Al terminar de decir con que capturaron de cada participante y del facilitador si así lo desean expresarán que capturan del taller de resiliencia.</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--

				proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.			
--	--	--	--	---	--	--	--

<p><b>Nombre del taller:</b> "Fomentando mis virtudes".</p> <p><b>Tipo del curso del evento:</b> Curso- Taller.</p> <p><b>Responsable:</b> Jazmín del Ángel Wood Casas.</p> <p><b>Objetivo:</b> Proveer de conocimientos y estrategias a los pacientes internos de la clínica estatal contra las adicciones "CÚSPIDE", con el fin de que identifiquen los elementos básicos que les permitan adoptar estrategias de afrontamiento exitosas durante su proceso de rehabilitación.</p>	<p><b>Dirigido a:</b> Pacientes toxicómanos.</p> <p><b>Duración:</b> 2 sábados y 2 domingos.</p> <p><b>Horas:</b> 4 y 5 horas. Cada uno.</p> <p><b>Lugar:</b> Centro Estatal Contra las Adicciones "CÚSPIDE".</p> <p><b>Cupo:</b> 25 personas.</p>
--	--



TIEMPO	TEMAS Y	OBJETIVO PARTICULAR	TECNICA DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDADES		MATERIAL DIDÁCTICO / EQUIPO	EVALUACIÓN
	SUBTEMAS			FACILITADOR	PARTICIPANTE		
15 Min.	Apertura	Conectar todos los circuitos de energía del cuerpo y relajar antes de iniciar las actividades.	Dinámica de Gimnasia cerebral "El gancho de Cook"	Pedir que de pie crucen un tobillo sobre el otro; luego se pide que lleven los miembros superiores al frente, crucen las muñecas, giren los antebrazos (pronación) hasta que se entrelazan los dedos y se flexionan los codos hasta que las manos se apoyen en el pecho; con los ojos cerrados, se hacen 5 respiraciones	Los participantes deberán de ponerse de pie para realizar ésta dinámica, iniciarán por cruzar un tobillo sobre el otro; luego deben llevar los miembros superiores al frente, cruzar las muñecas, girarlos antebrazos (pronación) hasta que se entrelazan los dedos y flexionar los codos hasta que	-Música para relajar  -Aromatizador	

				<p>profundas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se abren los pies al ancho de los hombros, las manos se juntan en las yemas de los dedos y se sigue respirando profundamente.</li> </ul>	<p>las manos se apoyen en el pecho; con los ojos cerrados, realizar 5 respiraciones profundas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir los pies al ancho de los hombros, las manos se juntan en las yemas de los dedos y siguen respirando profundamente.</li> </ul>		
<b>65 Min.</b>	<p>Autoestima y autoconcepto</p> <p>(Parte vivencial)</p>	<p>Identificar los logros que ha tenido a lo largo de su vida, sus cualidades y los esfuerzos realizados.</p>	<p>Dinámica: “Árbol de la autoestima”</p>	<p>Se les pedirá que dibujen un árbol grande, en las ramas anotarán los logros y éxitos que han tenido durante su vida, en el tallo el nombre y en la raíz sus cualidades.</p>	<p>El participante deberá recordar sus logros, éxitos y cualidades presentes durante su vida y qué sentimientos han experimentado en estas situaciones.</p>	<p>-Folio</p> <p>-Lápiz</p> <p>-Colores</p> <p>-Plumones</p>	
<b>45 Min.</b>	<p>Autoestima y autoconcepto</p> <p>(Parte vivencial)</p>	<p>Ayudar a comprender diferentes perspectivas de un problema o conflicto.</p>	<p>Dinámica: “Aprendiendo a aceptarnos”</p>	<p>Se les entregará hojas con actividades y se les dará la instrucción de contestar de acuerdo</p>	<p>Los participantes deberán contestar de acuerdo a sus perspectivas las hojas de actividades</p>	<p>-Lápiz</p> <p>-Actividades</p>	

				a sus perspectivas y al final se pondrán por parejas, eligen distintas situaciones de las hipotéticas presentadas en las hojas, así como las dos reales del final, y las representan.	y al final se pondrán por parejas, eligen distintas situaciones presentadas en las hojas, deberán representar las dos reales del final. Al final, cada uno de los actores dirá cómo cree se debe haber sentido la otra persona.		
<b>30 Min.</b>	Autoestima y autoconcepto	Conocer qué es la autoestima y el autoconcepto e identificar nuestra autoestima en las experiencias cotidianas.	Expositiva / Participativa	Se expondrá el concepto de autoestima y el autoconcepto y se mostrará un video para ejemplificar.	El participante compartirá su concepto de autoestima y autoconcepto en base a sus experiencias.	-Lap top -Cañón -Diapositivas -Bocinas -Video	
<b>30 Min.</b>	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	
<b>35 Min.</b>	Autoestima y autoconcepto (Parte vivencial)	Reflexionar sobre lo que afecta la autoestima.	Dinámica: "Factores negativos y positivos de mi autoestima"	Se entregará a cada participante una hoja, se le dirá que esa hoja representa su autoestima.	El participante deberá escuchar con atención los factores negativos que han mermado su autoestima y	-Hoja blanca -Hoja con frases -Lápiz	

				<p>Se leerá en voz alta unos sucesos que pueden dañar o que dañaron su autoestima. Después de cada frase, los participantes arrancarán un trozo más o menos grande de papel según la proporción de su autoestima que ese suceso quitó. Se hace luego lo mismo pero, al revés, juntando los trozos a medida que leen una lista de sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima.</p>	<p>después de cada frase arrancar un trozo de la hoja y de igual manera los aspectos positivos que influyen para volver a construir y recuperar la autoestima.</p>		
<b>40 Min.</b>	Autoestima y autoconcepto	Explorar cómo se ven ahora y en el futuro.	Dinámica: “ Formando mi presente y mi futuro”	<p>Se les dará la instrucción de realizar 2 collages con las revistas y dibujos que representen cosas de sí mismo y de su futuro y el cumplimiento de metas.</p>	<p>Deberán realizar dos collages, uno donde plasmen cosas de sí mismos y de su futuro. Cada participante deberá reflexionar al final sobre qué papel juega en el presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revistas</li> <li>-Pegamento</li> <li>-Hojas</li> <li>-Colores</li> <li>-Lápiz</li> </ul>	

		Conocer si su autocrítica es positiva o negativa de acuerdo a los aspectos de su vida.	“Conociendo mi autocrítica”	Se le dará una hoja con oraciones incompletas mismas que deberán contestar con lo primero que se les venga a la cabeza.	y el papel del entorno en el cumplimiento de las metas.  El participante deberá contestar con lo primero que se le venga a la cabeza la hoja de oraciones que se le entregará.	-Hoja de actividad  -Lápiz	
<b>30 Min.</b>	Autoestima y autoconcepto	Reestructurando mis pensamientos y actitudes a través de frases positivas.	Dinámica: “ Reforzando mis sentimientos “	Se le pedirá al participante realice una lista de frases que hablen bien de ellos mismos.	Realizar lista de 10 frases y posteriormente cada participante compartirá dos frases.	-Hojas blancas  -Lápiz  -Colores	
<b>15 Min.</b>	Cierre  “ Al aceptarme, acepto mi naturaleza”	Fomentar un clima de confianza y de agradecimiento consigo mismo y con los demás.	Dinámica	Se dará la instrucción de formar dos filas con la misma cantidad de participantes.  Formarán un túnel, y la actividad será en total silencio, el único lenguaje será corporal.	Expresarán muestras de cariño y compañerismo a través de las manos sin emitir ningún sonido.  Posteriormente cada participante dirá como se sintió a recibir las muestras de cariño.	-Música reflexiva.	

<p><b>Nombre del taller:</b> “Fomentando mis virtudes”.</p> <p><b>Tipo del curso del evento:</b> Curso- Taller.</p> <p><b>Responsable:</b> Jazmín del Ángel Wood Casas.</p> <p><b>Objetivo:</b> Proveer de conocimientos y estrategias a los pacientes internos de la clínica estatal contra las adicciones “CÚSPIDE”, con el fin de que identifiquen los elementos básicos que les permitan adoptar estrategias de afrontamiento exitosas durante su proceso de rehabilitación.</p>	<p><b>Dirigido a:</b> Pacientes toxicómanos.</p> <p><b>Duración:</b> 2 sábados y 2 domingos.</p> <p><b>Horas:</b> 4 y 5 horas. Cada uno.</p> <p><b>Lugar:</b> Centro Estatal Contra las Adicciones “CÚSPIDE”.</p> <p><b>Cupo:</b> 25 personas.</p>
--	--

TIEMPO	TEMAS Y	OBJETIVO PARTICULAR	TECNICA DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDADES		MATERIAL DIDÁCTICO / EQUIPO	EVALUACIÓN
	SUBTEMAS			FACILITADOR	PARTICIPANTE		
30 Min.	Apertura	Aprender a manejar y expresar emociones positivas y negativas, transformando y madurando las mismas.	“ Liberando mis cargas negativas y darle paso a las positivas”	El facilitador dará la instrucción a los participantes de hacer un círculo; después se les mencionará que inhalen al levantar los brazos y exhalen al bajarlos, inhalen con un pie enfrente y exhalen con el pie atrás.  Posteriormente se marchará en círculo,	El participante formará un círculo con sus compañeros; después van a inhalar y levantar los brazos y exhalarán al bajarlos, después inhalarán con un pie enfrente y exhalarán con el pie atrás.  Posteriormente se marchará en círculo,	-Música -Aromatizador -	

				<p>dando pisadas fuertes, de tal manera de que los participantes vayan liberando emociones negativas, se darán 3 vueltas; al término de esta marcha, finalmente se les dirá a los participantes que levanten los brazos y al mismo tiempo inhalen y exhalen a través de un grito muy fuerte.</p> <p>Por último se invitará a los participantes a expresar qué sensaciones experimentaron al realizar la dinámica.</p>	<p>dando pisadas fuertes, de tal manera de que los participantes vayan liberando emociones negativas, se darán 3 vueltas; al término de esta marcha, finalmente levantarán los brazos y al mismo tiempo inhalan y después exhalarán a través de un grito muy fuerte.</p> <p>Por último cada participante expresará que sensaciones experimentaron al realizar la dinámica.</p>		
<b>30 Min.</b>	Desarrollo “Inteligencia emocional “	Exponer a los participantes ¿Qué es la Inteligencia Emocional? ¿Qué son los	Expositiva / Participativa	Se expondrá ¿Qué es la Inteligencia Emocional? ¿Qué son los sentimientos	Los participantes que así lo deseen definirán de acuerdo a sus experiencias	-Diapositivas -Lap top	

		sentimientos y las emociones? Vinculándola con un factor importante para la rehabilitación de los participantes.		y las emociones? para ejemplificar se mostrará un video y leerá una lectura reflexiva.	qué entienden por Inteligencia emocional, y la definición de ellos en cuanto a lo que entienden por sentimientos y emociones.	-Cañón -Bocinas -Video -Lectura reflexiva	
<b>40 Min.</b>	“Inteligencia emocional “  (Parte vivencial)	Identificar en si mismos la capacidad de inteligencia emocional	Dinámica: “Evaluando mí inteligencia emocional”	El Facilitador reparte una copia del Test de inteligencia emocional a cada uno de los participantes.  Después solicita a los participantes que lean detenidamente el test y lo contesten, asegurándose de responder las preguntas en orden. Se les indica que tienen 15 minutos para realizar esta actividad.	Se les repartirán a los participantes una copia del Test de inteligencia emocional.  Deberán leer detenidamente el test y contestar, asegurándose de responder las preguntas en orden.  Tendrán 15 minutos para realizar esta actividad.	- Test de inteligencia emocional.  -Hoja de respuestas Test de inteligencia emocional.	



			<p>Al finalizar el tiempo, se les solicita a los participantes que se reúnan en grupos de tres personas y con base a las respuestas individuales establezcan un diálogo sobre la importancia que tiene la inteligencia emocional en sus vidas.</p> <p>Posteriormente se va a reunir al grupo en sesión plenaria y solicita que un representante de cada equipo presente al grupo sus conclusiones respecto a la importancia de la inteligencia emocional en sus vidas.</p> <p>Finalmente el facilitador dirige un</p>	<p>Los participantes se tendrán que reunir en grupos de tres personas y con base a las respuestas individuales establecer un diálogo sobre la importancia que tiene la inteligencia emocional en sus vidas.</p> <p>Posteriormente se va a reunir al grupo en sesión plenaria y solicita que un representante de cada equipo presente al grupo sus conclusiones respecto a la importancia de la inteligencia emocional en sus vidas.</p>		
--	--	--	---	---	--	--

				proceso para que el grupo analice la importancia del tema e incite a que los participantes reflexionen sobre la forma de aplicar el aprendizaje a su vida diaria.			
<b>40 Min.</b>	“Inteligencia emocional “  (Parte vivencial)	Desarrollar la capacidad de identificar las emociones y sentimientos.	Dinámica: “Descifrando emociones”	El instructor pedirá a los participantes realicen equipos de 4 personas. Posteriormente un participante del equipo platica una situación que le haya creado problema, los demás participantes del quipo lo escuchan e identifican que emoción está experimentado al contar la situación problema.  Posteriormente cada equipo expresará que emoción reflejo	Un participante del equipo expresará una situación que le haya creado problema, los demás integrantes del equipo deberán identificar las emociones presentes en el compañero ante la narración de la situación.  Posteriormente cada equipo expresará que emoción reflejo	-Aromatizador  -Música de fondo  -Hojas de preguntas	

				<p>el compañero al platicar la situación.</p> <p>Finalmente se realizará una actividad con el anterior, cada grupo analiza una emoción: triste, ira, miedo, celos, vergüenza, culpa, gratitud, amor, alegría, tienen que establecer de forma consensuada las respuestas a las preguntas que se les entregarán en unas hojas. Finalmente cada equipo pasará al frente a leer la respuesta de sus preguntas.</p>	<p>el compañero al platicar la situación.</p> <p>Finalmente se realizará una actividad con el anterior, cada grupo analiza una emoción: triste, ira, miedo, celos, vergüenza, culpa, gratitud, amor, alegría, tienen que establecer de forma consensuada las respuestas a las preguntas que se les entregarán en unas hojas. Finalmente cada equipo pasará al frente a leer la respuesta de sus preguntas.</p>		
<b>30 Min.</b>	<p>“Inteligencia emocional “</p> <p>(Parte vivencial)</p>	<p>Reconocer la risa como el principal antídoto contra una vida estresada, angustia y la enfermedad.</p>	<p>Dinámica: “ Jugar a colores y cantar”</p>	<p>El facilitador pedirá que los participantes formen un círculo y darán vuelta, posteriormente el facilitador dirá un color y los participantes</p>	<p>El participante hará un círculo y caminará en el mismo, después buscará entre la ropa de sus compañeros el color nombrado por el facilitador.</p>		

				<p>tendrán que tocar la ropa de algún miembro del grupo que tenga ese color.</p> <p>Después se pondrá música y se les dirá que caminen por toda la sala, los pacientes deberán ir bailando al ritmo de la música, cuando se apague la música deberán abrazarse de 2 en 2, luego 3 en 3, 4 en 4, así sucesivamente hasta que todo el grupo se funda en un “abrazo colectivo”.</p>	<p>Después se pondrá música y los pacientes deberán ir bailando al ritmo de la música, cuando se apague la música deberán abrazarse de 2 en 2, luego 3 en 3, 4 en 4, así sucesivamente hasta que todo el grupo se funda en un “abrazo colectivo”.</p>		
<b>30 Min.</b>	<b>R</b>	<b>E</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	
<b>60 Min.</b>	Clausura	Permitir que el participante haga un recuento de las vivencias experimentadas durante las cuatro sesiones, evalúe cómo llegó, cómo se sintió y cómo se va a través de dibujos.	Dinámica “Evaluación diagnóstica final”	El facilitador le solicitará a los pacientes tomen una postura adecuada, ya sea, que se acuesten o se sienten. Se iniciará una relajación guiada	Los pacientes deberán tomar una postura adecuada, ya sea, que se acuesten o se sienten. Se iniciará una relajación guiada breve para que	-Música relajante -Aromatizador -Toalla	

		Responder la evaluación diagnóstica final.		<p>breve para que analicen cómo llegaron, cómo estuvieron durante los talleres y cómo se van. Posteriormente lo plasmarán en un dibujo.</p> <p>Finalmente contestarán la evaluación diagnóstica final.</p>	<p>analicen cómo llegaron, cómo estuvieron durante los talleres y cómo se van. Posteriormente los participantes plasmarán en un dibujo, pasando cada uno al frente a explicar su dibujo.</p> <p>Finalmente contestarán la evaluación diagnóstica final.</p>	<p>-Hojas de colores y blancas</p> <p>-Colores</p> <p>-Lápiz</p> <p>-Hoja de evaluación diagnóstica</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--