



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Escuela de Psicología Clínica

Tema:

**“DISPOSITIVO GRUPAL FOCALIZADO EN
DEPRESIÓN DIRIGIDO A USUARIOS
ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MUNICIPAL
DE AZOGUES”**

**Trabajo previo a la obtención del título de licenciadas en
psicología clínica**

Autoras:

Carolina Estefanía Idrovo Izquierdo.

Karina Alexandra Parra Luzuriaga.

Director:

Mst. Mario Eduardo Moyano Moyano.

Cuenca-Ecuador

2016

• **DEDICATORIA.**

- Esta tesis va dedicada a Dios quien nos supo guiar por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.
 - A nuestra familia quienes por ellos somos lo que somos, por su apoyo incondicional, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles.

Carolina Estefanía Idrovo Izquierdo.

Karina Alexandra Parra Luzuriaga.

AGRADECIMIENTO

En el desarrollo de este estudio al Magister Mario Moyano por la dedicación, apoyo y acompañamiento en todas las dificultades y aciertos presentados; de la misma manera a los profesores, Magister Sebastián Herrera, Doctor Patricio Cabrera que nos apoyaron de manera positiva brindándonos los cambios necesarios para que nuestro estudio tenga el éxito que obtuvo.

A la Universidad del Azuay, especialmente a las autoridades pertenecientes a la escuela de psicología clínica y a nuestros profesores por proporcionarnos los conocimientos y fomentar en cada una de nosotras la ética fundamental para desarrollarnos como buenas profesionales.

A las autoridades de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ), por el soporte brindado de manera especial al Ing. Jaime Tapia ex Director Administrativo y al Psic. Cl. Marco Cabrera ex Director Técnico por el apoyo incondicional que permitió el éxito de la investigación realizada.

A todas las personas que sin mencionarles estuvieron presentes en esta investigación.

GRACIAS.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
CAPÍTULO1 DEPRESIÓN EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Antecedentes históricos de la depresión.....	4
1.2 Definiciones de la depresión.....	5
1.2.1 Enfoques teóricos de la depresión.....	7
1.2.1.1 Teoría Psicoanalítica.....	7
1.2.1.2 Teoría Conductual.....	8
1.2.1.3 Teoría Cognitiva.....	9
1.2.1.4 Neurociencia de la depresión.....	10
1.2.1.5 Teoría Sistémica.....	11
1.2.2 Criterios, diagnósticos y sintomatología.....	11
1.2.3 Clasificación de la depresión.....	14
1.3 Factores de riesgo y causas de la depresión en adictos a sustancias psicoactivas.....	15
1.4 Comorbilidad: Depresión.....	17
1.5 Tratamiento de la depresión.....	18
1.6 Conclusiones.....	19
CAPÍTULO II SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	21

Introducción.....	21
2.1 Definiciones de sustancias psicoactivas.....	21
2.2 factores de riesgo y comorbilidad.....	23
2.2.1 Factores de riesgo.....	23
2.2.1.1 Edad.....	23
2.2.1.2 Género.....	23
2.2.1.3 Autoestima.....	24
2.2.1.4 Habilidades sociales.....	24
2.2.1.5 Maltrato.....	24
2.2.1.6 Disfuncionalidad familiar.....	25
2.2.1.7 Factor genético.....	25
2.2.1.8 Factor psicosocial.....	26
2.3 Tipos de consumo.....	27
2.3.1 Uso de sustancias psicoactivas.....	28
2.3.2 Abuso de sustancias psicoactivas.....	28
2.3.3 Dependencia de sustancias psicoactivas.....	29
2.3.4 Tolerancia a sustancias psicoactivas.....	30
2.3.5 Síndrome de abstinencia.....	31
2.3.6 Intoxicación por sustancias psicoactivas.....	32
2.4 Consecuencias.....	34
2.4.1 Consecuencias físicas.....	34
2.4.2 Consecuencias psicológicas.....	35
2.4.3 Consecuencias sociales.....	35
2.4.4 Consecuencias familiares.....	36
2.4.5 Consecuencias económicas.....	36

2.5 Clasificaciones.....	36
2.5.1 Alcohol.....	37
2.5.2 Tabaco.....	38
2.5.3 Cafeína.....	38
2.5.4 Cannabis.....	39
2.5.5 Cocaína.....	39
2.5.6 Heroína.....	40
2.5.7 Éxtasis.....	40
2.5.8 Inhalantes.....	41
2.5.9 LSD.....	41
2.6 Depresión y consumo de sustancias.....	42
2.7 Tratamiento.....	43
2.8 Terapia de grupo en pacientes depresivos con el enfoque cognitivo conductual.....	44
2.9 Conclusiones.....	46
CAPÍTULO III DISPOSITIVO GRUPAL FOCALICADO EN DEPRESIÓN EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	47
Introducción.....	47
3.1 Metodología.....	47
3.2 Población.....	48
3.2.1 Criterios de inclusión.....	48
3.2.2 Criterios de exclusión.....	49
3.3 Fases del proceso grupal.....	49
3.3.1 Evaluación.....	50
3.3.1.1 Test de Casullo y Cols.....	50
3.3.1.2 Escala BDI II.....	51

3.3.2 Planificación del grupo focalizado.....	51
3.3.2.1 Objetivo general.....	51
3.3.2.2 Objetivos específicos.....	51
3.3.2.3 Técnicas.....	52
3.3.2.4 Ejecución y aplicación de la propuesta grupal.....	58
3.4 Cierre.....	66
3.5 Conclusión.....	66
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	67
Introducción.....	67
4.1 Análisis de resultados cuantitativos.....	67
4.1.1 Datos sociodemográficos del grupo control.....	67
4.1.2 Datos sociodemográficos del grupo experimental.....	71
4.1.3 Análisis global del grupo control.....	73
4.1.3.1 Análisis global inicial del grupo control.....	73
4.1.3.2 Análisis global final del grupo control.....	75
4.1.4 Análisis global del grupo experimental.....	77
4.1.4.1 Análisis global inicial del grupo experimental.....	77
4.1.4.2 Análisis global final del grupo experimental.....	79
4.1.5 Análisis cuantitativo general del grupo experimental.....	81
4.1.5.1 Avances del test Casullo y Cols.....	82
4.1.5.2 Avances del test BDI II.....	83
4.2 Análisis de resultados cualitativos	83
4.3 Informe final.....	109
4.4 Conclusiones.....	113
Conclusiones generales.....	114

Recomendaciones.....	118
Bibliografía.....	120
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE CUADROS.....	IX
ÍNDICE DE ANEXOS.....	X

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios, diagnósticos de depresión por el CIE 10.....	12
Tabla 2. Criterios, diagnósticos de depresión mayor por el DSM 5.....	12
Tabla 3. Síntomas comunes de la depresión.....	13
Tabla 4. Criterios, diagnósticos del trastorno por dependencia de sustancias según el CIE10.....	29
Tabla 5. Criterios, diagnósticos de un trastorno por abstinencia de sustancias.....	32
Tabla 6. Criterios para el diagnóstico de un trastorno por intoxicación de sustancias.....	33
Tabla 7. Diagnóstico de la escala Casullo y Cols inicial del grupo control.....	73
Tabla 8. Diagnóstico de la escala BDI II inicial del grupo control.....	74
Tabla 9. Diagnóstico de la escala Casullo y Cols final del grupo control.....	75
Tabla 10. Diagnóstico de la escala BDI II final del grupo control.....	76
Tabla 11. Diagnóstico de la escala Casullo y Cols inicial del grupo experimental.....	77
Tabla 12. Diagnóstico de la escala BDI II inicial del grupo experimental.....	78
Tabla 13. Diagnóstico de la escala Casullo y Cols final del grupo experimental.....	79
Tabla 14. Diagnóstico de la escala BDI II final del grupo experimental.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rango de edad del grupo control.....	68
--	----

Figura 2. Género del grupo control.....	68
Figura 3. Estado Civil del grupo control.....	69
Figura 4. Instrucción del grupo control.....	69
Figura 5. Lugar de procedencia del grupo control.....	70
Figura 6. Rango de edad del grupo experimental.....	71
Figura 7. Género del grupo experimental.....	71
Figura 8. Estado Civil del grupo experimental.....	72
Figura 9. Instrucción del grupo experimental.....	72
Figura 10. Lugar de procedencia del grupo experimental.....	73
Figura 11. Diagnóstico general inicial del grupo control test Casullo y Cols.....	74
Figura 12. Diagnóstico general inicial del grupo control test BDI II.....	75
Figura 13. Diagnóstico general final del grupo control test de Casullo y Cols.....	76
Figura 14. Diagnóstico general final del grupo control test de BDI II.....	77
Figura 15. Diagnóstico general inicial del grupo experimental test Casullo y Cols.....	78
Figura 16. Diagnóstico general inicial del grupo experimental test BDI II.....	79
Figura 17. Diagnóstico general final del grupo experimental test Casullo y Cols.....	80
Figura 18. Diagnóstico general final del grupo experimental test BDI II.....	81
Figura 19. Avances del antes y después del grupo experimental en el test Casullo y Cols..	82
Figura 20. Avances del antes y después del grupo experimental en el test BDI II.....	83

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Mejoramiento de capacidades de afrontamiento.....	53
Cuadro 2. Modificación de distorsiones cognitivas.....	54
Cuadro 3. Disminución de síntomas depresivos.....	55
Cuadro 4. Autoestima.....	56
Cuadro 5. Fortalecimiento de relaciones interpersonales.....	57

ÍNDICE DE ANEXOS

Escala de Depresión de Beck (BDI II).....	126
Escala de detección de depresión de Casullo y Cols.....	128
Esquema de registro de participación.....	132
Fotografías por sesión.....	135

RESUMEN:

La presente investigación denominada “Dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a usuarios adictos a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica municipal de Azogues” analiza dicha problemática desde un modelo de terapia grupal con un enfoque cognitivo-conductual. Los temas a tratarse serán desarrollados en base a un estudio cuasiexperimental, en donde la aplicación de la metodología cuantitativa y cualitativa tuvo como objetivo registrar los avances del grupo control y experimental, mediante el uso de instrumentos psicotécnicos como las escalas de Casullo y Cols y BDI-II. Obteniendo resultados satisfactorios en la recuperación notable expuesta en un 83% de los participantes en el grupo experimental, entre aspectos deteriorados como relaciones inter e intrapersonales, autoestima, capacidades de afrontamiento, entre otras.

El estudio fue llevado a cabo en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ), dicho programa de reeducación ingresa a pacientes con adicción a diferentes sustancias psicoactivas que además de esto, padecen enfermedades como ansiedad, depresión entre otros trastornos mentales.

Palabras Claves: depresión, grupo control, grupo experimental, sustancias psicoactivas, terapia cognitivo-conductual, terapia grupal.

ABSTRACT

This research work entitled "*Dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a usuarios adictos a sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica municipal de Azogues*" (Group device focused on depression aimed to psychoactive substances users at the Municipal Therapeutic Community of Azogues) analyzes this problem from a group therapy model based on a cognitive-behavioral approach. The themes covered were developed by means of a quasi-experimental study, where the application of quantitative and qualitative methodology was aimed at recording the progress of the control-experimental group through the use of psychometric instruments such as Casullo and Cols, and BDI-II (Beck Depression Inventory) Scales. The results were satisfactory in the significant recovery of deteriorated aspects in inter-intrapersonal relationships, self-esteem, and coping skills among others, observed in 83% of the experimental group participants. The study was conducted in the Municipal Therapeutic Community of Azogues (COTEMUAZ, as per its Spanish acronym). This rehabilitation program admits patients addicted to various psychoactive substances, and who also suffer from illnesses such as anxiety and depression among other mental disorders.

Keywords: Depression, Control Group, Experimental Group, Psychoactive Substances, Cognitive Behavioral Therapy, Group Therapy.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Con los diversos años de formación obtenidos en las aulas de clases se ha analizado que existen diferentes patologías que están tomando más fuerza en la actualidad, lo que obliga a los profesionales de la salud a buscar diferentes formas de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente de las que han atravesado problemas en su desenvolvimiento cotidiano.

La depresión es considerada como una enfermedad global que perjudica a las personas sin distinguir edad, sexo, status, etc. La mayoría de los individuos han experimentado un episodio depresivo a lo largo de su vida ocasionado por las circunstancias que afectan su estabilidad emocional. Sin embargo, se han evidenciado casos de depresión grave que lamentablemente conllevan al suicidio.

El ingreso al mundo de las adicciones es cada vez más temprano debido a que los jóvenes presentan una mayor accesibilidad al uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, provocando dificultades físicas, psicológicas y sociales. Anteriormente se ha podido comprobar que tanto la depresión como el consumo de sustancias son patologías que están afectando a la sociedad, por diferentes problemáticas como ausencia de las figuras paternas, baja autoestima, déficit en las relaciones inter e intrapersonales, entre otros. Siendo fundamental el estudio de estos trastornos, así como de igual manera la búsqueda de un tratamiento adecuado.

El estudio investigativo tiene como objetivo principal desarrollar un dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas, mediante intervenciones cognitivo-conductual; a través de sesiones grupales que permite abordar a varios usuarios, este tipo de terapia fue escogido por la eficacia obtenida en investigaciones que han tratado las mismas enfermedades, siendo considerado actualmente como la mejor forma de tratamiento para la depresión.

Además de establecer la división del universo en dos grupos el control y experimental como forma de comparar en que agrupación se manifestaron mejores resultados. Para un mayor conocimiento y entendimiento acerca de lo logrado se procedió a la exposición de

cuadros, tablas, conclusiones y recomendaciones que aclaran el inicio, desarrollo y culminación de la terapia.

CAPÍTULO 1.

1. DEPRESIÓN EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Introducción.

Dentro del plano de psicología y psiquiatría, se ha obtenido un profundo conocimiento acerca de los trastornos mentales; sin embargo una de las alteraciones que ha cobrado gran significado es la depresión, que puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, así como de igual manera existe un riesgo que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen. Este trastorno del estado anímico no se presenta del mismo modo en todos los individuos, debido a la intensidad de los síntomas y su duración que puede llegar a variar.

Se han realizado estudios respecto a este trastorno, por lo que existen áreas indispensables para diagnosticar la depresión, tales como síntomas, causas, factores de riesgo, comorbilidad, etiología, entre otros. Grandes personajes de la psicología han dedicado parte de su carrera a investigar acerca de este tema y cada vez se descubren puntos relevantes de la depresión que ayudan a entender el origen y el tratamiento de esta enfermedad.

Beck, Freud, Lewiston, Cols, desde sus corrientes psicológicas; describen a la depresión cómo una disminución del estado del ánimo, pérdida de la motivación para realizar las diferentes actividades, desesperanza, tristeza, insomnio, entre otros., reflejados tanto en hombres como mujeres. Existen diferentes tipos de tratamientos para esta patología según las diversas corrientes psicológicas y la gravedad como esta se presente.

1.1 Antecedentes históricos de la depresión.

La depresión fue considerada en la antigüedad, desde diferentes perspectivas, en principio fue atribuida a la existencia de espíritus que gobernaban a la persona, las cuales padecían este trastorno. Entre los autores que sobresalieron en los inicios de la depresión se encuentran Homero, Plutarco y Areteo, manifestando las principales características y distinguiéndola de otras alteraciones mentales. (Zoch, 2002, p 1).

Hipócrates dio a conocer las primeras conceptualizaciones y generalidades acerca de esta enfermedad, definiéndola como melancolía; sin embargo Galeno perfeccionó dicha teoría, declarando a la melancolía como un resultado de la bilis negra, ya que la misma producía un específico estado emocional, es decir, la locura en sí. Este término se ha mantenido por un determinado tiempo hasta el inicio del renacimiento. (Jiménez, 2002, p 26).

Hasta la Edad Media la depresión fue considerada como un estado de locura, dominando el aspecto psiquiátrico en su tratamiento, no obstante esta afirmación fue rechazada, retomando los conocimientos anteriores.

En el siglo XVII, se decide abandonar la teoría hipocrática de los humores, dando paso a otras investigaciones, en donde se encuentra al médico Thomas Willis, que explica que la melancolía tiene un origen orgánico, situado en el cerebro y corazón. Posteriormente Blackmore utiliza por primera vez el término depresión, aunque este no fue empleado de manera inmediata. Continuando con el manejo del concepto melancolía. (Jiménez, 2002, p 27).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Kraepelin define que la depresión y la manía forman parte de una misma enfermedad, a pesar que se pueden presentar otros tipos de depresión sin la aparición de un trastorno maniaco. Así mismo destaca la clasificación dualista de depresión, de un origen bioquímico y psicógeno. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 168).

En el siglo XX, se investiga a profundidad los mecanismos fisiológicos, bioquímicos y farmacológicos, que intervienen en la depresión; obteniendo un logro acerca de la teoría monoaminas, en el que surge un principal neurotransmisor denominado serotonina como la causa principal de la depresión. (Jiménez, 2002, p 29).

En la actualidad se adopta una posición monista y descriptiva que es aceptada y utilizada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) . (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 169).

A pesar de todas las investigaciones no se ha podido determinar un origen preciso de esta alteración, ya que existen varias causas que provocan la depresión en el individuo, así como la manifestación de diversos factores que se presentan en situaciones significativas a lo largo de la vida. (Zoch, 2002, p 3).

Con el conocimiento establecido de dicho trastorno, se ha definido dos formas de tratamiento para combatir la depresión, como es la psicoterapia y fármacos, empleándose de manera individual o complementaria según la intensidad de esta patología. (Jiménez, 2002, p 42).

1.2 Definiciones de la depresión.

La depresión puede ser definida de diferentes maneras, las cuales tratan de englobar el conocimiento preciso para diagnosticar dicho trastorno, con el paso del tiempo los conceptos acerca de la depresión se han ido perfeccionando según los avances científicos.

“La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio” (OMS, 2016).

“La depresión son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida...” (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 168).

De igual manera la depresión puede ser definida como “una alteración patológica del estado anímico, con un descenso del humor que se convierte en tristeza... que abarca desde un sentimiento normal ante acontecimientos vitales penosos, pasando por la reacción normal frente algunas enfermedades somáticas, agudas o crónicas, hasta diversos grados y formas de la enfermedad depresiva”. (Retamal, 2005, p 37)

Otras de las definiciones que se mencionan es que “el término depresión es una tristeza aumentada de intensidad y o duración, que repercute negativamente en la calidad de vida del que la sufre, que constituye un estado psicopatológico definido (depresión mayor recurrente) o que denota a un grupo de síntomas que pueden pertenecer a otras enfermedades (síndrome depresivo). (Zoch, 2002, p 1).

Según Friedman & Thase (1995), definen a la depresión como “un trastorno del estado de ánimo...se distinguen de los normales en: 1. Intensidad del estado de ánimo 2. Duración 3. Asociación con otras señales y síntomas clínicos y 4. Impacto sobre el funcionamiento del individuo”. (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000, p 418).

Beck (1974) establece que la depresión es la evidencia de los problemas cognitivos que tiene el sujeto en la evaluación de sí mismo, de su mundo y de su futuro (tríada cognitiva). La naturaleza de los problemas de la persona depresiva en esta tríada, según Beck, está relacionada con un pensamiento extremo y de términos absolutos, con el establecimiento de objetivos rígidos y perfeccionistas...La teoría de Beck establece que la depresión no es un desorden afectivo, como podría parecer a primera vista, sino un problema cognitivo. El tratamiento, por tanto ha de llevarse a cabo a ese nivel, a través de una reestructuración del pensamiento erróneo del individuo. (Tyson & Range, 2010).

Por lo tanto la depresión es un trastorno en donde no existe una causa específica que determine su origen y su nivel de gravedad, debido a que se muestra de modo distinta para las personas que lo padecen, de manera que la depresión se presenta como una disminución

del estado anímico, afectando las diversas áreas en las que se desenvuelve el individuo, repercutiendo de modo negativo en su entorno familiar, social y laboral. Si el trastorno depresivo no es tratado a tiempo puede presentarse conductas autolesivas que conllevan a la muerte del sujeto.

1.2.1. Enfoques teóricos sobre la depresión.

Se ha determinado el origen, curso, tratamiento y generalidades de la depresión, a través de las múltiples corrientes psicológicas, que engloban a los principales autores de las mismas, dando mayor importancia y realce al conocimiento acerca de este trastorno. Estos a su vez nos han brindado bases fundamentadas para comprender los hallazgos existentes hasta este momento y de esta manera se continué con las investigaciones de dicha enfermedad.

1.2.1.1 Teoría Psicoanalítica.

Según Mackinnon & Michels (1971), manifiestan que la autoestima en las personas proclives a un trastorno del estado del ánimo depende de un factor afectivo del entorno, sin embargo la separación o ausencia de individuos significativos puede ocasionar una depresión. (Martínez, 2008, p 3).

En los estudios de Poilano-Lorente (1985), declaran que entre los primeros psicoanalistas enfocados en la depresión sobresale Abraham, que brinda un conocimiento e investigaciones profundas acerca de este trastorno, coincidiendo con Freud en ciertas características, describiendo a la depresión como el impacto de la muerte de un familiar o persona amada, disminución del estado anímico y pérdida de interés en su diario vivir, imposibilidad de amar. (Martínez, 2008, p 1).

Por su parte el principal exponente del psicoanálisis Freud, realizó su obra denominada “Duelo y Melancolía”, en la cual explica que el duelo surge del fallecimiento de un ser amado, mientras que la melancolía nace de una pérdida objetal. En donde el objetivo del

tratamiento psicoanalítico se logra a través de la asociación libre y del restablecimiento de las vivencias infantiles negativas. (Martínez, 2008, p 1).

De igual manera Vallejo-Nágera (2005), da a conocer en sus investigaciones que Freud refiere que los estados anímicos depresivos provienen de una causa psicológica, además de actuar como un mecanismo de defensa ante una experiencia negativa. La depresión es vista como una pérdida de un ser querido reaccionando con hostilidad y culpa ante la situación, es decir demostrando una ambivalencia afectiva, en el cual el individuo para protegerse de dichos sentimientos crea un odio hacia sí mismo. (Martínez, 2008, p 2).

Según Freud la pérdida o separación de un familiar cercano en la niñez puede dar como resultado una depresión infantil que al mismo tiempo puede ser un detonante de un cuadro depresivo en la adultez. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 172).

1.2.1.2 Teoría Conductual.

El conductismo enfocado en la depresión utiliza el condicionamiento operante como una intervención terapéutica. De manera que los principales literatos en explicar la depresión fueron Lewinsohn y Cols exponiendo que la principal causa de dicha enfermedad es producto de la disminución de reforzamientos positivos. Varios conductistas afirman que la depresión resulta de la modificación de recompensas que abarca afecto, reconocimiento y estímulos positivos. La meta de la teoría conductual es innovar el esquema de reforzamiento. (Martínez, 2008, p 6).

Otro de los autores que estudio la depresión fue Seligman que propuso la teoría de “La indefensión aprendida” en donde explica que la persona piensa que las dificultades que se le presentan no tienen salida. (Martínez, 2008, p 9).

Halgin y Krauss (2005), en sus publicaciones dan a conocer que Seligman “propone como posible relación entre la indefensión aprendida y la depresión es que en ambas, la apatía y la pasividad son síntomas conductuales. Además, los individuos muestran estas manifestaciones como respuesta a experiencias previas en las que se sintieron impotentes para controlar los eventos que les ocurrían”. (Martínez, 2008, p 9).

1.2.1.3 Teoría cognitiva.

El autor de más relevancia dentro de la terapia cognitiva conductual enfocada en depresión fue Aaron Beck, en donde postula tres conceptos básicos que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad:

- Triada cognitiva. Está centrada en un autoconcepto negativo del sujeto, además de la descripción de las experiencias vividas convirtiéndolas en negativas y conjuntamente se presentan proyecciones desesperanzadoras del futuro.
- Esquemas cognitivos. Dentro de estos se encuentran las actitudes negativas que está desarrollando el individuo, contradiciéndose con los eventos o situaciones positivos que se están presentando en su vida.
- Errores en el procesamiento de información. En este aspecto predomina el pensamiento primitivo, dirigiéndole al sujeto hacia un extremo negativo, teniendo como resultado una desvalorización total. El objetivo de mejorar estos errores es la transformación hacia un pensamiento maduro. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012, pp. 19-23).

Otro aspecto que sobresale es el aporte de varios autores que con sus investigaciones fomentaron el desarrollo de la terapia cognitivo conductual centrada en la depresión. Según Beck (1983), Zenón de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio manifiestan que “las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas”. (Hernández, 2010, p 3).

Según Beck, Teasdale, Sandin & Ramos (1983) manifiestan que dentro del enfoque cognitivo conductual se han generado varias teorías como un medio para el tratamiento de la depresión, las más relevantes están entre:

- Teoría del procesamiento de información. Engloba tres aspectos indispensables cognición, emoción y conducta en los cuales se centra esta teoría. Además el sujeto requiere un proceso de adaptación, acerca de la nueva información que

recibe de sí mismo y de los demás. Pero al mismo tiempo puede provocar un cambio cognitivo que debilite sus emociones y conductas.

- Teoría cognitiva social. Manifiesta que el origen de la depresión radica en como la persona percibe las situaciones positivas y negativas, dando prioridad a las experiencias negativas que puede llegar a generar sentimientos de desesperanza.
- Teoría cognitiva conductual. Esta teoría hace referencia a la explicación del origen de la depresión debido a la existencia de factores ambientales y cognitivos, pues los últimos ejercen influencia en los efectos del ambiente en que se desenvuelve el individuo. (Hernández, 2010, pp. 3-4).

1.2.1.4 Neurociencia de la depresión.

El estudio de la neurociencia de la depresión está basado en las causas que conducen a padecer esta patología, por lo que una de las principales es el factor genético, en donde el riesgo de sufrir depresión está ligado a los antecedentes familiares presentados (primer grado). El origen de esta alteración “se encuentra localizado en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21” (Guadarrama, Escobar & Zhag, 2005, p 2).

Además de la alteración cromosómica se encuentra un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos de la depresión. Se ha demostrado que individuos con una o dos copias de alelo corto del 5-HTT muestran síntomas depresivos, y tendencias suicidas en comparación con eventos estresantes. (Guadarrama, Escobar & Zhag, 2005, p 2).

La fisiopatología de la depresión, puede ser influida por neurotransmisores como 1) serotonina responsable de la actividad cardíaca, alimentación, placer sexual y el período de sueño; 2) noradrenalina que forman parte del locus coeruleus e intervienen en la vigilia y el estrés, de igual manera la carencia de este neurotransmisor conjuntamente con la serotonina genera una psicosis depresiva y 3) dopamina que actúa en el funcionamiento del estado de alerta. Cabe recalcar que la serotonina y la noradrenalina

ejercen su acción en la conducta y función mental, así como la dopamina es responsable de la motricidad. (Guadarrama, Escobar & Zhag, 2005, pp. 2-3).

1.2.1.5 Teoría Sistémica.

Según Micucci (2005), manifiesta que el trastorno depresivo y los intentos de suicidio están estrechamente ligados a los conflictos presentados en el holón familiar, cuyas consecuencias son reflejadas en uno de los miembros de la familia, en donde interviene disfuncionalidades como ausencia de límites y reglas, confusión de roles y falta de comunicación. (Borrero, 2013, p 34).

La depresión ha dejado de ser vista como una patología individual, convirtiéndose en un estudio más complejo y sistémico, es decir, la enfermedad involucra a todos los miembros de la familia. (Borrero, 2013, p 34).

Una de las principales causas, que origina la depresión es la baja cohesión familiar, siendo un factor de riesgo las relaciones disfuncionales con los padres, así como la violencia intrafamiliar, o el estilo de crianza de las figuras de autoridad. (Hoyos, Lemos & Torres, 2012, p 117).

1.2.2. Criterios diagnósticos y sintomatología.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), establece como criterios que “los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo”. (OMS, 1992).

Las manifestaciones que expone el CIE 10 para los síntomas de los episodios depresivos son;

Tabla 1

Criterios diagnósticos de depresión por el CIE 10.

Criterios diagnósticos:
La disminución de la atención y concentración.
La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
Una perspectiva sombría del futuro.
Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
Los trastornos del sueño.
La pérdida del apetito.

Fuente: Organización Mundial de la Salud Ginebra. (1992). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Meditor-López Ibor.

Los criterios diagnósticos que sustenta el DSM V, para el trastorno de depresión mayor son;

Tabla 2

Criterios diagnósticos de depresión mayor por el DSM V.

Criterios diagnósticos:
A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer...
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los

días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales* (5ta ed.) DSMV. Washington, DC: Editorial Panamericana.

Se ha podido identificar los síntomas de la depresión más comunes clasificada en las distintas áreas del sujeto, entre estas podemos nombrar las siguientes;

Tabla 3.

Síntomas comunes de la depresión.

Síntomas de la depresión.

1. Alteraciones emocionales: tristeza patológica, ansiedad, intranquilidad, malhumor.
 2. Alteraciones de pensamiento: dificultad de concentración, desesperanza, ideas de culpa, indecisión, ideas de ruina, preocupación, hipocondría, baja autoestima, ideas de suicidio, pesimismo.
 3. Alteraciones somáticas: sueño, fatiga, apetito, peso, dolores, menstruación, tránsito emocional.
 4. Alteraciones de ritmo: circadiano, menstrual, estacional y ritmos propios.
-

-
5. Alteraciones de comportamiento: llanto, lentificación, agitación y aislamiento.
-

Fuente: Retamal, P. (2005). Definición y síntomas de la depresión. *Enfermedad depresiva: guía para el paciente y la familia*. Chile: Mediterráneo Ltda.

1.2.3. Clasificación de la depresión.

La taxonomía de la depresión, puede variar según la intensidad de los síntomas y la duración de los mismos, entre la clasificación que realiza el DSM V, se determina lo siguiente;

Leve: pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve y grave.

Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral. (APA, 2015, P 188).

Según la sintomatología presentada por el individuo, a la depresión se le puede clasificar, de la siguiente manera:

1. Melancólica: uno de los rasgos que sobresale es la carencia de placer en su diario vivir, un estado anímico diferente a la tristeza que pueden sufrir las personas, insomnio y disminución del peso corporal. Esta clasificación corresponde a la “depresión endógena”.
2. Atípica: la persona responde a un estímulo positivo, generando la misma respuesta asertiva. Tales situaciones pueden mantenerse de acuerdo a la constancia de los mismos. Los síntomas que se manifiestan son aumento del peso corporal,

hipersomnias, molestia corporal y sensación de rechazo en las relaciones interpersonales. Este tipo de depresión es más común en el sexo femenino.

3. Estacional: algunos síntomas depresivos aparecen en determinada época del año, siendo más común en los países en los que existen las cuatro estaciones, especialmente en invierno.
4. Postparto: este tipo de depresión ocurre frecuentemente, en las semanas siguientes al parto de una mujer, debido a factores endócrinos que participan en su desarrollo.
5. Distimia: se caracteriza principalmente por la aparición de los síntomas durante un período de dos años, se distingue de los demás trastornos, porque la patología se presenta de forma leve y a largo plazo. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, pp. 178-179).
6. Trastorno disfórico premenstrual: esta alteración aparece siete días antes de la menstruación en la mujer y desaparece en días posteriores. Entre los síntomas más comunes esta la irritabilidad, cambios de humor, mala concentración, cansancio excesivo, tristeza, etc.
7. Trastorno depresivo debido a otra afección médica: las personas mantienen un desinterés en las actividades acompañado de una disminución del estado anímico. Siendo una consecuencia directa de otra patología. (APA, 2015, pp. 171-180).

1.3. Factores de riesgo y causas de la depresión en adictos a sustancias psicoactivas.

Los factores de riesgo que conllevan a una depresión, son numerosos y se puede revelar de distintas maneras en cada sujeto, los más significativos llegan a ser un nivel educativo inferior, traumas vividos en la infancia, insatisfacción laboral, problemas de salud física y mental, sexo, entre otros. (García, Nogueras & Muñoz, 2011, p 19).

Existe una mayor prevalencia de la depresión en mujeres, presentándose sucesos o factores de riesgo hacia sí misma o a los demás, otro aspecto significativo es que a través de esta patología se puede iniciar problemas hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, la depresión se puede reflejar en mujeres que atraviesan sus primeras etapas de maternidad, demostrando llanto fácil, irritabilidad, disminución en el

interés respecto a los cuidados y necesidades de sus hijos, además sentimientos de culpa al no cumplir con su rol materno. Tal suceso descrito es denominado depresión postparto. (Ministerio de salud [MINSAL], 2013, p 23).

Esto no significa que dicho trastorno no se manifieste en el hombre debido a que se manifiesta en menor grado e intensidad y varias veces se demuestra en el ámbito laboral, por lo que se ha podido observar que las personas que padecen depresión demuestran una insatisfacción laboral, al no cumplir con sus expectativas anheladas, además de no recibir la retribución justa por sus servicios y el impacto de una carta de despedida laboral. (Ministerio de salud [MINSAL], 2013, p 23).

La depresión influye de modo negativo en la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades catastróficas. La presencia de dicha patología conlleva al sujeto a proyectarse hacia una vida sin esperanza, lo que generaba una disminución de su estado anímico y por ende entrar a un cuadro depresivo. Cabe recalcar que la depresión muchas veces acompaña a cualquier enfermedad somática. (Ministerio de salud [MINSAL], 2013, p 24).

Dentro de las causas que ocasionan la depresión, se encuentran las siguientes;

La causa genética que determina a una persona depresiva es elevada, por sus familiares que presentan dicha alteración, debido a que no necesitan gran estimulación negativa del entorno, lo que conlleva a una mayor predisposición de episodios depresivos. (Retamal, 2005, p 23).

Entre una de las causas primarias están los bioquímicos cerebrales, que postulan su teoría acerca de que “un déficit de serotonina es un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que de manera secundaria produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina”. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 170).

Es indispensable recalcar la localización neuroanatómica de la depresión por lo que “tanto la tristeza normal como la depresión, producen dos cambios cerebrales: activación del circuito límbico... y una hipoactividad cortical” (Retamal, 2005, p 28).

Otro aporte indispensable en la depresión, es la adolescencia la cual se ve afectada por problemas comunes como el embarazo no planificado, dificultad en el ámbito escolar, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual y un alto nivel de intentos de suicidio. (De La O, Pimentel, Soto, De La O & Quintana, 2009, p 2).

Además, la ruptura de las relaciones interpersonales están vinculadas con la depresión, sin ser un motivo suficiente para producir tal alteración, no obstante varias personas atribuyen excesiva importancia a los problemas en sus relaciones, lo que genera a tal enfermedad. Diversos casos de separaciones matrimoniales son proclives a entrar al mundo de la depresión y viceversa. (Retamal, 2005, pp. 29-34).

Bowlby en su teoría de los afectos, manifiesta que las personas tienen una capacidad para conseguir afecto, lo que ayuda a un crecimiento individual desarrollándose en un ambiente de seguridad, la pérdida de un familiar puede encaminar a sufrir esta patología, ya que no cuentan con los cuidados básicos y el amor brindado por una figura parental, pero que en ocasiones puede ser ejercido de modo asertivo por sujetos significativas a él. (Retamal, 2005, pp. 29-30).

Al mismo tiempo se evidencia el uso de varias sustancias psicoactivas, que conllevan a una depresión, “hasta el momento existen más de 200 medicamentos que pueden causar depresión pero la mayoría solo lo produce ocasionalmente... la supresión de dichos medicamentos como las anfetaminas pueden producir cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína”. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 172).

1.4 Comorbilidad: depresión.

Cuando el trastorno depresivo se presenta acompañado de otra patología complica de forma severa el pronóstico de la salud mental del paciente ya que el tratamiento

necesario para esto muchas veces no resulta de una manera adecuada. (Aragónés, Piñol & Labad, 2009, p 546).

El DSM V, expone que los trastornos que se encuentran relacionados con la depresión son: “trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad” (APA, 2015, p 168).

La principal patología que es concomitante con la depresión es el trastorno de ansiedad, de modo que puede presentarse varios síntomas propios de este trastorno, como transpiración del cuerpo, además de boca seca, taquicardia, sensación de ahogo, etc. Al mismo tiempo, el consumo de sustancias psicoactivas conlleva a un resultado de padecer depresión y viceversa. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 176).

1.5 Tratamiento de la depresión.

Las dos principales formas de tratamiento de depresión, es la farmacoterapia y sesiones terapéuticas, sin embargo se ha observado que el trabajo complementario produce resultados eficaces. Es fundamental detectar la sintomatología expuesta a corto plazo, para mantener un comportamiento adecuado del paciente, evitando posibles recaídas. (Hall, 2003, p 21).

Pacientes con depresión, cuyo tratamiento está centrado en la farmacoterapia interrumpen su proceso, debido a la creencia de no producir los resultados esperados, es por esto que una persona que padece esta patología necesita la intervención terapéutica, para lograr una motivación adicional continuando con su recuperación. Para lograr un resultado efectivo, se debe dar mayor constancia en las primeras semanas de tratamiento, acompañados de psicoeducación que permita comprender a la persona la enfermedad que presenta y el apoyo del área psiquiátrica cuando se lo requiera. (Hall, 2003, p 22).

Dentro del tratamiento realizado con el paciente, se debe dar paso a un abordaje familiar, explicando cuales son las causas biológicas, factores de riesgo y consecuencias

de esta enfermedad, con el objetivo de brindar apoyo y ser una fortaleza dentro del proceso. Además explicar tanto al paciente como la familia que el tratamiento farmacológico que será suministrado tendrá una larga duración con efectos positivos. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 181).

Se ha podido analizar que “los episodios de depresión no tratados duran de seis a veinte y cuatro meses y solo se alarga más de dos años en 5-10% de los casos. Sin embargo el tratamiento permite acelerar la recuperación y evitar recaídas y recurrencias, evitando que se convierta en un problema crónico”. (Hall, 2003, p 22).

1.6 Conclusiones.

La depresión puede pasar desapercibida, pero es importante comprender que esta es una patología grave que puede llevar a la muerte de las personas que la padecen. Es de gran relevancia conocer las causas y consecuencias de esta enfermedad, con el objetivo de realizar el tratamiento más adecuado evitando consecuencias negativas a largo plazo.

Se puede evidenciar claramente las manifestaciones acerca de esta patología desde las diferentes corrientes psicológicas, cada área es importante para la depresión, es decir, su origen, su proceso y su tratamiento es eficaz para el individuo que atraviesa dicha enfermedad. Además es indispensable la ejecución de un trabajo coordinado conjuntamente con la familia y el paciente, de esa forma aportaremos más apoyo y seguridad al mismo.

Debemos tomar en cuenta que si esta alteración se trata a tiempo y se cumple con todas las recomendaciones que realice tanto el psiquiatra como el psicólogo, el paciente podrá superar de una manera asertiva la depresión. Además podemos anotar que la depresión no vuelve “locas” a las personas que están diagnosticadas con esta patología, sino que se presenta cuando hemos atravesado problemas a lo largo de nuestra vida y cualquier persona la puede padecer.

Como hemos podido observar los estudios acerca de la depresión están avanzando con el paso del tiempo, lo que significa que se podrá tener una solución con mayor eficacia a esta alteración, evitando de esta manera que las personas abandonen el tratamiento por la ausencia de resultados positivos.

Capítulo 2

2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Introducción.

Los estudios acerca de las sustancias psicoactivas se han ido incrementando con el paso del tiempo, debido al aumento de consumo en la sociedad; lo que ha provocado desde cortas edades daños físicos, psicológicos y neurológicos, afectando de manera indirecta a los miembros de la familia. Existen diferentes causas para que se dé inicio al consumo de sustancias psicoactivas por lo que varias personas de cualquier sexo, edad, posición económica, etc., ingresan a este mundo del que muchas veces es imposible salir, ya que dichos sujetos que padecen este trastorno no conocen los efectos negativos que causan en el organismo, utilizándolo como un medio de diversión y para poder ingresar en grupos sociales.

Hemos analizado como ha avanzado el conocimiento de las drogas, primeramente utilizando este término para denominar a numerosas farmacias así como a los medicamentos que se expendían en estos negocios, con el objetivo de sanar las diferentes patologías existentes actualmente.

Posteriormente el conocimiento acerca de las sustancias psicoactivas fue expuesto por el uso negativo de estos, por parte de los adolescentes que buscaban diferentes formas de diversión, influyendo en ellos muchas veces la curiosidad de los efectos que las drogas tenían sobre sus organismos.

El expendio de las sustancias psicoactivas se ha convertido en uno de los negocios mejor remunerados de la historia, por lo que los traficantes de estos elementos psicotrópicos han aumentado, convirtiéndose en la problemática más grande que no ha podido ser eliminada.

2.1 Definiciones de sustancias psicoactivas.

Actualmente el problema más significativo que afecta a la juventud es el consumo de sustancias, siendo cada vez más temprana la edad de inicio, lo que genera como

consecuencia un alto porcentaje de adicción en los mismos. Dicho problema no ha sido erradicado debido a la manipulación que reciben los jóvenes, es decir, si no existieran sujetos que adquirieran la sustancia no funcionaría el negocio de la distribución de elementos psicotrópicos.

El término drogas fue utilizado en la antigüedad para designar a productos de la naturaleza, es decir, la materia prima de los fármacos. Otros autores la designan como las sustancias que han sido transformados para ser convertidos en productos médicos. Se ha modificado la denominación “drogas” por “sustancia psicoactiva” en las últimas décadas, manifestando que la mayoría de las drogas son de origen natural. (Fernández, Ladero, Leza & Lizasoain, 2009, pp. 2-3).

El concepto de droga de abuso fue dado por la OMS (1982), como “aquella de uso médico con efectos psicoactivos, (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser administrada” (Fernández, et al., 2009, p 3).

Las sustancias psicoactivas son aquellas consideradas como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo, es capaz de modificar una o más funciones de este” (OMS, 2016).

La Asociación Panamericana de Salud (APS) en conjunto con la OMS, definen a las sustancias psicoactivas como “una droga o sustancia (química, natural) que introducida en el organismo por cualquier vía ya sea (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central (SNC) provocando un alteración psicológica”. (Ortega, Hernández, Arévalo, Martínez & Torres, 2015, pp. 10-11).

Las diferentes sustancias y formas de consumo que existen provocan en el organismo un conjunto de alteraciones, dejando secuelas negativas en la salud, por la falta de conocimiento de los elementos que introducen en su cuerpo, además del proceso de elaboración mal utilizado, dando como resultado dificultades físicas, psicológicas y sociales.

2.2 Factores de riesgo y comorbilidad.

2.2.1 Factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo existentes para originar el consumo de sustancias está la edad, género, autoestima, déficit en habilidades sociales, maltrato, disfuncionalidad familiar, factores genéticos y sociales, que llegan a ser perjudiciales en el pronóstico de la enfermedad. Es indispensable que la persona que recibe una ayuda profesional, debe centrarse en las áreas disfuncionales que le condujeron a la adicción, no obstante si el paciente no abarca estos temas no podrá superar esta patología.

2.2.1.1 Edad.

La edad, es uno de los factores de riesgo más alarmantes del consumo de sustancias, ya que diversas adicciones tienen su origen en la etapa de la adolescencia, donde los jóvenes buscan ganar una identidad y adaptarse a un estilo de vida diferente; logrando la aceptación de un grupo social. Se debe mencionar que la juventud abarca principalmente edades que oscilan entre los 12 y 18 años, siendo personas carentes de personalidad e identidad con bases aún no desarrolladas. (Catalán, 2011, p 4).

No se puede dejar de lado diferentes rangos de edades, por lo que niños, adultos y ancianos de igual forma corren el riesgo de ingresar al mundo de la adicción, por distintas causas como soledad, abandono, ausencia de familiares, patologías físicas y psicológicas graves, entre otros.

2.2.1.2 Género.

Otro factor relevante dentro de la adicción, es el género, consecuencia de las diferencias fisiológicas existentes entre hombres y mujeres, derivado de una menor tolerancia metabólica del etanol, lo cual indica que el sexo femenino sea más propenso a desarrollar efectos de relevancia ante el consumo de ciertas sustancias. (Fernández, et al., 2009, p 29).

Las creencias existentes en la sociedad también ha producido diferencias en el género por lo que muchas personas ven aceptable el que un hombre consuma porque lo vuelve más

notorio entre su grupo de amigos, mientras que con las mujeres esto no es aceptado porque la sociedad se expresa mal de ellas.

2.2.1.3 Autoestima.

De igual forma la autoestima llega a ser un factor de riesgo que conlleva a una adicción, es decir, adquirir un mayor autoconcepto genera en la persona una confianza y seguridad errónea de poder controlar el uso de sustancias, acarreando pensamientos irracionales respecto al consumo. Al contrario una baja autoestima provoca en el individuo una incapacidad de negarse a diversas situaciones sociales propuestas por sus pares. (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006, p 522).

Un alto nivel de autoestima en la etapa de consumo de sustancias psicoactivas, es sumamente perjudicial, dado por el uso excesivo de dicho elemento y su pensamiento irracional de controlar su dosis, de igual modo se ha evidenciado que un elevado autoestima en recuperación de una adicción, es negativa para el mismo, porque crea en el paciente una autosuficiencia capaz de controlar su vida y llevarle de una manera adecuada.

2.2.1.4 Habilidades Sociales.

Por otro lado, las personas que poseen dificultades en las habilidades sociales, en numerosas ocasiones demuestran complicaciones en defender su forma de pensar, cuando existen propuestas de ingresar al mundo de las drogas. (Cáceres, et al., 2006, p 523).

Existen diferentes tipos de dificultades en la conducta y formas de relacionarse con las personas, especialmente en adolescentes lo que muchas veces ocasiona el ingreso al mundo de las adicciones. Otro factor que puede influir son los problemas para comunicarse de manera asertiva en los cuales puede incluirse la fobia social que provoca una inmersión en el consumo de sustancias legales e ilegales.

2.2.1.5 Maltrato.

El maltrato es considerado como una agresión o un daño hacia una persona, que se puede evidenciar en distintos tipos que perjudican sumamente al sujeto, generando problemas difíciles de superar. De manera que el uso de sustancias psicoactivas va

acompañado de un maltrato hacia el mismo sujeto, hacia personas coadictas o a su entorno, por el déficit de conducta apropiada hacia los demás convirtiéndose en una manipulación para su uso continuo de drogas.

Según la OMS (1992), el maltrato es otra causa que genera un trastorno importante de consumo de sustancias, se debe mencionar que en esta categoría se incluyen el maltrato físico, verbal, sexual y psíquico. Además del desamparo por parte de las figuras paternas lo que produce que el sujeto crezca sin un modelo de identificación positivo. (Cáceres, et al., 2006, p 523).

2.2.1.6 Disfuncionalidad Familiar.

Uno de los factores destacados dentro de la adicción, es la disfuncionalidad familiar, dado que existe una confusión de roles por parte de sus miembros y una ausencia de normas y reglas por parte de las figuras paternas, siendo el consumo de sustancias una justificación para huir de las situaciones conflictivas. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 117).

Además un elemento influyente dentro de la disfuncionalidad familiar es la adicción por parte de uno de sus miembros, lo que origina que una persona adquiera este patrón de conductas, lo que causa que muy probablemente transmita los comportamientos negativos a las próximas generaciones. Sin embargo se ha observado que una parte de los sujetos que crecen junto a familiares adictos desarrollan una aversión a las sustancias psicoactivas. (Cáceres, et al., 2006, p 523).

En los distintos casos de consumo de sustancias ha existido claros ejemplos en los que las personas han sufrido abandono por parte de sus padres lo que ocasiona que los individuos crezcan sin una figura de identificación positiva además de los respectivos castigos que ocasiona realizar alguna actividad negativas.

2.2.1.7 Factor Genético.

El factor genético que posee la persona, se puede “mediar en las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, metabolismo, eliminación de las drogas y, en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor”. (Fernández, et al., 2009, p 30).

Existe un mayor número de personas con trastornos de consumo que han sido hijos de padres adictos a sustancias, a consecuencia de dicho factor hereditario, presentando una mayor probabilidad a padecer de esta alteración; no obstante no se indica que esto ocurra en su totalidad. Sin dejar de lado que las personas que no posean un factor genético predisponente a las adicciones, descarten la posibilidad de un trastorno adictivo. (Carlson, 1996, pp. 499-500).

En otras palabras, una persona que presente factores o causas predisponentes hacia un consumo de sustancias puede convertirse en un individuo adicto a estos elementos, o de igual manera no ejercer esta adicción, sin embargo se da una posibilidad de que sujetos que no manifiesten dichos factores genéticos adquieran la patología o enfermedad.

2.2.1.8 Factor Psicosocial.

No se puede dejar de lado, el factor psicosocial ya que existen factores que inducen a un consumo de sustancia psicoactivas, tal es el caso que la naturaleza del sujeto es interrelacionarse con su entorno, donde en diversas ocasiones se encuentran a personas que desarrollan conductas antisociales, siendo este un factor de riesgo para el individuo. (Camacho, 2005, p 28).

Además de esto actividades distintas de diversión y afrontamiento de dificultades inducen al sujeto a consumir elementos psicotrópicos, conjuntamente con una serie de problemas laborales, económicos, interpersonales y situaciones generadores de estrés. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 118).

Las personas actualmente y con el paso del tiempo se han ido creando ideas de que sin algún tipo de sustancias psicoactivas no van a poder divertirse de la manera que ellos quisieran, siendo vistos a los sujetos que no consumen como aburridos excluyéndolos de grupos sociales. Al tener la idea de realizar alguna fiesta lo primero que las personas piensan es que clase de alcohol se va a brindar sin pensar que esto puede ocasionar muchos problemas interpersonales o varios problemas legales.

2.2.2 Comorbilidad.

La principal patología dual, existente en las adicciones es el consumo o abuso a otras sustancias psicoactivas, siendo dos o más los elementos psicotrópicos ingeridos con la finalidad de mitigar los efectos producidos por una de las sustancias consumidas, complicando así el pronóstico de la enfermedad y dando como resultado una posible sobredosis o la muerte del adicto. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 115).

Un aporte importante, que engloba aspectos fundamentales dentro de la comorbilidad, es que “las personas adictas a las drogas reciben el diagnóstico de otros trastornos mentales y viceversa. En comparación con la población en general, los toxicómanos tienen el doble de probabilidad de sufrir trastornos en sus estados de ánimo o niveles de ansiedad, lo cual también puede suceder a la inversa”. (NIDA, 2011, párr. 3).

Existe gran dificultad al momento de diagnosticar trastornos mentales en comorbilidad con el consumo de sustancias, por lo que varias veces los síntomas producidos por la adicción a elementos psicotrópicos oculta los criterios diagnósticos de otras patologías.

Las enfermedades psiquiátricas más comunes en comorbilidad con el consumo de sustancias, son los trastornos de personalidad, en el que se destaca el trastorno antisocial y con menos frecuencia el esquizotípico, además se encuentra el trastorno del control de los impulsos relacionados con sustancias pudiendo ser parte la ludopatía y cleptomanía. Otras de las enfermedades mentales que se presentan con frecuencia son la depresión, ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia, trastorno de pánico, estrés postraumático y fobia social. (Torres, 2007, pp. 5-8).

2.3 Tipos de consumo.

El consumo de sustancias psicoactivas acarrea una serie de secuelas secundarias propios del problema de la adicción, los más comunes llegan a ser la dependencia, uso, abuso de drogas, tolerancia, sobredosis y abstinencia; por lo que es necesario la explicación de estos temas.

2.3.1 Uso de sustancias psicoactivas.

Dentro del campo de la adicción, existe una serie de especificadores, como el uso de sustancias, en el cual las personas presentan un consumo que no causa problemas para la salud, sin dar lugar a un trastorno adictivo. En cambio el uso nocivo o peligroso ocasiona perjuicios al organismo del individuo que consume dichas sustancias. (OPS, 2005, p 15).

Se considera que el uso de una sustancia no genera complicaciones en la salud y problemas en el entorno. Por lo que se ha establecido que se trata de un consumo o empleo de un elemento psicotrópico. (Fernández, et al., 2009, p 4).

De manera que el uso de sustancias psicoactivas, es muy común en la actualidad, generado por la sociedad imponente a este tipo de elementos, es decir, la persona controla su límite de consumo ya sea por diversión, placer, remedio o cura, sin llegar a un abuso de sustancias que perjudican a la salud.

2.3.2 Abuso de sustancias psicoactivas.

Según la OMS (1994), define al abuso como “el uso persistente o esporádico de una droga inconsistente con la práctica médica aceptable o no relacionada con ella. Es un patrón de adaptación al uso de la sustancia que produce perturbaciones o limitaciones clínicamente significativas (...)”. (OPS, 2005, p 15).

De acuerdo al Real Colegio de Psiquiatras Británico, indica que el abuso es “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. (Fernández, et al., 2009, p 4).

El abuso de sustancias, según el CIE 10 cumple con estos criterios diagnósticos, como el uso excesivo que afecta la salud del adicto, su entorno es fuente de críticas y repudio social, causando de esta manera problemas legales o divorcios. (OMS de Ginebra, 1992, p 102).

El alcanzar el nivel de abuso de sustancias psicoactivas puede ser muy peligroso ya que la persona está empezando a desarrollar una adicción que con el paso del tiempo va a ser

muy difícil controlar. En esta etapa las personas ya empiezan a tener diferentes problemas en su organismo sin que esta pueda detectarlos, cuando se establece el diagnóstico de abuso de sustancias es necesario iniciar un proceso adecuado para parar el consumo de elementos psicotrópicos y evitar consecuencias negativas en él.

2.3.3 Dependencia de sustancias psicoactivas.

La dependencia aparece como un grupo de signos producto de un consumo recurrente de las sustancias psicoactivas, la persona adicta a pesar de ejercer un acto autodestructivo continúa con esta conducta complicando su funcionamiento normal. (Caudevilla, 2009, p 4).

Como indica el CIE 10, la dependencia cumple con ciertos criterios diagnósticos, entre los cuales se encuentra:

Tabla 4.

Criterios diagnósticos del trastorno por dependencia de sustancias, según el CIE 10.

Criterios diagnósticos del CIE 10
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses.
1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios

médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Fuente: Organización Mundial de la Salud Ginebra. (1992). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Meditor-López Ibor.

La dependencia puede ser vista en dos partes, por un lado se encuentra la dependencia física en donde el sujeto siente la necesidad del consumo de la droga, al generar una supresión de esta sobrevienen síntomas fisiológicos, es por esto que este tipo de dependencia está en íntima relación con el síndrome de abstinencia debido a la similitud de sus propiedades. (Ortega, et al., 2015, p 16).

Por otro lado la dependencia psíquica es un estado de animación que se manifiesta en el sujeto que consume sustancias psicoactivas, llevándole a la búsqueda de un consumo continuo conjuntamente con la falsa creencia de llegar a sentir placer. El hecho de que el adicto no pueda consumir este elemento psicotrópico provoca en él angustia y desesperación. (Ortega, et al., 2015, p 16).

En conclusión la dependencia a elementos psicotrópicos causa en el adicto un conjunto de síntomas que afectan su organismo y su calidad de vida, por el uso constante de una droga, en donde la persona siente desesperación y necesidad por adquirir la misma, incluso atribuye a él actitudes o comportamientos fuera de lo que la sociedad lo permite, siendo como resultado una auto-desvaloración grave.

2.3.4 Tolerancia a sustancias psicoactivas.

De igual modo la tolerancia se define como “la falta de respuesta a una misma dosis de sustancia luego de un periodo regular de consumo, requiriéndose una mayor dosis para obtener efectos que se ocasionaban con una menor dosis de la sustancia”. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 114).

Es decir, el sujeto que va incrementando su consumo, vuelve a su organismo más resistente logrando de esta forma la obtención y aceptaciones de mayor cantidad de sustancia, hasta conseguir el efecto deseado. (Velásquez & Scoppetta, 1997, p 8).

Se llama tolerancia, al alcance que tiene una persona de adecuarse a un estímulo y no manifestar consecuencias negativas, ya que dicho estímulo persiste en el organismo, por tanto es necesaria una mayor cantidad de dosis para ejercer en él una reacción. (Cuatrocchi, 2007, p 15).

Por último vale mencionar el concepto que brinda el DSM V, acerca de la tolerancia que es considerada como “el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual (...) varía en cada persona y la diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central” (APA, 2015, p 484).

2.3.5 Síndrome de abstinencia.

Sin embargo el adicto puede manifestar el denominado “Síndrome de abstinencia” que se caracteriza por la presencia de un conjunto de sintomatología, que tiene lugar a la supresión de la sustancia, en ciertas clases de drogas la persona requiere un tratamiento médico apropiado para superar las consecuencias causados en su organismo. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 115).

Por lo que la abstinencia es considerada como un conjunto de signos que se manifiestan cuando existe una disminución del elemento psicotrópico en la sangre de un sujeto que ha sido un adicto en un largo periodo, siendo probable que dicha persona ingiera la sustancia para calmar su ansiedad. (APA, 2015, p 484).

Además se debe mencionar que esta alteración es “un desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de una sustancia” (APA, 2015, p 486).

Es indispensable recalcar que el síndrome de abstinencia indica que la ausencia del consumo provoca un proceso de desintoxicación interna, que se presenta a corto y largo

plazo en la recuperación de estas personas, la misma sino se utiliza métodos para poder controlarla genera una recaída con mayor tipo de gravedad; sin embargo la continuidad de la adicción no genera tal alteración.

Tabla 5.

Criterios para el diagnóstico de un trastorno por abstinencia de sustancias.

Criterios Diagnósticos:
A. Cese (o reducción) de consumo de sustancias que ha sido muy intenso y prolongado.
B. Aparecen signos o síntomas físicos o psicológicos a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de una sustancia, estos síntomas dependen de la sustancia que se consume. (...)
C. Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. (2015). Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (5ta ed.) DSMV. Washington, DC: Editorial Panamericana.

2.3.6 Intoxicación por sustancias psicoactivas.

La intoxicación es una alteración que da lugar a efectos negativos como dificultades en el estado de alerta, déficit de atención, pseudopercepciones, cambios en la actitud en su entorno y pensamientos irracionales. (APA, 2015, p 485).

Dentro del CIE 10 (1992), se establece los aspectos generales del síndrome de intoxicación definido como “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas”. (Jiménez, 2005, p 5).

A más de las definiciones ya mencionadas, la intoxicación es considerada como una serie de sintomatologías físicas y mentales como resultado del abuso desmesurado de un elemento psicotrópico. Este síndrome varía según la sustancia que se consume. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 113).

Tabla 6.

Criterios para el diagnóstico de un trastorno por intoxicación de sustancias.

Criterios Diagnósticos:
A. Consumo reciente de determinada sustancia.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después de la ingesta de la sustancia.
C. Signos o síntomas físicos o psíquicos aparecen durante o poco después del consumo de cierta sustancia (...).
D. Los signos o síntomas no se atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnostico y estadístico de Desórdenes Mentales (5ta ed.) DSMV. Washington, DC: Editorial Panamericana.

Se evidencia otro tipo de clasificación de acuerdo a la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, en donde sobresalen los siguientes;

Consumo experimental: se caracteriza principalmente debido a que el sujeto realiza su primer contacto con la sustancia, ejerciéndolo en varias oportunidades pero sin llegar a demostrar sintomatología para los trastornos de consumo.

Consumo Ocasional: el individuo tiene conocimiento acerca de los efectos de la sustancia por lo que en ocasiones requiere de ella, este tipo de consumo puede mantenerse toda la vida, y a su vez disminuir o progresar hacia un trastorno. (Caudevilla, 2009, p 37).

Consumo habitual: el sujeto ingiere la sustancia de manera frecuente con una constancia de tiempo no modificable.

Consumo compulsivo: la persona en esta etapa manifiesta un trastorno de consumo, con dificultades para renunciar a esta adicción, por temor a las secuelas secundarias originadas por el cese del consumo. (Caudevilla, 2009, p 37).

Uno de los problemas más graves que puede llegar a ocurrir dentro del organismo de las personas es la muerte por sobredosis por una mezcla negligente de sustancias para llegar a producir mayor excitación, euforia, felicidad, etc., sin entender que estos les puede llevar a la muerte o a desarrollar graves problemas que nos les permitan desenvolverse de una manera correcta.

2.4 Consecuencias.

Se puede evidenciar una taxonomía de las consecuencias respecto al consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en el adicto y su entorno, de igual manera existen dificultades en el área social, económica y de salud, dichos efectos nocivos del consumo pueden producir daños a corto y largo plazo. (OMS, 2004, p 12).

Partiendo desde un daño individual, es decir, los efectos negativos dados en el propio consumidor pueden llegar afectar de modo secundario a los miembros de la familia del adicto, así como los individuos que le rodean, no obstante la adicción a elementos psicotrópicos hacen que la sociedad se convierta en un ambiente perjudicial para el desarrollo del sujeto, donde va tomando dominancia el crimen organizado del narcotráfico que no refleja un final por los ingresos que este genera. (Caballero, 2004, p 196).

2.4.1 Consecuencias físicas.

Por lo que el adicto atraviesa una serie de consecuencias, una de las principales es la salud, en la que intervienen daños físicos y psicológicos, cabe mencionar que el consumo de una de las drogas más perjudiciales denominada heroína conlleva al aumento de enfermedades infecciosas como el VIH, hepatitis B y C que son un resultado de la administración intravenosa por compartir jeringuillas utilizadas con anterioridad. (OMS, 2004, p 12).

Otra de las complicaciones existentes en la salud es la presencia de cirrosis hepática por el consumo de alcohol, también enfermedades como cáncer de pulmón, enfisemas producto del uso excesivo de tabaco. El consumo continuo de diversas sustancias puede llevar a la persona a sufrir muerte por sobredosis, lo que actualmente se ha acrecentado. (OMS, 2004, p 13).

2.4.2 Consecuencias Psicológicas.

No se puede dejar de lado las consecuencias psicológicas que afectan al adicto, ya que genera dificultades en la concentración, juicio, alteración del estado de alerta, pensamiento distorsionado, depresión, paranoia, psicosis, ansiedad, entre otras. (Caballero, 2004, p 196).

Por lo que la persona que atraviesa un consumo de sustancias acarrea en definitiva problemas psicológicos debido a la alteración que provoca el abuso de estos elementos, creando comportamientos disfuncionales que pueden llegar a un trastorno adquirido grave que requiere una recuperación profesional y apoyo familiar.

2.4.3 Consecuencias Sociales.

Respecto a las consecuencias sociales los adictos a sustancias psicoactivas muchas veces son parte de comportamientos disruptivos, debido al deseo de pertenecer a grupos negativos para la sociedad llamados “pandillas”, cometiendo actos de agresión, robos, asesinatos, marginación, etc. (Caballero, 2004, p 196).

Estas consecuencias son muy comunes en adolescentes, especialmente los que manifiestan problemas dentro del hogar como separaciones, divorcios, peleas entre hermanos, generando un libertinaje sin límites y ocasionando problemas en su personalidad y comportamientos.

2.4.4 Consecuencias Familiares.

Cuando una persona se encuentra bajo el consumo de ciertas sustancias, la disfuncionalidad familiar llega a convertirse en una excusa para la continuación de su

adicción. Provocando de esta forma que el sujeto presente conductas inapropiadas como un abuso a menores, violación, agresividad hacia su pareja e hijos, entre otros. (Caballero, 2004, p 210).

Como se explicó anteriormente la familia llega a ser parte de la vida adictiva del sujeto, conjuntamente con dificultades en el área económica o afectiva provocando una confusión de roles dentro de la misma, es decir, la familia acarrea todos los problemas suscitados por el adicto siendo parte de su consumo y si en tal caso ejerce el paciente un cambio positivo la familia será parte de su recuperación en la mayoría de los casos.

2.4.5 Consecuencias Económicas.

La economía en las personas que consumen sustancias psicoactivas disminuye de manera notable por la creciente necesidad del uso de dichos elementos psicotrópicos, mientras que los narcotraficantes aumentan su economía debido a la demanda elevada de las diferentes sustancias, debilitando de esta manera la economía del país. (Caballero, 2004, p 196).

2.5 Clasificaciones.

Las sustancias psicoactivas se catalogan desde distintos parámetros según su origen en naturales o sintéticas; según los efectos producidos pueden ser depresores, estimulantes, alucinógenos; y según la aceptación social como legal e ilegal.

Se debe mencionar la clasificación por el origen debido a que las “drogas naturales son las que se obtienen directamente de la naturaleza, como el café, cannabis, coca (hoja) o el opio, mientras que las drogas sintéticas se obtienen en laboratorios mediante la sintetización, como el LSD, anfetaminas, crack, cocaína o heroína”. (Caballero, 2004, p 93).

Es importante mencionar que la drogas legales o ilegales se planean en un ámbito jurídico/político, que difiere según las leyes de los países y su funcionamiento. Las drogas legales se caracterizan cuando el consumo es usual, tradicional y por administración medica; además que la sociedad permite el consumo de estos elementos

psicotrópicos, dando apertura al conocimiento de dichas sustancias por la publicidad que existe actualmente. (Caballero, 2004, p 93).

Sin embargo, una droga ilegal es “una sustancia tabú, asociada a su consumo con la delincuencia y la violencia, los efectos secundarios a medio o largo plazo son muy negativos para el cuerpo humano, o su consumo puede afectar negativamente a la economía de un país”. (Caballero, 2004, p 93).

Las sustancias psicoactivas desde los diferentes puntos de vista de los autores que han dedicado esfuerzos por analizarlos pueden clasificar a las drogas en múltiples formas llegando a las mismas conclusiones ya que ya sea por su origen, transformación o legalidad ocasiona diversos efectos nocivos en los individuos.

2.5.1 Alcohol.

Respecto a las drogas legales se encuentra el alcohol sustancia resultante de la fermentación de diferentes organismos vivos, considerado como un elemento que disuelto en el organismo, afecta a células y tejidos, provocando diversos cambios y manifestaciones en el hígado que es el órgano más afectado dentro del consumo de sustancias, haciendo que exista un menor manejo y funcionamiento de las grasas. (Bolet, 2003).

El alcohol es una sustancia que presenta un alto índice de consumo a nivel mundial, además de dar lugar a un gran número de adictos a la misma. Igualmente, el alcohol no solo acarrea consecuencias físicas, sino también dificultades sociales como accidentes de tránsito, disturbios en su entorno, trabajo o escuela, y especialmente afecta a sus familiares evidenciándose episodios de maltrato físico y verbal. (Tavera & Martínez, 2008, pp. 18-19).

De manera que el alcohol es una sustancia perjudicial para la persona que consume en grandes cantidades, es una de las drogas que causa más dependencia, lo que genera en el adicto una superación extremadamente difícil de afrontar, debido a las secuelas graves que acarrea su vida en consumo.

2.5.2 Tabaco.

El tabaco es valorado como una droga legal, producida a partir de una planta con su misma denominación, esta sustancia está compuesta por nicotina, cuyo uso constante genera una dependencia, cuando la persona que inicia su consumo manifiesta un desbalance orgánico, suscitando mareos, tos y náuseas. Además los adictos al tabaco crean una necesidad de su uso, para eliminar episodios de ansiedad y aburrimiento. No obstante el consumo de tabaco provoca efectos positivos aumentando la atención, el aprendizaje, relajación y toma de decisiones. (Caballero, 2004, p 99).

Las consecuencias del consumo de este elemento psicotrópico, eleva las posibilidades de muerte por padecer cáncer de pulmón, enfisemas y enfermedades cardíacas. Sin dejar de lado que monóxido producido por el adicto, afecta a las personas cercanas a él. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 117).

El tabaco es una de las sustancias más consumidas actualmente y el inicio de esto cada vez se da en edades más tempranas por lo que es difícil erradicar su consumo a pesar de las múltiples campañas existentes que muestran las consecuencias de esta sustancia en el organismo, ya que ha ocasionada gran parte de las enfermedades pulmonares que llevan a la muerte a la persona.

2.5.3 Cafeína.

Entre una de las drogas legales se encuentra la cafeína, en donde a nivel mundial es consumida por todas las personas unas en mayor y otras en menor cantidad. Ya que forma parte primordial de productos comunes dentro de un hogar como el café, chocolate y el té. (Caballero, 2004, p 103).

Es decir, la cafeína es un tipo de droga que se consume de manera habitual y constante debido a su fácil acceso y su sabor distintivo manifestándose como un uso de la sustancia de modo correcto y controlado, sin embargo existen sujetos que generan un abuso de la misma.

Se ha comprobado que la cafeína en exceso “estimula la resistencia física e incrementa el ritmo cardíaco, euforia, agresividad, labilidad afectiva o inestabilidad del humor, tendencia a discutir, atención exagerada, conductas repetitivas o estereotipadas (...)” (Jiménez, 2009, p 69).

2.5.4 Cannabis.

Jurídicamente el cannabis es una droga legal en algunos países, es obtenida de la planta Cannabis Sativa, su principal elemento es el Tetrahidrocannabinol o THC, las personas adictas a esta sustancia generalmente lo consumen en forma de cigarrillo o por vía oral, conocido por una gran variedad de denominaciones según la generación en la que se encuentre. (Soria, 2007, p 29).

Los efectos producidos por el abuso de esta sustancia llegan a ser taquicardia leve, sensación de relajación, serenidad, felicidad, risa constante, boca, seca, ojos enrojecidos, alteración en la toma de decisiones, entre otros. El consumo periódico de este elemento psicotrópico provoca tolerancia a estos efectos. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 123).

Cannabis mejor conocida como marihuana ha sido utilizada de una manera negativa entre los jóvenes principalmente por los efectos que produce, muchas de las veces los sujetos que la consumen se justifican manifestando que esta sustancia es legal y no produce consecuencias negativas además que solo la utilizan como un medio de diversión sin entender que probablemente experimenten una adicción hacia ella.

2.5.5 Cocaína.

Entre una de las drogas ilegales más perjudiciales esta la cocaína derivada del arbusto Erythroxylon coca, en donde las principales formas de consumo son como hoja masticada, inhalada, fumada o inyectada. Sus tres tipos de presentación más comunes son clorhidrato de cocaína o cocaína en polvo, pasta de coca y crack. (Soria, 2007, p 39).

Las consecuencias dadas por dicha sustancia son pérdida de apetito, agresividad, comportamiento sexual imprudente, alteración del pensamiento, síntomas maniacos,

midriasis, taquicardia, etc. Sin embargo en la mujer se producen alteraciones importantes en el ciclo menstrual e infertilidad. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 124).

2.5.6 Heroína.

La heroína proveniente de la planta *Papaver somniferum*, considerada como una droga ilegal por los efectos que produce, cuya presentación es un polvo blanco, pero las modificaciones en su elaboración varían su contextura y matiz. Su modo de consumo puede ser mediante la inhalación, en forma de tabaco o inyección. (Soria, 2007, p 49).

Cabe recalcar los efectos nocivos que ejerce en el organismo, tales como náuseas, presión baja, bloqueo mental, ausencia de dolor, felicidad en un alto nivel, siendo indispensable mencionar el llamado síndrome de abstinencia ya que los síntomas producidos ocasionan gran malestar al organismo siendo los comunes dolor de huesos, náuseas, diarrea, mareos, deshidratación, ansiedad, sudoración, escalofríos. (Soria, 2007, pp. 50- 51).

La heroína es una de las drogas más peligrosas que existe en la actualidad ya que muchos de los adictos a esta mezclan con otro tipo de sustancias que puede llevar a la muerte de la persona. Este elemento psicotrópico es una de las drogas más expandidas debido a que la heroína provoca una adicción muy fuerte impidiendo parar el consumo de la misma.

2.5.7 Éxtasis.

El éxtasis o *methylenedioxymethamfetamina* es una clase de droga ilegal muy utilizada por los adolescentes con el objetivo de mantener el estado anímico de euforia durante varias horas. Su presentación generalmente es en forma de pastillas. Los primeros síntomas tienen lugar luego de treinta minutos de su consumo con una duración de seis horas. (Caballero, 2007, pp 105-106).

Los efectos más representativos son, alucinaciones, ausencia de apetito, alto grado de energía, aumento de la percepción de los órganos de los sentidos, mayor nivel de extroversión, náuseas, tics, aumento de la temperatura corporal, en casos de consumir de

modo excesivo esta sustancia puede conllevar a la muerte. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 128).

2.5.8 Inhalantes.

Los inhalantes son drogas con efectos depresores del sistema nervioso, que producen secuelas similares al alcohol, estos pueden ser inhalados a través de la nariz o la boca, generando alteraciones en el funcionamiento del organismo y por ende una dependencia. Estos productos son de fácil adquisición por lo que es más común este tipo de adicciones en niños y adolescentes. Los que sobresalen son pintura, gasolina, aerosoles, pegamento, entre otros. (Caballero, 2007, p 120).

Las consecuencias que produce el consumo de esta sustancia son mareo, poca fluidez verbal, pérdida de la orientación, hipersomnia, alucinaciones, tos; en especial ocurre una serie de problemas respiratorios producto de la inhalación que diversas veces pueden conducir a una muerte por asfixia o paro cardíaco. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 129).

Los inhalantes son productos de fácil adquisición por lo que es más común este tipo de adicciones en niños y adolescentes, especialmente en personas de bajos recursos ya que consumen estas sustancias para disminuir el apetito o el frío que experimentan. Además que en este tiempo es muy común el consumo dentro de las escuelas lo que hace que esto se siga manteniendo especialmente en los niños.

2.5.9 LSD.

El LSD o Lysergic acid diathelamide es el alucinógeno más poderoso, que anteriormente fue utilizado para tratar enfermedades como la psicosis, sin embargo no producía los resultados deseados por lo que fue prohibida su venta. Sus efectos se presentan entre los primeros veinte minutos y las dos horas de haberlo ingerido. Y su duración en el organismo es de siete a doce horas. (Caballero, 2007, p 106).

Los efectos más comunes producidos por esta sustancia son “midriasis, sensación física de estar energizado, taquicardia, hormigueo, aumento de la temperatura corporal

(...) imposibilidad de concentración, despersonalización, risas inmotivadas típicas de la esquizofrenia y deformaciones de objetos (...) también puede producir alteraciones mentales como alucinaciones, ansiedad extrema, paranoia y esquizofrenia” (Caballero, 2007, pp. 106-107).

2.6 Depresión y consumo de sustancias.

Como ya se ha analizado anteriormente el consumo de sustancias presenta comorbilidad con diferentes trastornos que complica desfavorablemente el pronóstico de la enfermedad, siendo la depresión una de las principales patologías que se presenta en conjunto con la adicción a sustancias.

En diversos estudios realizados por Cassano & Fava (2002) dan a conocer que la depresión llega a ser un factor de riesgo para que se produzca un trastorno por consumo de sustancias principalmente en edades críticas como la adolescencia, ya que estos sujetos no tienen su identidad formada y por ende se dejan guiar por la sociedad. Sin dejar de lado que el consumo de sustancias también puede ser causante del trastorno de depresión, es decir, que los dos se influyen mutuamente estableciéndose de esta manera una relación en ambos sentidos. (Gómez, et al., 2013).

Al momento del ingreso de diferentes pacientes a una clínica de rehabilitación por presentar adicción al consumo de sustancias, se ha podido determinar que la mayoría de las personas que consumen elementos psicotrópicos están clínicamente deprimidos. En el instante de la evaluación psicológica realizada se ha evidenciado que muchos de ellos padecen depresión grave. Los síntomas que presentan a menudo incluyen desinterés total en el desarrollo de actividades así como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo y comportamientos o ideas suicidas, lo que es una razón para su internamiento debido a la necesidad de recibir un tratamiento adecuado a la problemática dual presentada. (Renner & Ciraulo, 1995).

Los pacientes que padecen depresión utilizan sustancias psicoactivas como una forma de automedicación. Los efectos producidos de euforia y la relajación mental parecen

contrarrestar los pensamientos dolorosos producidos por el trastorno de la depresión. (Arankowsky, 2010).

Por su lado Varela (2007) indica que generalmente las personas que presentan problemas a nivel familiar, comparten carencias afectivas, desplazando estos sentimientos hacia los rasgos depresivos o a refugiarse en el consumo de sustancias por los efectos placenteros que produce en los sujetos con el objetivo de reducir los sentimientos asociados al malestar emocional, estrés, tensión, etc. (Gómez, Gutiérrez & Londoño, 2013).

A todos los adictos se les debe brindar asesoramiento que incluya una psicoeducación respecto a las consecuencias de las enfermedades desarrolladas, de esta manera evitar el suicidio que puede ocurrir en el momento de la admisión al tratamiento. Los pacientes intoxicados y aquellos con abstinencia aguda están expuestos a un alto riesgo y podrían llevar a cabo ideas suicidas.

2.7 Tratamiento.

Entre las diferentes formas de tratamiento coexisten las más eficaces y utilizadas con el paso de los años, siendo el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, sin dejar de lado el proceso de desintoxicación por internamiento dentro de una comunidad terapéutica.

Algunas comunidades terapéuticas tienen una dinámica basada en el campo psicoanalítico, cognitivo conductual, sistémico, humanista y espiritual. Contando con la participación de una variedad de profesionales de la salud, entre los cuales se destacan operadores terapéuticos o vivenciales que establecen un vínculo positivo con los pacientes ya que ambas partes han experimentado situaciones similares. La comunidad terapéutica está regida por una serie de normas y reglas que ayudan a la modificación de la conducta del adicto siendo explicadas al inicio del tratamiento tanto a la familia como al paciente, si estas no son cumplidas a cabalidad se aplicarán reforzadores negativos con el objetivo de que no vuelva a ocurrir. (Cuatrocchi, 2007, pp. 70-73).

A lo largo del proceso de internamiento el paciente experimenta un conjunto de emociones y recuerdos de su vida en consumo ocasionando episodios de crisis que bloquean su recuperación por lo que se brinda dos tipos de intervención como farmacológica y psicoterapéutica. (Cuatrocchi, 2007, p 74).

La intervención farmacológica en esta patología se da primordialmente para tratar estados de intoxicación o supresión a sustancias como el uso de naloxona en intoxicación por opioides y el uso de benzodiacepinas en la abstinencia de alcohol. El uso de naltrexona en dependientes a heroína, desestimular el uso de sustancias como es el uso de disulfiram en pacientes alcohólicos, sustituir una sustancia por otra menos dañina, por ejemplo el uso de metadona en adictos a heroína en quienes sea posible mantener una abstinencia sostenida a esta sustancia y para tratar los trastornos psiquiátricos o médicos asociados al trastorno por consumo de sustancias. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, p 129).

Es importante recalcar que el uso farmacológico debe ser controlado, ya que el paciente puede provocar otro tipo de dependencia, es decir a los fármacos que pueden tranquilizar su ansiedad pero provocar otro tipo de comportamiento hacia esa droga, tratando de reemplazar a la droga anterior y no modificando su calidad de vida.

Por último, pero no menos importante se encuentra la intervención psicoterapéutica enfocada hacia la familia y el paciente teniendo en cuenta las diferentes teorías y técnicas, con el propósito trabajar carencias afectivas, resolución de conflictos, distorsiones cognitivas, motivación y estimulación hacia una autorrealización, así como de igual manera la terapia de grupo o grupos de autoayuda llegan a ser un medio de sanación y de identificación con sus compañeros, fortalece el cambio hacia la recuperación. (Toro, Yepes & Palacio, 2010, pp. 129-130).

2.8 Terapia de grupo en pacientes depresivos con el enfoque cognitivo conductual.

Getzel (1991), manifiesta que la terapia de grupo permite a los participantes la expresión de ideas, pensamientos y sentimientos e identificarse con las experiencias expuestas por personas que comparten el mismo padecimiento, permitiendo al individuo

hacer consciencia de que las problemáticas presentadas tienen solución y darse cuenta que existen sujetos con dificultades similares a ellos. (Francesca & Núñez, 2007, p 16).

Beck (1983), propone que “la base de esta terapia es su énfasis en el contenido de los pensamientos de la persona con depresión. Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo la depresión”. (Francesca & Núñez, 2007, p 16).

Diversas investigaciones han sido parte de esta dualidad de intervención por los resultados positivos que ha producido, debido a la complementariedad que existe en ambos enfoques, modificando los pensamientos los pensamientos irracionales que presenta la persona depresiva, brindándole un punto de vista diferente de las situaciones estresantes que atraviesa.

La terapia grupal con enfoque cognitivo conductual, favorece el protagonismo por parte del participante y aumenta la posibilidad de que el cambio perdure, ya que al evaluar los resultados obtenidos al final del proceso se descubre que se basa fundamentalmente en los propios recursos de la persona modificados de manera adecuada. Este tipo de intervención se considera como un contexto de intercambio donde el paciente puede ayudar y ser ayudado, de las experiencias vividas y donde se practican nuevas formas de relacionarse, resolver problemas y mejorar la autopercepción en su entorno. (Gutiérrez & Varela, 2009, pp. 41-42).

Se ha podido determinar que la combinación de la terapia cognitivo-conductual con la terapia grupal produce mejores resultados a lo largo de la intervención terapéutica. Con respecto a la terapia grupal cognitiva conductual, Hirsch (2007) plantea la incorporación de terapia grupal como un recurso importante y válido. Esto apunta a trabajar potenciando los recursos que las personas traen consigo y que no los ha sabido aprovechar, con la mínima intervención profesional posible. (Gutiérrez & Varela, 2009, pp. 42-43).

Podemos notar que la terapia cognitivo conductual en combinación con la terapia grupal, además de producir resultados positivos, generan un cambio duradero en la

persona, por el trabajo cognitivo constante que ejerce ante varias situaciones que un sujeto depresivo debe atravesar en su vida.

2.9 Conclusiones.

Las sustancias psicoactivas son drogas que ocasionan un riesgo para la vida de cualquier persona especialmente para los jóvenes que son personas vulnerables y de fácil convencimiento, debido a que dichas sustancias perciben una creencia errónea de sensaciones de euforia, felicidad, bienestar, optimismo y placer tratando de ser más populares y accesibles al mundo actual y por ende ocasionando una adicción a los mismos.

Es importante conocer las principales causas, factores de riesgo y consecuencias ocasionadas por el consumo de sustancias, ya que todas las personas de diferentes edades, sexo, y culturas; pueden llegar a padecer esta patología que ha aumentado de manera significativa con el paso de los años dejando personas, familias y sociedades destruidas.

De todo lo descrito anteriormente es indispensable indicar que el desarrollo de la identidad de los adolescentes, está enfocado principalmente en la influencia por amigos de edades contemporáneas, en donde el sujeto trata de formar parte de un grupo, poniendo en riesgo su vida, debido a que se encuentra la condición de un consumo de sustancias o la realización de otras actividades fuera del régimen dado por una sociedad, originando un peligro para el mismo y su entorno.

Es fundamental fomentar la comunicación asertiva y el establecimiento de normas entre los miembros de la familia, evitando de esta manera dificultades dentro del hogar sean una causa del ingreso al mundo de las drogas, dado que el consumidor se dirige hacia la única salida que es la adicción.

Capítulo 3.

3. DISPOSITIVO GRUPAL FOCALIZADO EN DEPRESIÓN EN ADICTOS A SUSTANCIAS.

Introducción.

En este capítulo será analizada la metodología utilizada para trabajar en los problemas planteados anteriormente como son la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas, explicando sus objetivos, técnicas, ejecución, etc.

Lo expuesto dará mayor claridad a lo que se pretende realizar en este proyecto investigativo, cabe recalcar que la metodología desarrollada está correctamente delimitada para la comprensión del estudio, además de la confiabilidad de estudios similares a este que benefician la sustentación de un trabajo concreto y claro.

Esta capítulo es relevante en la investigación, porque analiza las diferentes pautas para la selección de los participantes, el tipo de evaluaciones a realizarse, tiempo y numero de sesiones del dispositivo grupal focalizado y los métodos que se utilizarán para observar resultados positivos en los pacientes.

3.1 Metodología.

El dispositivo grupal focalizado se trata de una investigación cuasiexperimental cuyo desarrollo se dará mediante 12 intervenciones grupales, teniendo en cuenta que se trabajará con la participación de un grupo control y experimental, que serán seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. La evaluación será realizada a través de la aplicación de escalas de Casullo y Cols y BDI-II, (Inventario de Depresión de Beck – II) que será realizado al inicio del dispositivo grupal, culminando con el desarrollo de un retest. Se llevará a cabo en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ), ubicado en el sector Pampa Vintimilla Km. 10. Autopista Azogues-Cuenca. El cual cuenta con un departamento médico, psicológico, psiquiátrico, trabajador social, operadores vivenciales y sobre todo con el apoyo familiar. Todo esto en conjunto

ayuda al paciente a superar los trastornos presentados, ofreciéndoles una nueva oportunidad de vida.

Se pretende dar relevancia en la investigación a la ética profesional siendo la confidencialidad una parte primordial dentro de la ejecución de la intervención grupal, explicando de igual modo los objetivos, actividades y resultados alcanzados brindándoles de esa manera seguridad a los participantes a través de la firma de un consentimiento informado.

3.2 Población.

Actualmente la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues, cuenta con un grupo de 26 usuarios, de los cuales se seleccionará a 12 personas que serán parte del grupo experimental y los 14 restantes formaran parte del grupo control que serán seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión (grupo experimental), dichas terapias consistirán en la aplicación de diversas técnicas basadas en el enfoque cognitivo conductual. Es importante mencionar que el universo participará en terapias individuales, grupales (intervenciones psicológicas) y terapias ocupacionales que sirven para desarrollar habilidades y temperamentos de los usuarios, no obstante el dispositivo grupal focalizado solo será aplicado al grupo experimental.

3.2.1 Criterios de inclusión.

El grupo de investigación se conformará con una muestra de 12 usuarios que compartirán diversos criterios de inclusión, que fortalecerán el desarrollo de la terapia y de esta forma cumplir con los objetivos planteados, siendo los siguientes:

1. Edad cronológica entre los 18 a 35 años de edad.
2. Usuarios internados en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ).
3. Internos de sexo masculino.
4. Ingresos en el periodo de seis meses (Junio de 2016 a Diciembre del 2016.)
5. Presencia de un C.I promedio.

6. Usuarios detectados con depresión moderada y grave.
7. Consumo de sustancias psicoactivas por más de un año.
8. Los usuarios deben encontrarse en la etapa de elaboración. (mes y medio de internamiento).

Para una mejor comprensión del criterio de inclusión ocho, es necesario explicar las etapas por las que atraviesa el usuario en su proceso de recuperación., contando con siete niveles que son: admisión, acogida, identificación, elaboración, consolidación, servicio social y desprendimiento gradual. Por lo que ha sido escogida la etapa de elaboración debido a que en este periodo de recuperación los usuarios están adaptados a la dinámica de la comunidad, superando las crisis por el abandono del consumo de sustancias.

3.2.2 Criterios de exclusión.

De igual manera se contará con los siguientes criterios de exclusión, que han sido seleccionados debido a que éstos sujetos han trabajado dichas patologías expuestas; presentando un buen diagnóstico en los test aplicados, además de no encontrarse en condiciones favorables para la participación de las terapias grupales, por los que enumeramos a continuación:

1. Mujeres que consuman sustancias psicoactivas.
2. Usuarios que se encuentren en la etapa de consolidación (4 meses de internamiento).
3. Usuarios mayores a 36 años.
4. Usuarios con diagnóstico de depresión leve.
5. Usuarios adictos a sustancias psicoactivas por menos de seis meses.
6. Sujetos que tengan déficit cognitivo moderado.
7. Pacientes ambulatorios o de consulta externa.
8. Usuarios que no culminen su proceso de recuperación.

3.3 Fases del proceso grupal.

Es indispensable tener claro los puntos que se van a llevar a cabo dentro de la terapia grupal, en donde el objetivo es evitar dificultades en su recuperación, por lo cual la evaluación, planificación y seguimiento son pautas claves para un resultado exitoso.

3.3.1 Evaluación.

Para dar inicio al grupo focalizado se ha decidido realizar una serie de evaluaciones en base a la aplicación de las escalas de Casullo y Cols y BDI-II, (Inventario de Depresión de Beck – II) en los que se debe encontrar resultados que arrojen un diagnóstico depresivo moderado y grave, cumpliendo con uno de los criterios de inclusión planteados, llegando a formar parte del grupo experimental.

3.3.1.1 Test de Casullo y Cols.

La escala de Casullo y Cols es utilizada para determinar los diferentes niveles de depresión presentes en la persona, que posee un análisis factorial positivo, ya que permite distinguir tres factores, siendo uno de ellos la sintomatología depresiva como la disminución del estado anímico, soledad, desesperanza, llanto continuo; el segundo factor son los síntomas somáticos que incluyen insomnio, disminución de las actividades cotidianas, pérdidas de apetito y por último pero no menos importante las connotaciones positivas. (Vijay, 2012, p 87).

Radloff (1977), manifiesta que la escala de Casullo y Cols, evidencia síntomas depresivos, tristeza, dificultades en el sueño, trastornos alimenticios y apatía. El test está conformado por veinte enunciados, de los cuales dieciséis ítems reflejan situaciones negativas y los cuatro restantes indican aspectos positivos. Las respuestas que los participantes deben dar, se basan en la última o anterior semana a la realización de este test. La confiabilidad del test-retest es superior a 0,50; la consistencia interna 0,87. Los datos consignados permiten afirmar que la escala tiene validez empírica (Vijay, 2012, p 86).

Para determinar el nivel de depresión que posee una persona, se debe tomar en cuenta los siguientes parámetros menos de un día se califica con

cero puntos., uno a dos días se califica con un punto., tres a cuatro días con dos., cinco a siete días con tres puntos. Los ítems positivos se analizan a la inversa, el resultado global se obtiene de la suma de los puntajes parciales. Las siguientes jerarquías se clasifican en: 9 puntos, niveles bajos; de 10 a 25, moderados o medios; de 26 a 60 altos o graves. (Vijay, 2012, p 86).

3.3.1.2 Escala BDI-II (Inventario de Depresión de Beck – II).

La escala de depresión de Beck, es de gran importancia, ya que incluye en su mayoría los criterios para el diagnóstico de los diferentes trastornos depresivos, que se encuentran descritos en el DSM V y el CIE 10. Los aspectos que sobresalen en el mismo destacan la sintomatología depresiva, como la disminución del estado de ánimo, desesperanza, pérdida de actividades placenteras, sentimientos de culpa e ideación suicida. (Peñalver, 2014, p 3).

En base a los estudios o investigaciones ejecutadas con la escala, “se han obtenido datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones y especialmente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II”. (Peñalver, 2014, p 14).

3.3.2 Planificación del grupo focalizado.

Las bases fundamentales de intervenciones grupales con resultados positivos, es la ejecución de una correcta planificación, conjuntamente con objetivos y actividades que ayuden a superar la problemática expuesta.

3.3.2.1 Objetivo General:

- Desarrollar un dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas mediante intervenciones cognitivo conductual.

3.3.2.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer las relaciones intra e interpersonales en los pacientes.
- Mejorar las capacidades de afrontamiento que se presentan en los adictos.
- Disminuir la sintomatología depresiva grave o moderada.

- Fortalecer la autoestima y autoconcepto deteriorados en los miembros del grupo experimental.
- Modificar distorsiones cognitivas que influyen en el trastorno.

3.3.2.3 Técnicas.

Es importante la complementariedad entre los objetivos y técnicas propuestas, debido a que cada actividad realizada presenta un determinado propósito, siempre encaminado hacia una recuperación íntegra.

Cuadro 1. Mejoramiento de capacidades de afrontamiento.

Mejoramiento de las capacidades de afrontamiento		
Técnica	Descripción	Autor
Solución de Problemas	El objetivo de esta técnica es resolver problemas personales, mejorando la toma de decisiones y utilizada para combatir problemas psicológicos como la depresión. Los pasos a seguir son: identifica el problema, busca soluciones, toma de decisiones y acción y resultados. (Areán, 2000).	D' Zurilla y Nezu.
Terapia de Inoculación de estrés.	Se pretende proporcionar al individuo estrategias de afrontamiento, fortaleciendo su tolerancia hacia ciertas situaciones que generan estrés. Esta técnica está basada en el análisis transaccional de Lazarus y determinismo recíproco de Bandura. Las fases que aborda la inoculación de estrés son: la fase de conceptualización, fase de adquisición y entrenamiento de habilidades y por último fase de aplicación y consolidación de habilidades adquiridas. (Roca, 1987).	Donald Meichenbaum.
Entrenamiento en autoinstrucciones.	Esta técnica tiene como objetivo principal modificar y mejorar las habilidades específicas que presenta la persona para resolver situaciones concretas. Esta aplicación está basada en los aportes teóricos de Vygotsky y Luria, así como en el aprendizaje social. Los pasos que deben realizar son: modelado cognitivo, modelado cognitivo participante, autoinstrucciones en voz alta, desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta y autoinstrucciones encubiertas. (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2008).	Meichenbaum.

Cuadro 2. Modificaciones de distorsiones cognitivas.

Modificación de distorsiones cognitivas.		
Técnica	Descripción	Autor
Modelo ABC.	Esta técnica hace énfasis en el funcionamiento de las cogniciones de la persona, que engloba creencias, análisis e imágenes mentales. La teoría ABC, estaba basada en tres aspectos fundamentales, tales como: acontecimientos activadores; creencias, pensamientos sobre los mismos y consecuencias emocionales y conductuales. (Roca, 2002).	Albert Ellis.
Técnica de la flecha descendente.	La aplicación de este elemento, se basa principalmente en conocer las creencias básicas irracionales, la técnica empieza a partir de un pensamiento automático concreto, que la persona haya evidenciado y lo haya anotado en su autorregistro. En este punto el terapeuta interroga al pensamiento automático del participante, varias veces hasta que el cliente se sienta incapaz de dar una respuesta negativa para su problema, encontrando de esta forma aspectos razonables y positivos hacia una solución adecuada. (Sánchez, Imbernon, 1996).	Aarón Beck.
Técnica Punto y Contrapunto.	Consiste en modificar algunas creencias disfuncionales que el participante ha detectado como negativas, en donde se ejecuta una dramatización, tanto el terapeuta indica un pensamiento negativo al paciente, haciéndole sentir como si fuera parte de él, por lo que el cliente trata de buscar criterios positivos válidos e irlos relacionando con sus conflictos que presenta. (Bravo y Carretero, 2007).	Aarón Beck.

Cuadro 3. Disminución de síntomas depresivos.

Disminución de síntomas depresivos.		
Técnica	Descripción	Autor
Reestructuración Cognitiva.	El objetivo de la reestructuración cognitiva, es identificar y analizar los pensamientos desadaptativos, convirtiéndolos en pensamientos lógicos y apropiados a su entorno, tratando de eliminar las perturbaciones emocionales. El terapeuta juega un papel clave en la realización de dicha técnica, dado que crea diversas preguntas y diseños conductuales, encaminados hacia una conclusión que sea válida o útil. Sus pasos a seguir son, situación, pensamiento, emoción y conducta. (Bados & García, 2010, p 3).	Aarón Beck.
Psicoeducación.	Esta técnica se utiliza para educar a una persona acerca de la sintomatología, causas, consecuencias y tratamiento del trastorno psicológico que padece. De la misma manera es importante informar a la familia para que sea una fuente de apoyo en el tratamiento de la persona. La psicoeducación tiene características fundamentales dentro de su desarrollo que son transmisión de información, consistencia en el tratamiento, método de autoayuda, etc. (Pelayo, 2014).	John E. Donley.
Cuestionamiento Socrático.	El paciente identifica sus creencias de acuerdo a la situación, por lo que el terapeuta detecta su pensamiento central erróneo, asignando un valor a las mismas, tratando de cuestionarlo y proponiendo nuevas alternativas, con el fin de mejorar un punto de vista diferente y alternativo a sus situaciones. (Tenorio, 2010).	Sócrates.

Cuadro 4. Autoestima.

Técnica	Autoestima Descripción	Autor
Técnica de Metas Individuales.	Consiste en que el paciente pueda proyectarse a su futuro no muy lejano, hacia la realización de sus objetivos o metas a alcanzar. La técnica consiste en tres pasos: metas a corto plazo, metas a largo plazo y metas de la vida. (Cepeda, 2010).	Locke.
Tarjetas de Apoyo.	Las fichas son elaboradas por el paciente, durante el proceso terapéutico con el objetivo de que el mismo las utilice en una situación problemática tratando de manejar positivamente dicho evento, estas son trasladadas a cualquier sitio. Las tarjetas pueden incluir frases motivacionales, sugerencias ante situaciones adversas, entre otras. (Lizárraga, 2014).	Vygotsky.
Técnica dominio y agrado.	El paciente debe anotar en un rango de uno a cinco el grado de dominio y agrado que obtuvo al realizar determinada actividad diaria, definiendo al dominio como el sentido de logro al cumplir de manera adecuada un trabajo, y el agrado como los sentimientos positivos como alegría, recreación, proveniente de esta misma actividad. (“Guía de atención psicológica en trastorno de adaptación”, 2014).	Aaron Beck.

Cuadro 5. Fortalecimiento de relaciones intra e interpersonales.

Fortalecimiento de relaciones intra e interpersonales		
Técnica	Descripción	Autor
Role playing.	Conocida por el nombre de Dramatizaciones, es utilizada para que la persona adquiera capacidades para relacionarse con los demás, además fortifica la autoestima y la resolución de conflictos. Debido a que existe una gran variedad de temas que son planteados de acuerdo a las necesidades del participante. La metodología a utilizarse es: motivación, preparación de la dramatización, dramatización y debate. (García, 1992, pp. 63-64).	Jacob Levy Moreno.
Entrenamiento asertivo.	El objetivo de esta actividad, es lograr en la persona un cambio de conductas impulsivas y negativas a conductas asertivas logrando así que el participante disminuya los problemas en su entorno familiar y social. Los pasos a seguir son: identificar situaciones que requieran comportamientos asertivos, estructurar escenas con la mayor exactitud, describir componentes básicos de habilidades asertivas, el terapeuta escenifica el caso, discusión y aclaración de dudas, ensayos conductuales, ejecución y corrección de problemas del ejercicio, programación de tareas de intersesión. (Valadez, 2002).	Gutiérrez.
Silla Vacía.	La aplicación de este trabajo terapéutico tiene la finalidad de realizar una descarga emocional que causa problemas o dificultades en las relaciones que el paciente ha intentado controlar. Ya que atravesado experiencias perturbadoras con un familiar cercano o ser querido. (Prettel, s.f).	Fritz Perls.

3.3.2.4 Ejecución y aplicación de la propuesta grupal. (Cronograma).

	Fecha	Objetivos	Actividades	Recursos	Responsables
Sesión 1	28-07-2016.	• Fomentar la cohesión grupal. • Generar seguridad al grupo experimental acerca de la confidencialidad del proceso. • Crear normas y reglas que se manejaran en el proceso.	• Dinámica: “El Globo” (20’) • Presentación del equipo clínico y exposición de los objetivos del proceso (10’) • Establecimiento de normas y reglas con la participación de los miembros del grupo. (30’) • Determinación de las expectativas individuales acerca de los beneficios que se pretende alcanzar (20’) • Recapitulación (10’) • TIS: Tarea de fórmula de la primera sesión. (10’)	• Globos. • Cartulinas. • Marcadores. • Hojas. • Esferos.	• Carolina Idrovo. • Karina Parra.

Sesión 2	02-08-2016.	• Identificar las dificultades manifestadas en la TIS. • Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo. • Brindar información de las problemáticas presentadas en el grupo. • Disminuir la sintomatología depresiva grave y moderada presente en los participantes.	• Retroalimentación de la tarea intersesión. (15'). • Dinámica la cebolla (20'). • Expresión de sentimientos acerca del estado anímico (25'). • Técnica: Psicoeducación enfocada en la depresión (30'). • Técnica: Cuestionamiento socrático. (20'). • Recapitulación (10'). • TIS: Post-it para uno mismo. (10').	• Proyector. • Computadora. • Hojas. • Esferos.	• Carolina Idrovo. • Karina Parra.
Sesión 3	04-08-2016.	✓ Lograr la expresión de sentimientos del grupo. ✓ Identificar y modificar pensamientos y conductas	✓ Retroalimentación de la tarea intersesión. (15'). ✓ Dinámica: las escobas globeras. (15').	✓ Escobas. ✓ Globos. ✓ Hojas. ✓ Esferos.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

		inadecuadas acerca de la depresión. ✓ Disminuir la sintomatología depresiva grave y moderada en el grupo focalizado.	✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Técnica: reestructuración cognitiva. (30'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: continuidad de la tarea ejecutada.		
Sesión 4	09-08-2016.	• Identificar las dificultades encontradas en la TIS. • Lograr la expresión de sentimientos en el grupo. • Mejorar las capacidades de afrontamiento que se encuentran disminuidas en los adictos.	• Retroalimentación de la tarea intersesión. (15') • Dinámica "El Bosque". (15') • Expresión de sentimientos. (25') • Técnica solución de problemas. (20') • Técnica de entrenamiento de autoinstrucciones. (20'). • Recapitulación. (10')	• Venda. • Hojas. • Esferos.	• Carolina Idrovo. • Karina Parra.

Sesión 5	11-08-2016.	• Lograr la expresión de sentimientos en el grupo. ✓ Fortalecer las capacidades de afrontamiento ante una situación atravesada por el participante.	✓ Dinámica: El poema colectivo. (20'). ✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Presentación de video: Motivación para la vida: Hazlo ahora. (15'). ✓ Técnica: Inoculación de estrés. (20'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: Termómetro del ánimo. (10').	✓ Proyector. ✓ Computadora. ✓ Parlantes. ✓ Hojas. ✓ Papelógrafo. ✓ Marcadores. ✓ Esferos.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.
Sesión 6	16-08-2016.	✓ Identificar dificultades manifestadas en la TIS. ✓ Lograr la expresión de sentimientos en el grupo. ✓ Identificar las distorsiones cognitivas presentes en el grupo.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Dinámica: Puro cuento. (20'). ✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Psicoeducación de las	✓ Computadora. ✓ Proyector. ✓ Hojas. ✓ Esferos.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

		✓ Modificar distorsiones cognitivas que influyen en el trastorno depresivo.	- distorsiones cognitivas. (30'). ✓ Técnica: ABC. (25'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: Termómetro del estado de ánimo.		
Sesión 7	18-08-2016.	✓ Identificar las dificultades de la tarea intersesión. ✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Disminuir las principales distorsiones cognitivas presentes en los participantes.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Dinámica: Acentuar lo positivo. (15'). ✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Técnica de flecha descendente. (20'). ✓ Técnica punto y contrapunto. (20'). ✓ Recapitulación. (10').	✓ Hojas. ✓ Esferos.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.
Sesión 8	23-08-2016.	✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Fortalecer la autoestima y	✓ Dinámica: encontrando mis cualidades. (20'). ✓ Expresión de	✓ Hojas. ✓ Esferos. ✓ Marcadores.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

		autoconcepto deteriorados en los miembros del grupo focalizado.	sentimientos. (25'). ✓ Técnica: Cartas de apoyo. (20'). ✓ Técnica de dominio y agrado. (20'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: utilización del material ejecutado en la terapia.	✓ Cartulinas. ✓ Cintas. ✓ Tijeras.	
Sesión 9	25-08-2016.	✓ Identificar dificultades en la tarea de intersesión. ✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Reforzar la autoestima y el autoconcepto de los miembros del grupo focalizado.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Dinámica: lavado de coche (15'). ✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Técnica: Metas individuales. (20'). ✓ Video: La Autoestima. (20'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: cartas de apoyo.	✓ Computadora. ✓ Proyector. ✓ Parlantes. ✓ Esferos. ✓ Hojas.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

Sesión 10	30-08-2016.	✓ Identificar las dificultades presentadas en la TIS. ✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Fortificar las relaciones intra e interpersonales del grupo focalizado.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Dinámica: El escudo. (20'). ✓ Expresión de sentimientos. (25'). ✓ Video: La familia. (15'). ✓ Técnica: Silla Vacía. (30'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: El amuleto.	✓ Computadora. ✓ Proyector. ✓ Parlantes. ✓ Música.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.
Sesión 11	01-09-2016.	✓ Identificar las dificultades presentadas en la TIS. ✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Recuperar las relaciones intra e interpersonales, deterioradas en los participantes.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Dinámica: Cabeza con cabeza. (20'). ✓ Expresión de sentimientos (25'). ✓ Técnica: role playing. (25'). ✓ Técnica: entrenamiento	✓ Historia. ✓ Hojas. ✓ Esferos.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

			asertivo. (20'). ✓ Recapitulación. (10'). ✓ TIS: La carta de despedida. (10').		
Sesión 12	06-09-2016.	✓ Identificar las dificultades presentadas en la TIS. ✓ Lograr la expresión de sentimientos. ✓ Aclarar los conocimientos adquiridos durante las intervenciones. ✓ Culminar el proceso terapéutico.	✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión. (10'). ✓ Expresión de sentimientos (25'). ✓ Dinámica: no hagas al otro lo que no quieren que te hagan a ti. (20'). ✓ Recapitulación de lo aprendido. ✓ Cierre del proceso.	✓ Papelógrafo. ✓ Marcadores. ✓ Hojas. ✓ Esferos. ✓ Computadora. ✓ Música. ✓ Parlantes.	✓ Carolina Idrovo. ✓ Karina Parra.

3.4 Cierre.

Todas las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a los adictos de la comunidad terapéutica municipal de Azogues, servirán para disminuir la sintomatología depresiva, que puede llegar a ser un factor de riesgo para una posible recaída en el consumo de sustancias, por lo que para evidenciar el trabajo realizado se llevará a cabo la aplicación de un retest para la comprobación de resultados obtenidos, con la finalidad de cumplir el estudio propuesto logrando un mejor diagnóstico en cada uno de los participantes del grupo focalizado, de manera que se pueda establecer una comparación entre los miembros del grupo control y experimental.

Es indispensable la ejecución de un seguimiento de las intervenciones basado en informes por sesión, midiendo los avances, dificultades u aspectos relevantes presentados, y además al finalizar el proceso es necesario brindar toda la información, actividades, resultados, anexos reflejados en un informe final, con el objetivo de demostrar el trabajo realizado con el grupo focalizado.

3.5 Conclusión.

La claridad con la que se han planteado las diferentes técnicas enfocadas en el modelo cognitivo conductual dentro del dispositivo grupal focalizado, pretende que los resultados obtenidos sean positivos tanto para que los objetivos planteados en nuestra investigación se cumplan sino también que las personas con estos trastornos puedan tener una mejor calidad de vida al superarlos de una manera correcta, porque muchas de las veces la sintomatología depresiva que los pacientes han ignorado padecer les ha llevado a caer en el mundo del alcohol y las drogas y viceversa.

El lograr que el paciente obtenga resultados positivos en el proceso es de gran importancia, debido a que el mismo podría ser un factor fundamental en una posible recaída del individuo, logrando mejorar su capacidad de afrontamiento, autoestima, la persona va a obtener una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4. Introducción.

Este capítulo está centrado en plasmar los resultados obtenidos en base al dispositivo grupal, planteado principalmente como núcleo de la investigación, teniendo sus raíces en la terapia cognitivo conductual, cabe recalcar que el trabajo realizado tuvo como respaldo los resultados positivos obtenidos de diversos estudios anteriormente mencionados, logrando bases fortificadas en el desarrollo del proceso terapéutico.

De igual manera se ha podido desarrollar diferentes figuras que demuestran gráficamente los resultados del proceso grupal, en donde es posible observar detalladamente la disminución de la patología expuesta al inicio de la intervención, además de obtener un aumento de las áreas planteadas como la autoestima, resolución de problemas, capacidades de afrontamientos, relaciones intra e interpersonales y distorsiones cognitivas, fortaleciendo la eficacia de la terapia realizada.

El objetivo trazado que consistió en desarrollar un dispositivo grupal focalizado en depresión, dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas mediante intervenciones cognitivo conductual, fue cumplido en su totalidad por los resultados positivos obtenidos, los mismos que se serán expuestos en este capítulo.

4.1 Análisis de resultados cuantitativos.

4.1.1 Datos sociodemográficos del grupo control.

Para una mayor comprensión acerca de la división de los dos grupos que formaron parte del proceso investigativo, fue necesario establecer los diferentes datos sociodemográficos de cada uno de ellos, según distintas variables como sexo, edad, género, instrucción, estado civil y ciudad de procedencia. Que se explican a continuación:

1. Edad:

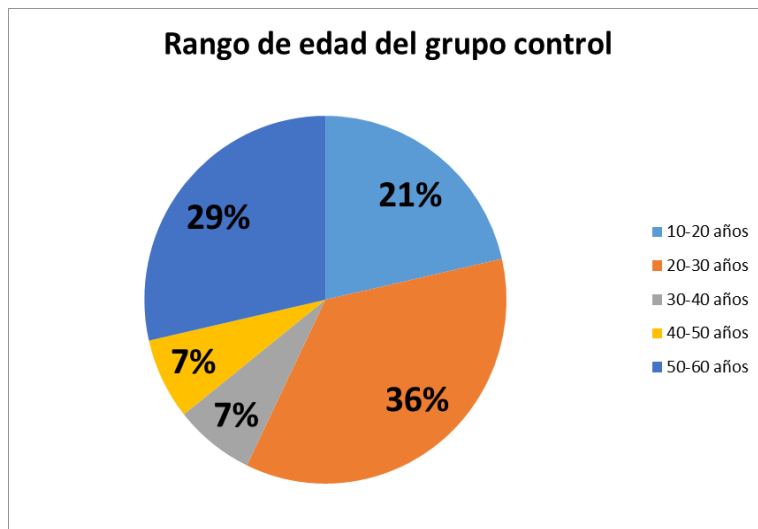


Figura 1. Rango de edad del grupo control.

Según las condiciones establecidas en la comunidad terapéutica, el rango de edad permitido para el ingreso de pacientes es de 18 a 60 años, por lo que dentro del grupo control existe variedad entre los diferentes pacientes, presentándose un mayor número de usuarios en las variables de 20-30 años, abarcando un 36%.

2. Género:

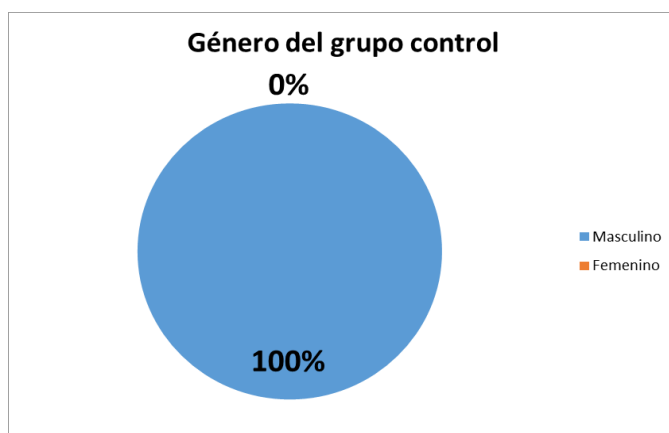


Figura 2. Género del grupo control.

El género para el que está elaborado el proceso de la comunidad terapéutica es exclusivamente para varones, manifestándose en su totalidad este aspecto dirigido para el sexo masculino, representando un 100% dentro del grupo control, sin embargo la

comunidad terapéutica ofrece recuperación a mujeres adictas a sustancias psicoactivas a través de consultas psicológicas externas.

3. Estado Civil:

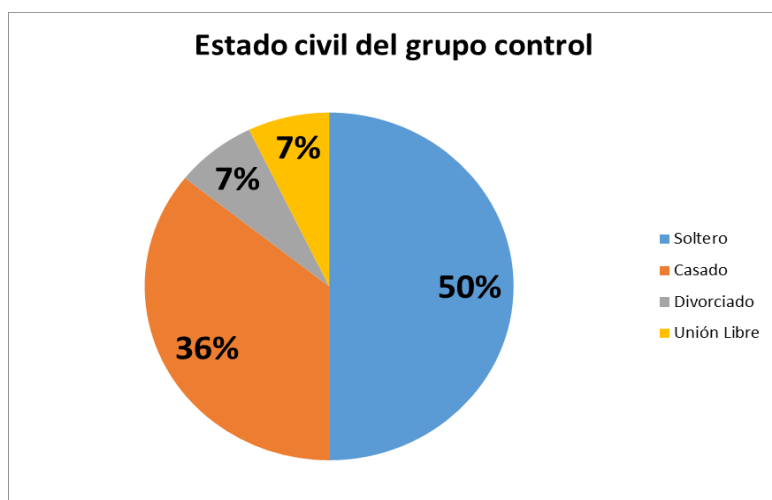


Figura 3. Estado civil del grupo control.

El estado civil es fundamental en los pacientes que ingresan a la institución, ya que nos da una pauta para conocer la calidad de relaciones interpersonales que maneja el usuario, siendo esta una causa principal del ingreso al consumo de sustancias, de acuerdo al estudio planteado se observa un 50% de usuarios solteros, por lo que anteriormente han experimentado relaciones tóxicas que no les han permitido llegar a un matrimonio o formar una relación estable, además se puede evidenciar que el 36% son casados lo que les brinda un apoyo adicional en su recuperación.

4. Instrucción:

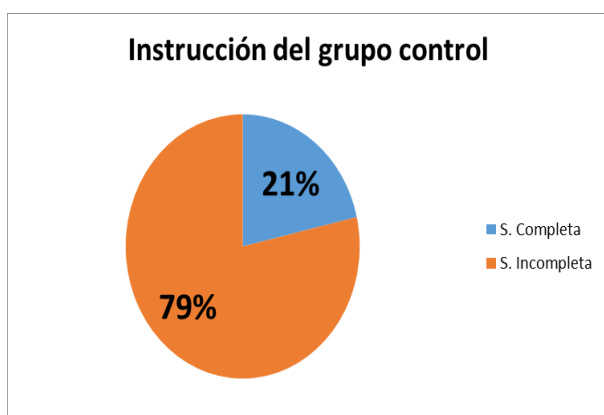


Figura 4. Instrucción del grupo control.

La gran mayoría de los usuarios por la causa de su consumo, abandonan a temprana edad metas importantes en su vida, especialmente su educación, ya sea secundaria o superior, siendo indispensable el establecimiento del nivel educativo, para poder encontrar recursos que sirvan en el proceso de recuperación. Como se puede observar en el gráfico el 79% de los pacientes no han culminado sus estudios secundarios, siendo una propuesta positiva de la comunidad el ofrecer la oportunidad de culminar su colegiatura.

5. Lugar de procedencia:

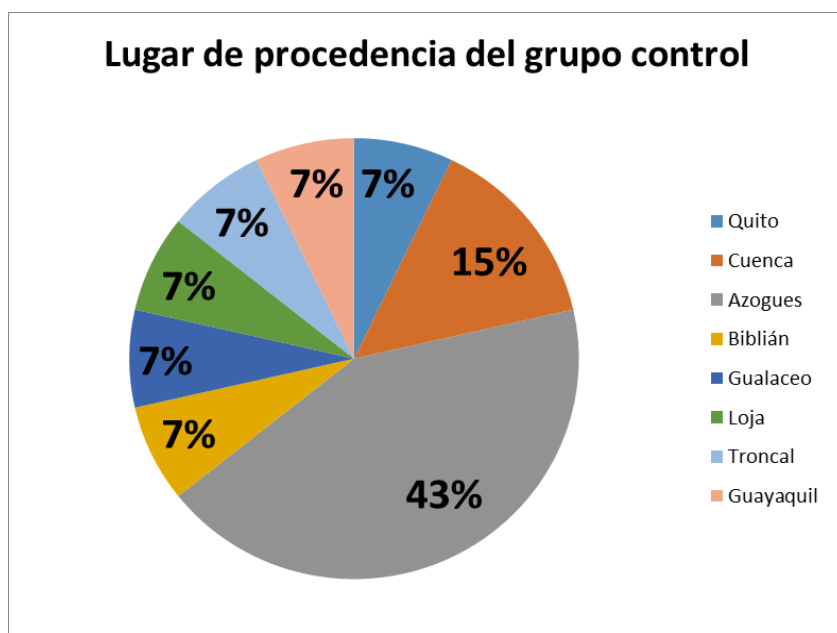


Figura 5. Lugar de procedencia del grupo control.

Determinar el lugar de procedencia de cada uno de los usuarios amplía el conocimiento para la investigación, acerca de los lugares en donde mayormente se expende y se consume sustancias psicoactivas, encontrando un 43% de usuarios originarios de Azogues, que actualmente se ha evidenciado un aumento en los adolescentes de esta ciudad.

4.1.2 Datos sociodemográficos del grupo experimental:

1. Edad:

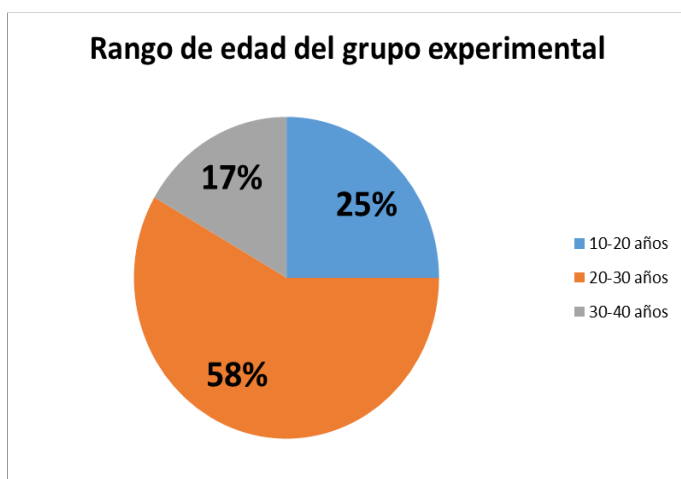


Figura 6. Rango de edad del grupo experimental.

Como se ha establecido anteriormente, el rango de edad es un factor importante dentro de la investigación realizada, debido a que el criterio programado del dispositivo grupal, abarca una edad que oscila entre sujetos de 18 y 35 años, lo que genera en el estudio que la mayor parte de usuarios pertenezcan a un rango de edad de 20 a 30 años, generando un 58% de la muestra.

2. Género:

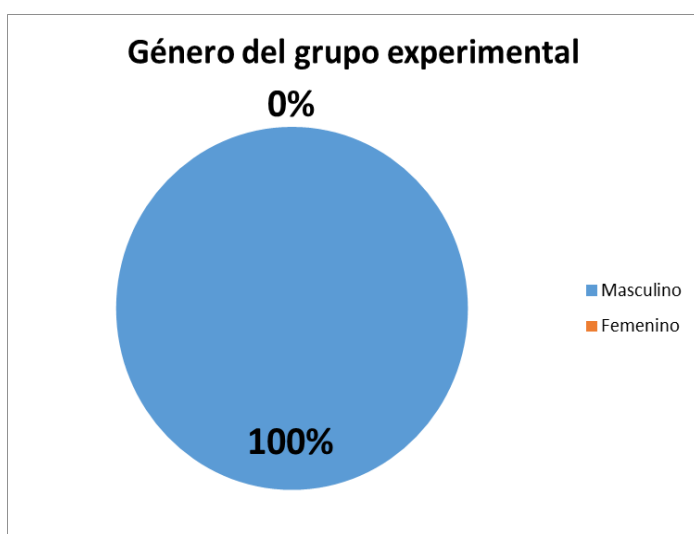


Figura 7. Género del grupo experimental.

El grupo experimental y el grupo control trabajan en su totalidad con individuos de género masculino, ya que el universo de la comunidad terapéutica está centrado en el trabajo con personas de este género, lo que implica que dicha variable no se altere en los dos grupos participantes de la investigación.

3. Estado civil:

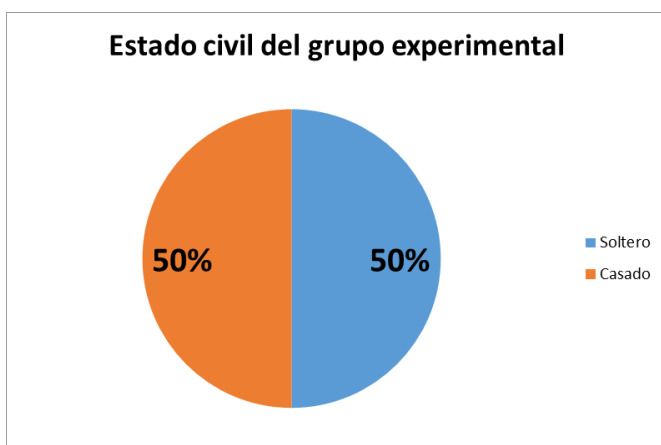


Figura 8. Estado civil del grupo experimental.

A diferencia del grupo control, el grupo experimental presenta una muestra homogénea de personas con estado civil del 50% de individuos solteros y el 50% restante son personas desposadas, lo que permite trabajar a cabalidad en estas dos variables, con la finalidad de cumplir el objetivo planteado de mejorar y fortalecer las relaciones intra e inter personales.

4. Instrucción:

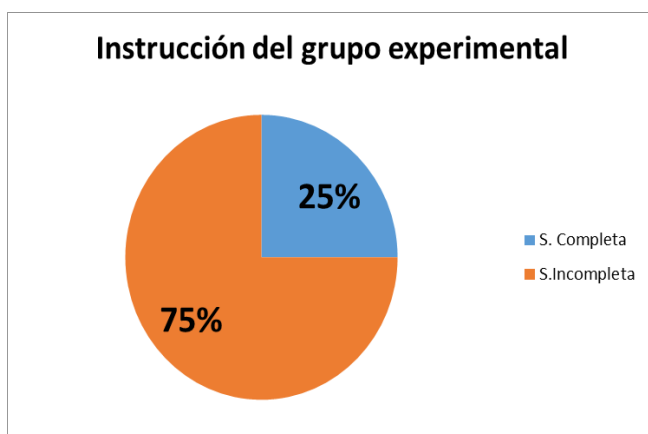


Figura 9. Instrucción del grupo experimental.

De igual manera que el grupo control, en este gráfico se puede observar que el 75% de los participantes no han concluido sus estudios secundarios lo que le dificulta a la persona a desarrollarse en el ámbito laboral, posteriormente de su recuperación, aceptando el apoyo de la comunidad de finalizar su formación académica.

5. Lugar de procedencia:



Figura 10. Lugar de procedencia del grupo experimental.

A diferencia del grupo control, en este gráfico se puede evidenciar que el grupo experimental está conformado en un 67% de personas procedentes de Cuenca, entregando índices alarmantes del crecimiento del expendio de sustancias psicoactivas.

4.1.3 Análisis global del grupo control.

4.1.3.1 Análisis global inicial del grupo control:

Test de Casullo y Cols.

Diagnóstico Inicial	Puntaje
D. Leve	3
D. Moderada	8
D Grave	3

Tabla 7. Dx. de la escala Casullo y Cols inicial del grupo control.

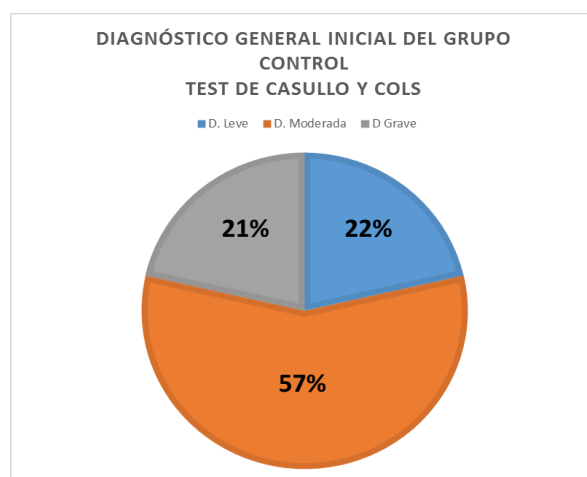


Figura 11. Dx. General inicial del grupo control test Casullo y Cols.

En relación al test aplicado Casullo y Cols, se logró determinar que un 57% de los usuarios de la comunidad manifiestan depresión moderada, sin dejar de lado que un 22% padecen depresión grave, siendo imposibilitado su ingreso al grupo experimental por no cumplir con los criterios de inclusión restantes, no obstante los mismos reciben psicoterapia individual y grupal, lo que ayuda a superar dicho trastorno. Es indispensable recalcar que el 21% de usuarios presentan un diagnóstico de depresión leve, debido a que ellos se encuentran culminando su proceso de recuperación y han logrado vencer estas problemáticas.

Test BDI II:

Diagnóstico Inicial	Puntaje
D. Leve	3
D. Moderada	8
D Grave	3

Tabla 8. Dx. de la escala BDI II inicial del grupo control.

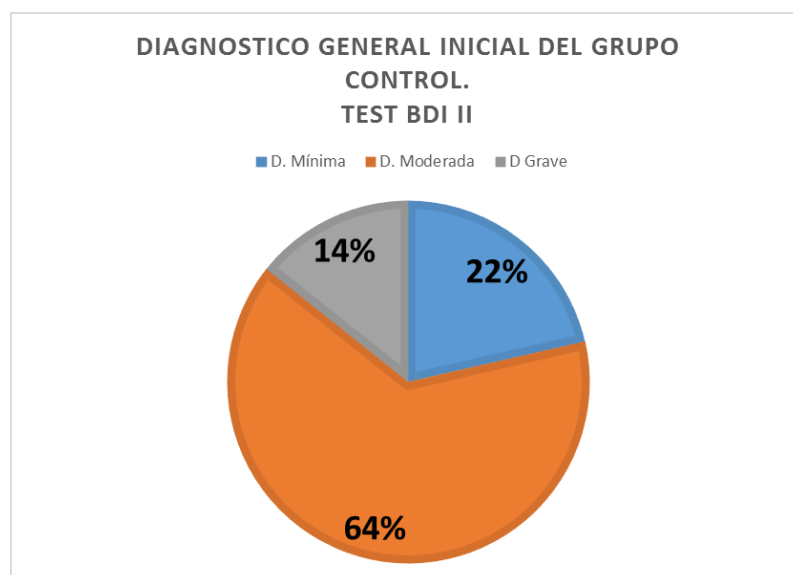


Figura 12. Dx. General inicial del grupo control test BDI II.

De igual manera se realizó la aplicación de la escala BDI II, con la finalidad de comprobar el diagnóstico depresivo y dando más realce a la ejecución, obteniendo una similitud parcial en el trastorno de depresión moderada, es decir un 64% de la muestra, igualmente se destaca la presencia de un 22% de usuarios que padecen depresión grave y que debe tratado por parte del psicólogo clínico y operador vivencial, trabajando de esta forma las problemáticas que le han llevado a manifestar tal patología. Estos resultados son de gran importancia por lo que se utilizará para la comprobación de las mejorías alcanzadas en el grupo control.

4.1.3.2 Análisis global final del grupo control:

Test Casullo y Cols:

Diagnóstico Final	Puntaje
D. Leve	7
D. Moderada	5
D Grave	2

Tabla 9. Dx. de la escala Casullo y Cols final del grupo control.

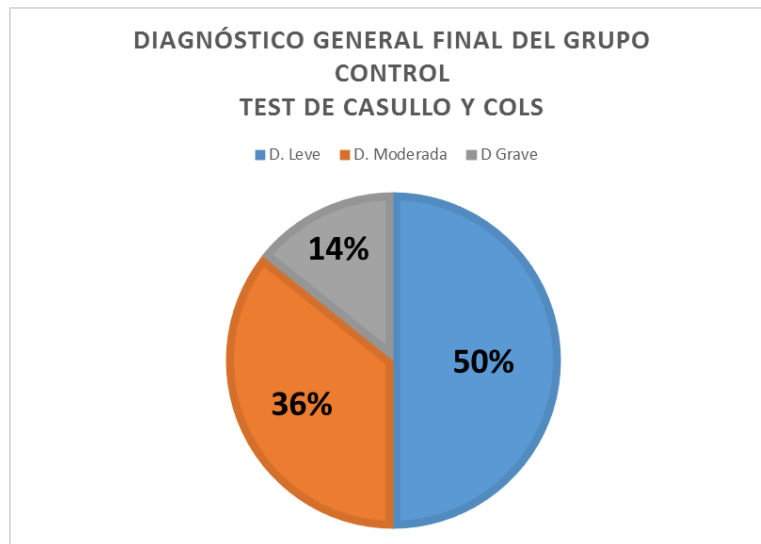


Figura 13. Dx. General final del grupo control test Casullo y Cols

Con la aplicación del retest Casullo y Cols se pudo comprobar que la depresión diagnosticada en la fase inicial, ha disminuido de manera gradual en la mayor parte de los casos, debido a la terapia individual realizada por parte del cuerpo clínico de la comunidad terapéutica, pero no se logró los resultados alcanzados del grupo experimental, es fundamental indicar que el 50% de los usuarios del grupo control alcanzó el diagnóstico de depresión leve, no obstante es importante mencionar que la terapia recibida diariamente en la institución ayudó de manera significativa a superar dicha patología. El 36% de los participantes del grupo control no logró obtener resultados fructíferos, ya que continúan con el diagnóstico de depresión moderada, dejando un porcentaje mínimo del 14% con depresión grave, sin el conocimiento de razones concretas de la falta de mejorías en estos pacientes.

BDI II:

Diagnóstico Final	Puntaje
D. Mínima	7
D. Moderada	6
D Grave	1

Tabla 10. Dx. de la escala BDI II final del grupo control.

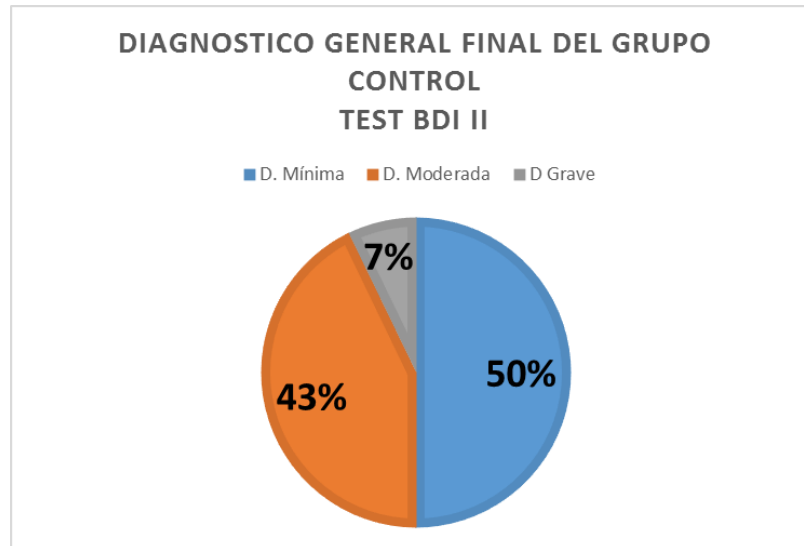


Figura 14. Dx. General final del grupo control test BDI II.

En relación a la escala BDI II, se puede determinar que al igual que el Test de Casullo y Cols el 50% de los participantes obtuvieron un diagnóstico de depresión mínima, presentando una correlación adecuada en relación a los resultados expuestos en la escala anterior, del mismo modo se constata que existe un alto porcentaje del 43% de pacientes que padecen depresión moderada, además de un 7% que sobrelleva un diagnóstico de depresión grave, concluyendo de esta manera que una parte de los usuarios del grupo control no han logrado superar las dificultades relacionadas a su estado anímico.

4.1.4 Análisis global del grupo experimental.

4.1.4.1 Análisis global inicial del grupo experimental.

Test Casullo y Cols:

Diagnóstico Inicial	Puntaje
Depresión Moderada	6
Depresión Grave	6

Tabla 11. Dx. de la escala Casullo y Cols inicial del grupo experimental.

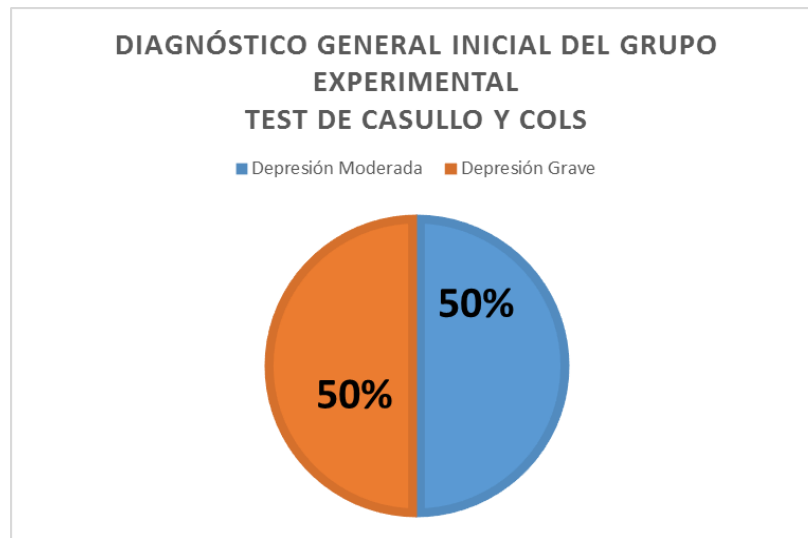


Figura 15. Dx. General inicial del grupo experimental test Casullo y Cols.

El éxito del dispositivo grupal en diversas ocasiones depende de la selección de los participantes y más aún de la elaboración de los criterios de inclusión, en los cuales uno de los principales era presentar un diagnóstico de depresión moderada o grave que pudo ser comprobado en esta gráfica. En relación a los test aplicados, se logró observar que en la escala de Casullo y Cols se obtuvo resultados equivalentes con un porcentaje de 50% en ambas categorías, demostrando que los pacientes escogidos para el grupo experimental poseían esta patología en un alto grado, siendo urgente la aplicación terapéutica, para proporcionarles una mejor calidad de vida junto a su recuperación.

Test BDI II:

Diagnóstico Inicial	Puntaje
Depresión Moderada	8
Depresión Grave	4

Tabla 12. Dx. de la escala BDI II inicial del grupo experimental.

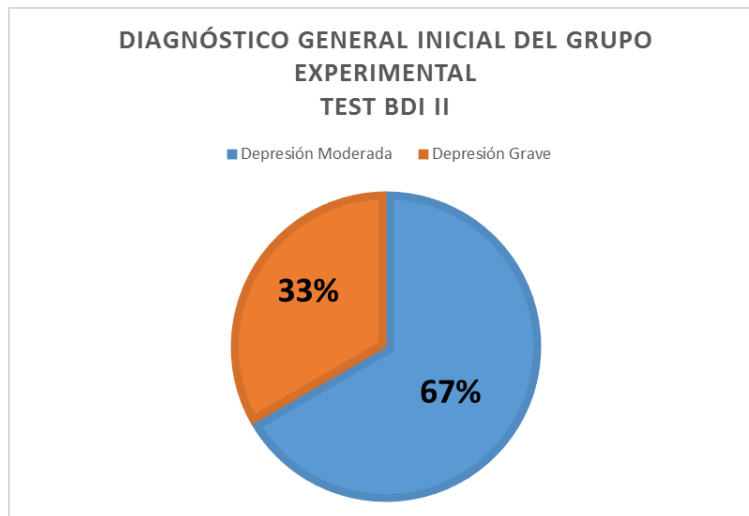


Figura 16. Dx. General inicial del grupo experimental test BDI II.

Según los resultados analizados de la escala BDI II, se puede revelar que un alto porcentaje del 67% de los usuarios padecen depresión moderada, sin embargo no es posible dejar de lado un elevado 33% producto de una depresión grave, de manera que se cumplió el criterio de inclusión establecido por la investigación, que consiste en abarcar un diagnóstico de patología depresiva.

4.1.4.2 Análisis global final del grupo experimental.

Test Casullo y Cols:

Diagnóstico Final	Puntaje
Depresión Leve	10
Depresión Moderada	1
Abandono	1

Tabla 13. Dx. de la escala Casullo y Cols final del grupo experimental.

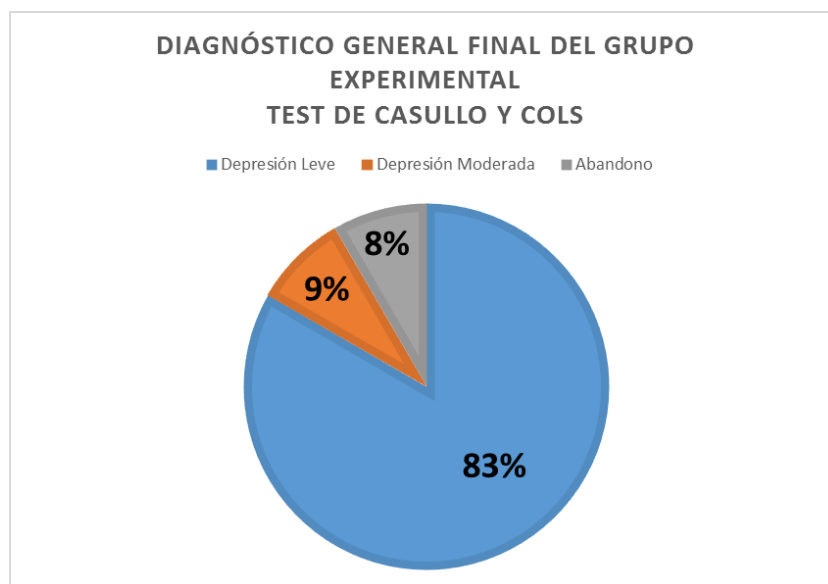


Figura 17. Dx. General final del grupo experimental test Casullo y Cols.

De igual manera que fue realizado el retest al grupo control para medir los avances que han logrado alcanzar los participantes, se debe ejecutar la misma acción al grupo experimental para analizar la superación o fracaso del estudio. Los resultados obtenidos en el retest aplicado al grupo experimental arroja deducciones positivas, ya que el 83% de los participantes logró superar la patología presentada en base a las técnicas brindadas en el dispositivo grupal, siendo comprobado el éxito del estudio investigativo; además de cumplir con la totalidad de los objetivos propuestos y de modo principal el mejorar la calidad de vida de estas personas. Al comparar tanto al grupo control como experimental, se puede concluir que los resultados del grupo terapéutico (83%) superan en un alto grado al del grupo control (50%).

Test BDI II:

Diagnóstico Final	Puntaje
Depresión Mínima	10
Depresión Moderada	1
Abandono	1

Tabla 14. Dx. de la escala BDI II final del grupo experimental.

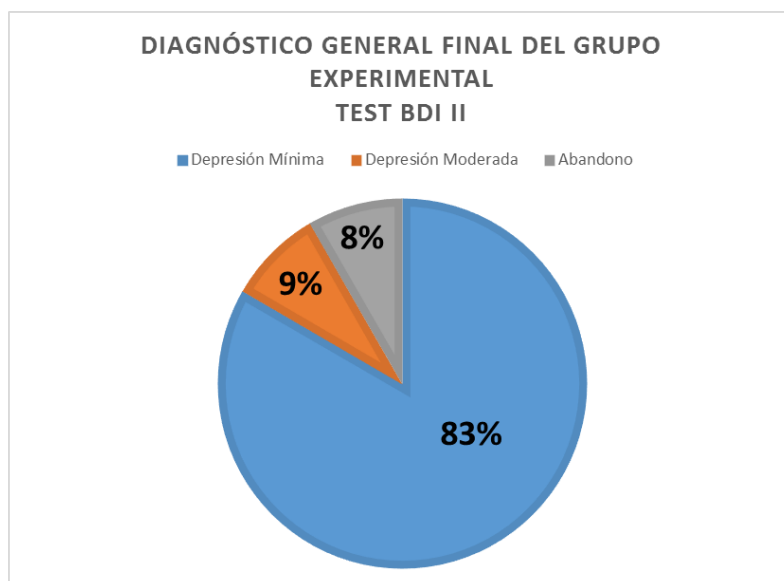


Figura 18. Dx. General final del grupo experimental test BDI II.

La aplicación del retest demuestra una correlación significativa, debido a que existe un igual porcentaje del 83% equivalente a depresión mínima, exhibiendo un elevado grado de superación en los pacientes, dejando claro que los mismos han podido vencer las problemáticas atravesadas, mediante la ayuda y soporte de las intervenciones grupales terapéuticas así como con la sinceridad y colaboración brindada por los participantes. Otro aspecto fundamental a mencionar es el abandono de uno de los usuarios de la comunidad terapéutica que fue parte del dispositivo grupal, siendo una dificultad ajena a la investigación.

4.1.5 Análisis cuantitativo general del grupo experimental

Para una mayor comprensión, se elaboró un estudio general del antes y después del proceso terapéutico, de manera que exista más claridad acerca de los cambios realizados por el grupo experimental.

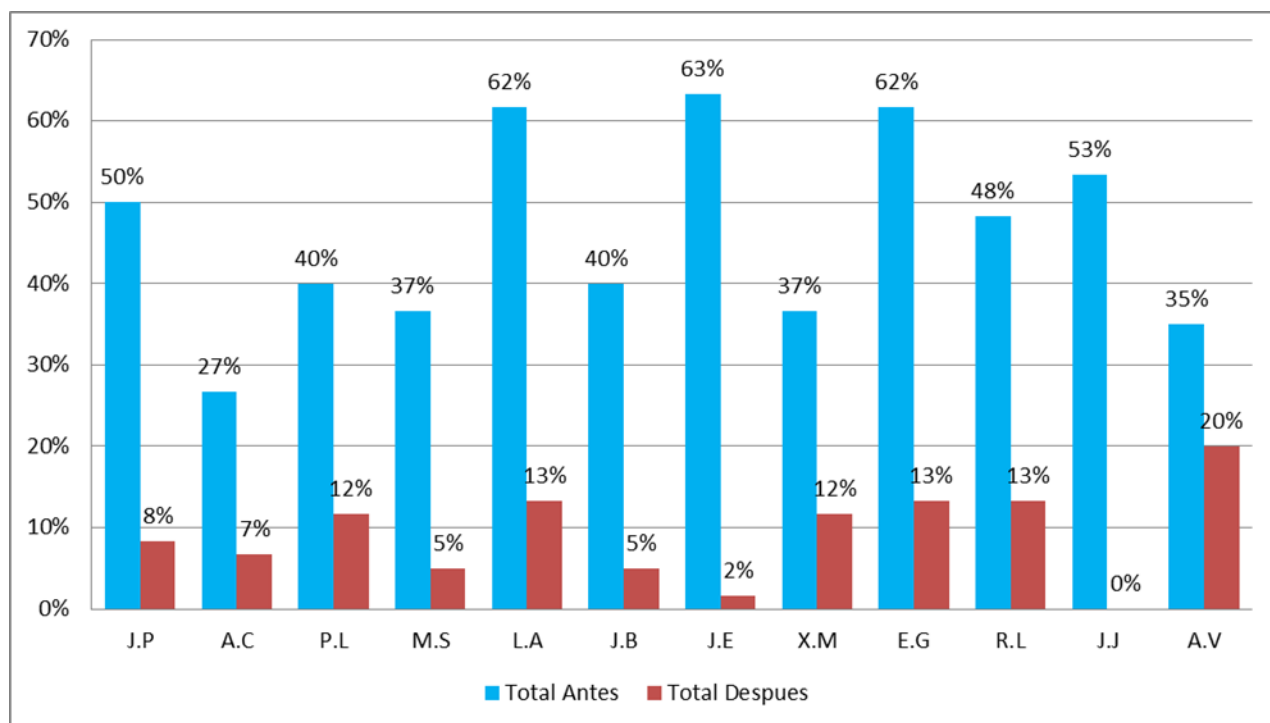


Figura19. Avances del antes y después del grupo experimental en el test de Casullo y Cols.

4.1.5.1 Avances del test Casullo y Cols:

La aplicación del test Casullo y Cols, tanto al iniciar como al finalizar el proceso, demuestra los excelentes resultados alcanzados en la intervención grupal, ya que un 83% de los usuarios lograron disminuir su depresión moderada y grave a una depresión leve, observando en la figura los bajos porcentajes obtenidos en el retest. Un punto fundamental dentro de los resultados obtenidos es el abandono esporádico de la comunidad terapéutica de un participante, lo que provocó la ausencia de conocimiento acerca de una posible mejoría, además se debe tener en cuenta que el éxito no se dio en un 100%, es decir el resultado no fue satisfactorio para todos los participantes, ya que uno de los usuarios no pudo asimilar de una manera adecuada las técnicas impartidas en las sesiones, por las diferentes crisis familiares atravesadas, que no permitieron su concentración total en la terapia.

4.1.5.2 Avances del test BDI II:

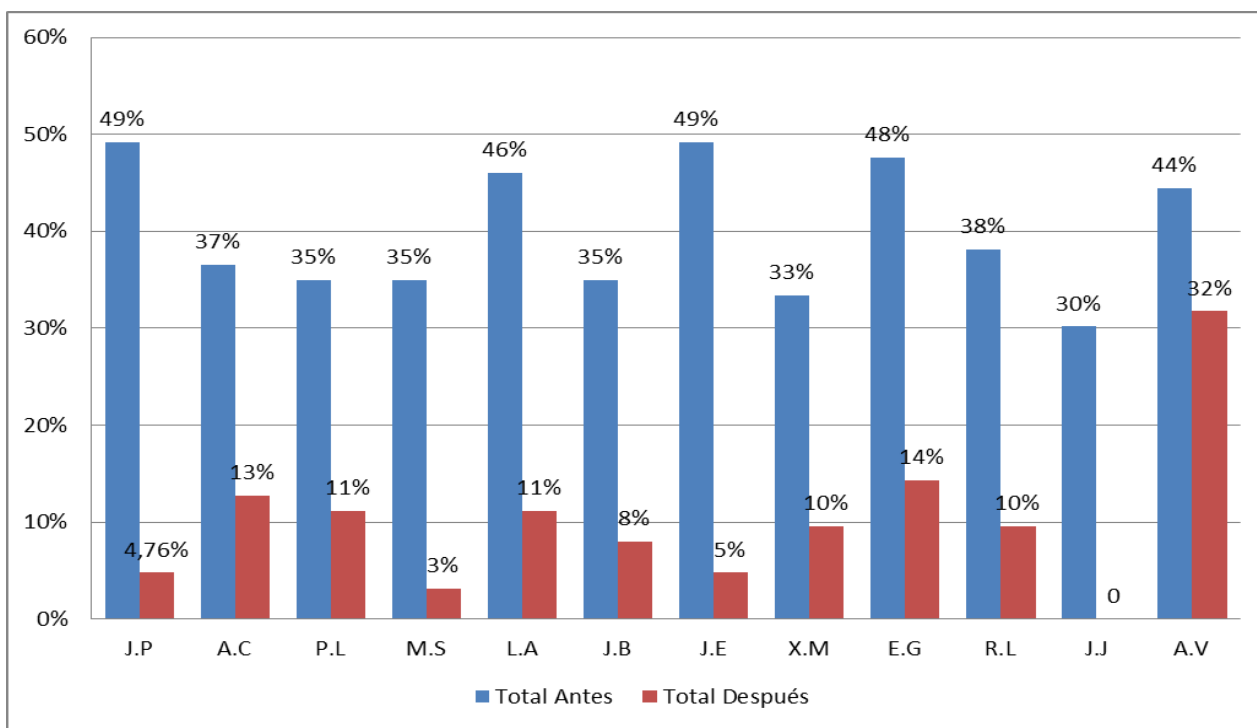


Figura 20. Avances del antes y después del grupo experimental en el test de BDI II.

Se ha podido determinar de igual manera que la escala BDI II, aporta resultados acerca de la mejoría de un 83% de los participantes, que fue comprobado a través del retest, reflejando frutos positivos sin mencionar a las personas que han sido explicadas anteriormente, concluyendo que el estudio investigativo ha logrado disminuir la patología expuesta por los mismos. Se puede concluir además que las intervenciones establecidas con los diferentes temas planteados para cada sesión fueron contundentemente eficaces para la problemática planteada, mejorando la salud mental de cada uno de ellos.

4.2 Análisis de resultados cualitativos.

Cada una de las intervenciones grupales fue documentada, analizada y ejecutada de forma sistematizada, con el objetivo de crear evidencias que respalden el trabajo realizado; además de contar con un formato de registro que examina los avances o resistencias hacia el proceso psicoterapéutico así como la comprensión de los temas impartidos en cada una

de las sesiones. Las doce sesiones y su respectiva evolución serán explicados a continuación:

Informe Psicológico

Sesión N. 1

Fecha: 28 de Julio del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Fomentar la cohesión grupal.
- ✓ Generar seguridad al grupo experimental acerca de la confidencialidad del proceso.
- ✓ Crear normas y reglas que se manejaran en el proceso.

Actividades.

- ✓ Dinámica: “El Globo”.
- ✓ Presentación del equipo clínico y exposición de los objetivos del proceso.
- ✓ Establecimiento de normas y reglas con la participación de los miembros del grupo.
- ✓ Determinación de las expectativas individuales acerca de los beneficios que se pretende alcanzar.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: Tarea de fórmula de la primera sesión.

Evolución.

Los participantes fueron reunidos en la sala de terapia los cuales se encontraban nerviosos ya que desconocían en lo que iban a participar; para tranquilizarlos se procedió a ejecutar la dinámica “El Globo” actividad que fue realizada con éxito, ya que los usuarios se mostraron participativos evidenciando la ausencia de nervios al momento de participar en las actividades, además lograron cumplir con las consignas dadas, mencionaron su

nombre, edad, comida favorita, etc., logrando una cohesión y un ambiente grupal positivo. En segundo lugar se efectuó la presentación del equipo clínico y la exposición de los objetivos del proceso, además de la aclaración de la confidencialidad de los temas tratados en el grupo focalizado, los participantes en este momento se sintieron con una mayor confianza de comentar, ideas cuando se las solicitaba, por lo que expresaron cierta preocupación en tratar de comentar sus opiniones.

Una de las actividades de mayor importancia fue el establecimiento de normas y reglas que fueron sugeridas por los miembros del grupo focalizado, que será colocado al inicio de cada sesión con el objetivo que se cumpla a cabalidad las normas planteadas, entre las pautas planteadas se encontraba el respetar la opinión de los compañeros, no reírse en terapia, no dormirse, respetar la intervención terapéutica, etc., se pudo observar que los usuarios al momento de establecer las normas cada uno se iba comprometiendo con ellas, aumentando la motivación en los usuarios a participar de la intervención grupal. De igual modo se determinó las expectativas individuales acerca de los beneficios que se pretende obtener, siendo mencionadas metas positivas y alcanzables. Entre una de ellas es poder controlar su carácter y temperamento ante una situación, fortalecer la autoestima, mejorar la capacidad de afrontamiento a diversos eventos, entre otras. Por lo que se llevó a cabo una recapitulación de los temas vistos en sesión, observando que los participantes tenían claro todo lo impartido. Para finalizar se envió la TIS: “Tarea de Fórmula de la primera sesión” con sus respectivas indicaciones, aquí los usuarios presentaban ciertas dudas que fueron aclaradas por la terapeuta. Se evidenció en los usuarios un alto grado de cooperación y motivación al participar en la terapia grupal.

Observaciones.

Uno de los participantes no ingreso a la intervención grupal, debido a que se manifestó una ayuda denominada “El Chivo” como normativa de la comunidad, sin embargo luego de la culminación de la terapia fue abordado para brindarle la explicación de lo realizado en terapia.

Informe Psicológico

Sesión N. 2

Fecha: 2 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Disminuir la sintomatología depresiva grave y moderada presente en los participantes
- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Brindar información de las problemáticas presentadas en el grupo.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Dinámica la cebolla.
- ✓ Expresión de sentimientos acerca del estado anímico.
- ✓ Técnica: Psicoeducación enfocada en la depresión.
- ✓ Técnica: Cuestionamiento socrático.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: Post-it para uno mismo.

Evolución.

Para dar inicio a la sesión se dio lectura a las reglas y expectativas como un recordatorio de las normativas establecidas previamente, con la finalidad de seguir a cabalidad las mismas dentro de cada sesión; seguidamente se realizó una retroalimentación de la tarea intersesión denominada: “La fórmula de la primera sesión” en la cual los usuarios manifestaron haber recordado momentos buenos con sus familias que los motivaban dentro de su recuperación, no obstante uno de los participantes demostró malestar ya que había

recordado momentos vividos con su hijo fallecido hace un año, siendo identificado un duelo no superado, sin embargo retroalimentaron la problemática sus compañeros y la terapeuta; en tercer lugar se realizó la dinámica denominada “La Cebolla” los participantes se mostraron participativos y colaboradores obteniendo como conclusión que dichas actividades determinadas adquieren una función que es trabajar en equipo, a través de coordinación y compañerismo.

A continuación se procedió a la expresión de sentimientos en la que uno de los participantes se mostró inestable ya que no ha recibido psicoterapia por aproximadamente quince días, sintiéndose decepcionado por no superar sus problemáticas de manera correcta, se dio una retroalimentación acerca del tema expuesto para lograr tranquilizar al paciente lográndolo de modo positivo, en la psicoeducación realizada acerca de la depresión y su sintomatología los participantes lograron reconocer los síntomas que ellos han presentado y que varias ocasiones le han causado dificultades; de modo que los usuarios manifestaron haber estado confundidos numerosas veces en lo que respecta a la conceptualización de la depresión y la gravedad de esta. En el cuestionamiento socrático se indago acerca de los síntomas de la depresión, la mayor parte de los participantes habían manifestado presentar intentos de suicidio y se identificaron con más de seis síntomas, declarando que está patología ha afectado su vida. La exposición dada respecto a la depresión fue fructífera ejecutando preguntas y aclarando dudas o indagación a profundidad de este tema, demostrando una comprensión notable y siendo participativos en toda la intervención terapéutica por sus opiniones y experiencias de su vida. Los usuarios entendieron claramente la TIS ostentando comprensión y facilidad para realizarlo.

Observaciones.

En la intervención terapéutica uno de los usuarios demostró apatía y sueño, debido a que se encontraba inestable dando como resultado una falta de concentración en la sesión.

Informe Psicológico

Sesión N. 3

Fecha: 4 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Disminuir la sintomatología depresiva grave y moderada en el grupo focalizado.
- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de sentimientos del grupo.
- ✓ Identificar y modificar pensamientos y conductas inadecuadas acerca de la depresión.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica: reestructuración cognitiva.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: continuidad de la técnica de reestructuración cognitiva.

Evolución.

Se dio inicio a la sesión con la lectura de las reglas y expectativas establecidas, agregando una nueva regla propuesta por los usuarios, respecto a la confidencialidad de los temas trabajados en terapia, por motivo de haber ejecutado una ayuda en el encuentro matinal, dinámica que se maneja dentro de la comunidad terapéutica, por lo que no debe ser expresada en la misma, seguidamente se realizó una retroalimentación de la TIS llamada: “Post-it para uno mismo” manifestando motivación y seguridad para continuar en su proceso efectuándose correctamente, como tercer punto se realizó la dinámica “Las escobas

globeras” en la cual los participantes lograron disminuir su tensión y estrés, logrando un momento de diversión, además concluyeron que alcanzaron trabajar y lograr la meta planteada a través del apoyo entre compañeros, la cohesión, la organización, entre otros., en la expresión de sentimientos el usuario X que había manifestado sentirse mal en la sesión anterior continuaba inestable, por la ausencia de no recibir psicoterapia lo cual le afectaba en su proceso, sin embargo todos los demás participantes se encontraban estables según su estado anímico.

En la técnica de reestructuración cognitiva la terapeuta escogió a uno de los participantes para tomar una situación atravesada del mismo como ejemplo, por lo que los demás usuarios lo realizaron sucesivamente, brindándoles explicaciones y dudas citadas en la ejecución, añadiendo más ejemplos de su vida para la explicación correspondiente, siendo aclaradas correctamente, los usuarios manifestaron entender que existe un proceso para realizar una conducta, ellos decidieron nombrar a la terapia como SPEC (iniciales de la técnica: Situación, Emoción, Pensamiento y Conducta), para poderla realizar en diferentes eventos estresantes para ellos. En la recapitulación los participantes se mostraron motivados y contentos de lo aprendido en la sesión logrando una atención correcta de ellos, para fortalecer tal técnica se recomendó realizar la reestructuración cognitiva como TIS para que pueda ser utilizada por los participantes con mayor facilidad.

Observaciones.

No se han determinado observaciones durante la intervención terapéutica.

Informe Psicológico

Sesión N. 4

Fecha: 09 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Mejorar las capacidades de afrontamiento que se encuentran disminuidas en los adictos.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Dinámica “El Bosque”.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica solución de problemas.
- ✓ Técnica de entrenamiento de autoinstrucciones.
- ✓ Recapitulación.

Evolución.

La sesión terapéutica inició con la lectura de las reglas establecidas para que se dé cumplimiento a estas. Posteriormente se realizó la dinámica el “Bosque” en la cual los usuarios participaron de una manera adecuada, cada vez crearon un bosque con mayor complicación haciendo que sus compañeros adquieran dificultad al hacerlo, los participantes al final de concluir con el recorrido se mostraron sorprendidos por la dificultad de los obstáculos existentes. Todos los usuarios al concluir la dinámica identificaron conclusiones tales como: el cruzar el bosque fue de gran dificultad, esto se asemeja a su recuperación, sin embargo su proceso será como el bosque pero al finiquitar el

mismo va a ser muy gratificante para ellos y sus familias, además algunos participantes comparaban a los obstáculos con las personas negativas que no les han permitido trascender en su recuperación. Como tercer punto se dio lugar a la expresión de sentimientos, no obstante tres de los participantes se encontraban inestables por lo que se les intervino, uno de ellos había atravesado una confrontación con su madre, otro de ellos expuso que se encontraba preocupado debido a que al momento de salir su ex pareja no lo deje ver a su hijo, se le recomendó realizar los permisos de visitas por la parte legal y por último otro usuario se encontraba nervioso ya que su esposa le había manifestado que va a viajar con sus hijas a España por lo que se decidió realizar terapia de pareja por parte de su psicólogo.

Para continuar con la sesión grupal se trabajó en la técnica de autoinstrucciones, su desarrollo primeramente contó con la participación de la terapeuta explicando la forma correcta de realizar la misma, posteriormente la ejecutaron usuarios seleccionados para trabajar temas como la irritabilidad, melancolía y frustración teniendo resultados positivos en ellos, los participantes decidieron nombrar a la técnica como “Controlándome” y sacaron como conclusión que esta actividad se puede llevar acabo cuando experimenten situaciones de estrés aumentando de esta manera su autocontrol. En la técnica de solución de problemas para empezar se trabajó con el ejemplo de un voluntario, con el cual se expuso situaciones problemáticas y se buscó alternativas de solución positiva, los participantes sacaron como conclusión que existen varias formas de solucionar los problemas que se manifiesten sin la necesidad de recurrir a opciones negativas. Se volvió a enviar la TIS de la sesión anterior, por motivos suscitados dentro de la comunidad.

Observaciones

No se ejecutó la TIS debido a diversas actividades propuestas por la comunidad lo que no proporcionó un espacio adecuado para que los usuarios puedan ejecutarla, comprometiéndose a desarrollarla para la siguiente sesión.

Informe Psicológico

Sesión N. 5

Fecha: 11 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Fortalecer las capacidades de afrontamiento ante una situación atravesada por los participantes.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Dinámica El poema colectivo.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Presentación de video: tema superación.
- ✓ Técnica: Inoculación de estrés.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: Termómetro del ánimo.

Evolución.

Esta sesión se inició principalmente con la retroalimentación de la tarea intersesión (reestructuración cognitiva) que no pudo ser desarrollada anteriormente, debido a las actividades planteadas dentro de la comunidad, en donde se presentaron ciertas dificultades en el área o aspectos referentes al pensamiento existiendo una confusión con las emociones, dichas dudas fueron aclaradas por la terapeuta realizándolo de manera correcta. Seguidamente se proyectó el video denominado: “Motivación para la vida: Hazlo Ahora” los usuarios expresaron varias conclusiones o aprendizajes acerca del video tales como: los

problemas expuestos en el video eran mínimos a los que afrontaban en su vida, además les ayudó a encontrar una motivación puesto que trataron de identificarse con algunos de los personajes, aprendiendo a valorar la vida, apreciar la sencillez que existe en las pequeñas cosas. Después tuvo lugar la dinámica: “El Poema Colectivo”, tomando el video como fuente de inspiración para realizar este trabajo, se dividió a los participantes en tres grupos de cuatro personas, sus conclusiones eran múltiples sin embargo las que sobresalen son: el lograrlo está en la capacidad de creer y adquirir una esperanza positiva a su vida, valorar las grandes y pequeñas cosas que los rodean como la familia, su vida y la naturaleza.

En la expresión de sentimientos uno de los usuarios se encontraba inestable, su motivo era la próxima evaluación que iba a atravesar, sintiéndose nervioso y pesimista ante dicho evento, por lo que se realizó una retroalimentación por parte de los compañeros que han atravesado por este tipo de situaciones estresantes, la terapeuta y coterapeuta intervinieron manifestando que si el cumplimiento de normas y reglas lo ha podido llevar a cabalidad, no debe existir temor alguno de recibir una respuesta negativa. Como siguiente punto se ejecutó la técnica de inoculación del estrés que se inició conjuntamente con la dramatización de una situación que un usuario está atravesando, enfocado en dificultades con su ex pareja ya que no le permite ver a su hijo, sus compañeros atribuyeron papeles de otras personas para complementar la actividad, el participante menciona que logró entender la mejor forma de actuar ante determinada situación, mejorando las capacidades de afrontamiento presentes en él, además manifestó que sus niveles de preocupación, estrés y tristeza han disminuido en gran cantidad.

Para concluir se efectuó una retroalimentación acerca de lo aprendido en la sesión, por lo que cada uno de los participantes explicaron que la técnica “inoculación del estrés” es de gran utilidad para afrontar situaciones estresantes o preocupantes por las que atravesaron y que varias veces fueron la causa de su consumo. De modo que se les envió la TIS denominada: “Termómetro del ánimo” siendo explicado por la terapeuta, sin manifestar ninguna duda respecto a este tema.

Observaciones.

Se presentó un problema con uno de los participantes por no acatar una norma de la comunidad, utilizando una gorra al momento de la intervención terapéutica, el responsable de los usuarios explicó las normas y reglas a seguir, siendo retroalimentados los terapeutas y participantes.

Informe Psicológico

Sesión N. 6

Fecha: 16 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Identificar las distorsiones cognitivas presentes en el grupo.
- ✓ Modificar distorsiones cognitivas que influyen en el trastorno depresivo.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Dinámica “Las Tarjetas”.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Psicoeducación de las distorsiones cognitivas.
- ✓ Técnica: ABC.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: Termómetro del estado de ánimo.

Evolución.

Para iniciar la sesión se realizó la retroalimentación de la TIS llamada: “termómetro del ánimo”, en la cual no se demostraron dificultades al momento de desarrollarla, no obstante se pudo observar que uno de los pacientes se encontraba en crisis, el motivo de su estado de ánimo deprimido fue la situación de que sus padres no se presentaron en su primera visita, la terapeuta ejecutó una retroalimentación manifestando que el paciente tiene más oportunidades de ver a su familia y poder disfrutar de su compañía, de igual modo tratar de evitar pensamientos irracionales acerca de la misma. Seguidamente se realizó la dinámica

“Las Tarjetas” los participantes actuaron de una manera adecuada identificando sus cualidades que era el punto principal de este trabajo, al concluir se realizó penitencias a los que fallaron en su actuación, los usuarios manifestaron que pudieron relajarse, divertirse, encontrar características positivas y trabajar su memoria. En la expresión de sentimientos se pudo notar que todos los usuarios demostraban un buen estado de ánimo, sin haber atravesado varios problemas que les producía inestabilidad.

Como siguiente punto se desarrolló la psicoeducación acerca de las distorsiones cognitivas, por lo que los participantes realizaron diversas preguntas para tener obtener más claridad acerca del tema tratado, exponiendo algunos de los ejemplos de sus vidas a sus compañeros. Seguidamente se procedió a ejecutar la técnica ABC los usuarios no presentaron dificultades al realizarlo, debido a que adquirieron conocimiento en la comunidad, es decir, lo trabajan al final de su proceso, dicha técnica es conocida como el “modelo de introspección”, se retroalimentó acerca de las situaciones tensionantes y distorsiones cognitivas que planteaban, exteriorizando conclusiones positivas. En la recapitulación los participantes en su gran mayoría manifestaron una respuesta positiva al hecho de conocer las distorsiones cognitivas, en donde el objetivo de tal actividad es poder trabajar en ellas de modo constante. Nuevamente se envió la TIS del “Termómetro del ánimo” para determinar el estado de ánimo presentes en los usuarios y analizar las mejorías.

Observaciones.

Uno de los participantes se quedó dormido por lo que sus compañeros pusieron en práctica una de las reglas de la intervención terapéutica, que es lanzar un vaso de agua, en caso de mostrar sueño.

Informe Psicológico

Sesión N. 7

Fecha: 18 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar las dificultades manifestadas en la TIS.
- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Disminuir las principales distorsiones cognitivas presentes en los participantes.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea intersesión.
- ✓ Dinámica: Acentuar lo positivo.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica de flecha descendente.
- ✓ Técnica punto y contrapunto.
- ✓ Recapitulación.

Evolución.

La sesión dio inicio con la lectura de las normas y reglas establecidas con la participación de todos los usuarios. En la retroalimentación de la TIS del “Termómetro del ánimo” los individuos manifestaron no haber presentado dificultades en su desarrollo, además de que la mayor parte de ellos no ostentaron un estado anímico bajo. Seguidamente se realizó la dinámica denominada “Acentuar lo positivo” en la cual la terapeuta dividió al grupo en parejas según el grado de empatía que existía entre ellos, se les solicitó que expresen sus cualidades, rasgos físicos y capacidades positivas que ellos poseían; sin

embargo uno de los usuarios manifestó dificultades al expresar los rasgos físicos que poseía, siendo retroalimentado por sus compañeros y terapeuta.

Como cuarto punto se ejecutó la expresión de sentimientos, de manera que un usuario refirió en esa semana haber mostrado una necesidad o deseo de observar sangre o de matar algún animal, debido a que esto lo realizaba cuando consumía sustancias psicoactivas, este fue atendido por la psiquiatra del establecimiento quien le administró un tratamiento farmacológico, además sus compañeros expresaron indicando que la gran mayoría de ellos ha vivido experiencias similares y debe aprender a controlar estos impulsos. Otro miembro del grupo manifestó sentirse irritado por las constantes órdenes que le daba el coordinador de su área ocupacional (cocina), siendo retroalimentado por sus compañeros y terapeuta.

La técnica que se desarrolló en esta sesión es la de la Flecha Descendente, por lo que cada uno de los usuarios planteo una situación para ejercer tal ejercicio, siendo guiados por preguntas por parte de la terapeuta, con el fin de que cada uno de los participantes encuentren circunstancias adversas que dificulten la situación antes planteada, conjuntamente los usuarios buscaron un pensamiento lógico en base a los recursos que cada uno posee, siendo una ayuda para que la persona trate de lograr lo programado; determinando como conclusión que dicha técnica les brindó como enseñanza el poder superar varias situaciones negativas o dificultades al tratar de lograr alguna meta propuesta, no obstante teniendo en cuenta los recursos que ellos poseen y así poder afrontar diversas situaciones.

Como siguiente punto se desarrolló la técnica denominada: “Punto y Contrapunto” en la cual la terapeuta opto por colocarlos en parejas, para que la actividad se elabore con mayor facilidad, cada uno debía realizar preguntas que generen melancolía o tristeza en sus compañeros y su acompañante debía defenderse positivamente con lo que pensaba acerca del tema planteado. Uno de los usuarios manifestaba que para poder desarrollar esta técnica debía aceptarse a sí mismo, ya que en diversas ocasiones planteaban temas verdaderos pero que han quedado en el pasado y así de esta manera lograr responder de manera positiva.

Los participantes terminaron la intervención terapéutica muy motivados manifestando que han descubierto en ellos aspectos positivos que les ayudan a resolver situaciones estresantes y a tomar buenas decisiones.

Observación.

No presentaron observaciones en esta sesión.

Informe Psicológico

Sesión N. 8

Fecha: 23 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Lograr la expresión de los sentimientos en el grupo.
- ✓ Fortalecer la autoestima y autoconcepto deteriorados en los miembros del grupo focalizado.

Actividades.

- ✓ Dinámica: encontrando mis cualidades.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica: Cartas de apoyo.
- ✓ Técnica de dominio y agrado.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: utilización del material ejecutado en la terapia.

Evolución.

La sesión dio inicio con la lectura de las normas y reglas establecidas previamente con la participación de los usuarios. Se desarrolló la dinámica “Encontrando mis cualidades” en la cual los usuarios colocaron frases positivas en las cartulinas de cada compañero, los participantes manifestaron que se sentían motivados, ya que no tenían conocimiento en saber más de sus cualidades, porque numerosas veces se han centrado en los aspectos negativos, consiguiendo con esta tarea aumentar su autoestima. Como siguiente punto se desarrolló la expresión de sentimientos pudiéndose observar que todos los usuarios se encontraban estables sin presentar ningún inconveniente en el transcurso de esta semana.

La técnica llevada a cabo, cuyo objetivo es fortalecer la autoestima de los participantes es la de “Cartas de apoyo”, por lo que se brindó las indicaciones por parte de la terapeuta y co-terapeuta, manifestando que debían escribir 1) frases motivacionales, 2) cualidades y 3) sugerencias ante situaciones estresantes. En el primer punto se refirió aspectos como: eres buen compañero, eres generativo, eres grande, vales mucho; en el segundo punto se encontraron cualidades como responsable, sincero, respetuoso, honesto, ordenado, puntual y en el último punto se enfocaron las técnicas aprendidas anteriormente como: punto y contrapunto, reestructuración cognitiva, inoculación del estrés, además dieron a conocer otros puntos indispensables tales como, mantener la calma, respirar, pensar en las consecuencias de esta situación, entre otras.

Como siguiente punto se realizó la técnica del dominio y agrado que fue explicado por parte de la terapeuta, primeramente se brindó los conceptos de dominio y agrado para que comprendan en que consiste el desarrollo de este ejercicio, después se realizó un cuadro enumerando las principales actividades que realizan los usuarios en su diario vivir por ejemplo brigadas, encuentros, actividades ocupacionales, estáticos, confrontaciones y se les solicito calificar del 1 al 5 su desenvolvimiento en estas tareas. Siendo 1 el nivel más bajo y 5 lo más alto. Aquí los participantes expresaron que esta técnica les va a ayudar a perfeccionar y fortalecer las actividades realizadas, dando como resultado un mayor esfuerzo y una motivación diaria.

En la recapitulación se realizó preguntas acerca de la comprensión de los temas impartidos en esa sesión, como los conceptos de dominio y agrado y lo que deben mejorar para cumplirlo adecuadamente, siendo entendido de manera correcta por parte de los usuarios.

Observaciones.

El día lunes se realizó una confrontación especial al usuario José siendo declasado un mes de tratamiento y recibiendo la ayuda del viajero, dicha acción consiste en que la persona permanezca en la puerta de la comunidad un cierto tiempo siendo capaz de decidir si quiere permanecer ahí o retirarse del proceso. El usuario tomo la decisión de desertar del tratamiento terapéutico.

Informe Psicológico

Sesión N. 9

Fecha: 25 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar dificultades en la tarea de intersesión.
- ✓ Lograr la expresión de sentimientos.
- ✓ Reforzar la autoestima y el autoconcepto de los miembros del grupo focalizado.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión.
- ✓ Dinámica: lavado de coche.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica: Metas individuales.
- ✓ Video: La Autoestima.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: cartas de apoyo y dominio y agrado.

Evolución.

La sesión inicia con la lectura de las normas y reglas establecidas previamente para la intervención terapéutica con la participación de los usuarios. Como segundo punto se desarrolló la dinámica denominada “Lavado de coche” realizada en el pasillo de la comunidad para un mejor desenvolvimiento de la tarea, en la cual la terapeuta les ubico en parejas y sucesivamente iban pasando los usuarios recibiendo frases positivas por parte de sus compañeros, todos manifestaron que han llegado a descubrir cualidades que anteriormente no reconocían en sí mismos. Seguidamente se efectuó la retroalimentación de la TIS enviada, expresando que dicha técnica les ayudo a motivarse en su proceso y en las

actividades que realizan diariamente, con una excepción en la que uno de los participantes ostentó que le resultó difícil utilizar sus tarjetas de apoyo, ya que se encontraba frustrado por las diferentes actividades que debe realizar dentro de su área ocupacional. De igual manera se optó analizar la segunda TIS, elaborándola por tres días continuos; los usuarios demostraron participación en la actividad, por lo que se dialogó acerca de los aspectos de menor puntaje y como poder mejorar el fortalecimiento con la colaboración de la terapeuta, coterapeuta y compañeros.

En la expresión de sentimientos se pudo observar que todos los usuarios se encontraban estables sin presentar ninguna dificultad en el transcurso de la semana. La técnica planteada para esta sesión es la de Metas individuales, en donde la actividad fue dividida en tres puntos: 1) Metas a corto plazo en el cual se mencionaron actividades como: terminar el proceso de recuperación, permanecer en sobriedad, encontrar mi propia felicidad; 2) Metas a mediano plazo en las cuales se encontró buscar un trabajo, no melancolizar por situaciones estresantes, continuar en sobriedad; y como último punto 3) Metas a largo plazo como tener una casa, emprender un negocio propio, estar feliz con mi familia, entre otras., es indispensable manifestar que las metas expuestas por los usuarios fueron realistas, obteniendo como conclusión que mediante una salud mental adecuada pueden lograr cumplir sus metas y entender que van enfrentar crisis que deben superar con lo aprendido en terapia y con el apoyo familiar.

Como siguiente punto se realizó la presentación de un video denominado “Autoestima”, sin embargo los participantes solicitaron ver dos veces, debido a que fue de su agrado tal video y además existió una motivación, de modo que el análisis de la proyección fue entender y comprender que existen personas que padecen una baja autoestima y que puede empeorar a través del denominado bullying que se practica actualmente. Para finalizar la terapia se desarrolló la recapitulación de lo visto anteriormente, donde refirieron que el resultado de la técnica realizada en la sesión la iban a archivar, si en algún momento de su vida atraviesan una crisis emocional, es decir, melancolía, estrés, tristeza, etc.

Observaciones.

No se presentaron observaciones.

Informe Psicológico

Sesión N. 10

Fecha: 30 de Agosto del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar dificultades en la tarea de intersesión.
- ✓ Lograr la expresión de sentimientos.
- ✓ Fortificar las relaciones intra e interpersonales del grupo focalizado.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión.
- ✓ Dinámica: escudo.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Video: La familia.
- ✓ Técnica: Silla Vacía.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: El amuleto.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de normas y reglas planteadas para el progreso del proceso terapéutico con la participación de los usuarios. Como siguiente punto se llevó a cabo la retroalimentación de la tarea intersesión en donde no se presentaron dificultades, los usuarios refirieron que las cartas de apoyo las tienen almacenadas en un lugar especial para ellos, ocupándolas en caso de crisis o necesidad, con el fin de regular su estado anímico. Posteriormente se realizó la dinámica denominada “El Escudo” siendo desarrollado por los participantes de manera distinta, es decir, algunos en forma gráfica y

otros descriptiva, obteniendo como conclusión que los elementos que se introdujeron en el escudo es lo que son, lo que pueden dar y lo que pueden recibir, aumentando los recursos que poseen para solucionar un problema. En la expresión de sentimientos se pudo observar que ninguno de los usuarios presento inestabilidad en su estado anímico o dificultades en el transcurso de la semana.

Como siguiente actividad se exhibió el video denominado “La Familia” en el cual los usuarios solicitaron la repetición de este, con el fin de captar correctamente el mensaje, por lo que uno de los participantes logro identificarse con la situación expuesta; inmediatamente la terapeuta y coterapeuta coordinaron para ejecutar la técnica de la silla vacía por la situación que este atravesaba, se utilizó música de relajación y de este modo el paciente pudo expresar tanto sentimientos positivos y negativos, en especial por sus padres que lo habían abandonado desde pequeño y por su padrastro quien abusó sexualmente de su hermana, culminando con el perdón y auto perdón por parte del usuario, permitiéndole ver las situaciones traspuestas con mayor claridad y poder superarlas de manera positiva. Al finalizar se procedió a una retroalimentación general acerca del video y las problemáticas familiares que presentaron y que van a continuar afrontando.

En la recapitulación realizada los usuarios refirieron, sentirse identificados con lo analizado en el video y de igual manera con la técnica que se ejecutó a su compañero, determinando como conclusión el saber afrontar los problemas que se presentan en sus vidas y no recurrir a las sustancias psicoactivas o atribuir sentimientos negativos a su vida.

Como último punto se les envió la TIS denominada “El Amuleto” indicándoles que deben buscar un objeto que les agrade y que los mismos piensen que les va a recordar las intervenciones terapéuticas realizadas, con el objetivo de fortalecer y modificar alguna problemática presentada.

Observaciones.

No se presentaron observaciones.

Informe Psicológico

Sesión N. 11

Fecha: 01 de Septiembre del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Identificar dificultades en la tarea de intersesión.
- ✓ Lograr la expresión de sentimientos.
- ✓ Recuperar las relaciones intra e interpersonales, deterioradas en los participantes.

Actividades.

- ✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión.
- ✓ Dinámica: Cabeza con cabeza.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Técnica: role playing.
- ✓ Técnica: entrenamiento asertivo.
- ✓ Recapitulación.
- ✓ TIS: La carta de despedida.

Evolución.

Se inició con la lectura de normas y reglas establecidas para el proceso terapéutico con la participación de los usuarios. Se desarrolló la retroalimentación de la TIS “El Amuleto” en la cual los usuarios tenían diferentes objetos como hojas de las técnicas realizadas, piedras, marcadores, etc., en donde se les pregunto ¿Por qué lo habían traído? cada uno de los objetos les recordaba alguna técnica impartida la cual les gusto y les sirvió de manera positiva. Seguidamente se realizó la dinámica denominada “Cabeza con cabeza” se les pidió la colaboración de dos voluntarios para dar inicio a la misma, se les vendo los ojos y se les dio las indicaciones de lo que debían ejecutar, con la ayuda de sus compañeros dando

coordinadas negativas para que de esta manera ellos no puedan cumplir su tarea, inmediatamente se ejecutó con todos los usuarios. En la expresión de sentimientos se pudo observar que todos los participantes se encontraban anímicamente estables sin presentar dificultades en la semana.

Como siguiente punto se desarrolló la técnica de role playing en la que se solicitó la participación de dos usuarios, para poder brindar el ejemplo de la tarea que se debe efectuar, se les pidió interpreten o asumir el rol de padres de familia, para que la terapeuta dramatice el papel de un hijo que consume sustancias psicoactivas y rompe las reglas; mediante esto se logró que los usuarios observen sus actitudes pasadas frente a la preocupación de sus padres, obteniendo como resultado que ellos analicen sus actitudes negativas y las puedan convertir en positivas, siguiendo como segundo punto la participación de otros usuarios diferentes, por lo que se les solicito actuar como padres e hijos, sin embargo en esta ocasión efectuar una actitud diferente y positiva antes las acciones que tomen sus padres por el bienestar de los mismos. Posteriormente se realizó la técnica de entrenamiento asertivo, se trabajó en base a cuestionamientos y ciertas dramatizaciones, en donde los participantes interpretaban a ex amigos de consumo que trataban de convencer al usuario a que ingrese al mundo de las drogas nuevamente; el objetivo era identificar el cambio de actitudes y pensamientos antes del proceso terapéutico y los resultados que deben lograr al momento de salir del mismo, de manera que se obtuvo conclusiones positivas, ya que los usuarios manifestaron que fue una visión externa de la realidad y al mismo tiempo convertirse en una práctica asertiva ante situaciones problemáticas.

En la recapitulación se puso observar que los usuarios entendieron las técnicas planteadas de manera correcta, sacando como puntos positivos la manera de reaccionar frente a sus padres y ante la sociedad. Para finalizar la sesión se les envió la TIS denominada “Carta de despedida” en la cual se les explico que deben realizar una carta despidiéndose de ellos mismos, manifestando lo asimilado en el proceso terapéutico y que no volverán a ser lo que fueron antes a través de la práctica constante de las técnicas aprendidas.

Observaciones: no se determinan observaciones.

Informe Psicológico

Sesión N. 12

Fecha: 06 de Septiembre del 2016.

Responsables: Carolina Idrovo I.

Karina Parra L.

Objetivos:

- ✓ Retroalimentación de la tarea de intersesión.
- ✓ Expresión de sentimientos.
- ✓ Dinámica: no hagas al otro lo que no quieren que te hagan a ti.
- ✓ Recapitulación de lo aprendido.
- ✓ Cierre del proceso.

Evolución.

La última sesión dio inicio con la profundización de los objetivos y metas alcanzados por parte de los usuarios, recalando que esta sería la intervención final, seguidamente se realizó la retroalimentación de la tarea intersesión, escogiendo como amuletos las técnicas impartidas durante el grupo terapéutico, además de un brazalete como muestra del agradecimiento por las mejorías presentadas en cada uno de ellos.

Como siguiente punto se realizó la expresión de sentimientos en la cual uno de los usuarios manifestó una inestabilidad emocional debido a la culminación de la terapia grupal, manifestando tener más problemas en los que desearía trabajar, se le retroalimentó de manera positiva y se le recomendó a su psicólogo trabajar en las dificultades expuestas por el paciente.

Para lograr un ambiente cálido se procedió a ejecutar la dinámica denominada “No hagas a otro lo que no quieres que te hagan a ti” en la cual se desarrollaron penitencias como imitar a un mono, cantar una canción, imitar a la terapeuta, modelar, entre otros, observándose una mayor cohesión grupal y una transferencia positiva.

Posteriormente se dio lugar a la recapitulación de lo aprendido, por lo que cada uno de los usuarios mencionó ciertas técnicas asimiladas en la intervención grupal, señalando que son las más utilizadas en situaciones de crisis, entre ellas se encuentran técnicas como la flecha descendente, técnica de respiración, autoafirmaciones, entrenamiento en autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, punto y contrapunto, metas individuales, tarjetas de apoyo; obteniendo como resultado el control de su inestabilidad anímica y en ciertas ocasiones impulsiva, sacando como conclusiones que a través de esto pueden analizar las diferentes situaciones presentadas, valorarse a sí mismo, y no sobregeneralizar las dificultades.

Para finalizar el grupo terapéutico se les refirió el agradecimiento por parte del cuerpo clínico por la colaboración, sinceridad y responsabilidad que han ejercido durante todas las intervenciones terapéuticas. Concluyendo con un refrigerio muestra de gratitud hacia el grupo de usuarios.

Observaciones.

No se presentaron observaciones.

4.3 Informe Final.

Informe final del proceso terapéutico grupal.

La aplicación terapéutica está centrada en el dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a usuarios adictos a sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ). Este a su vez fue programado para dar inicio el 28 de Julio hasta el 6 de Septiembre del presente año, sin embargo para comenzar las sesiones terapéuticas se ejecutó la selección de los participantes que debían cumplir con ciertos criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, entre los criterios de mayor relevancia se encuentra el cumplir con un rango de depresión moderada y grave.

Tal diagnóstico fue realizado en base a la aplicación de las escalas denominadas “Casullo y Colls” y “BDI II”, contando con un alto grado de confiabilidad y consistencia

interna, lo que permite que los resultados obtenidos adquieran una mayor validez. Cabe recalcar que dichos test fueron administrados al inicio como al final de las intervenciones terapéuticas, con la finalidad de establecer con exactitud los logros obtenidos a través del proceso ejecutado.

Una parte fundamental dentro de la investigación fue el consentimiento informado realizado al inicio del proceso terapéutico, con la finalidad de generar confianza, seguridad y de manera especial confidencialidad en los datos, resultados y situaciones críticas que atraviesan cada uno de ellos.

Otro aspecto indispensable en el estudio investigativo, es la presencia de dos grupos, es decir, la comunidad terapéutica cuenta con un universo de veinte y seis personas; quienes diariamente reciben terapias psicológicas con el objetivo de superar las problemáticas expuestas; sin embargo para la eficacia de la terapia grupal, fue indispensable elegir una muestra de doce usuarios quienes recibieron el estímulo siendo parte del grupo experimental, no obstante los participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión formaron parte del grupo control (catorce usuarios).

El dispositivo grupal fue programado a llevarse a cabo en doce sesiones, en donde el tiempo para cada intervención fue aproximadamente de dos horas, debido a la aplicación de diferentes técnicas cognitivo conductuales dirigidas hacia la depresión, este enfoque fue elegido por el éxito que ha logrado tener en pacientes con patologías duales, en este caso se trabajó con sujetos diagnosticados adictos a sustancias psicoactivas con depresión. Para fortalecer la dinámica grupal, cohesión entre los participantes y un mayor aprendizaje, se decidió establecer dinámicas para cada sesión, así como la proyección de videos, charlas sobre temas impartidos, entre otros.

La intervención terapéutica presento excelentes resultados, debido al establecimiento de objetivos, en donde el principal fue *desarrollar un dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas mediante intervenciones cognitivo conductual*, cumpliéndose a cabalidad dicho objetivo, logrando en los pacientes mejorar su calidad de vida, resolución de problemas, aumento de confianza en sí mismo y el desenvolvimiento correcto de la persona en todas las áreas de su entorno. La adquisición

de materiales lúdicos y audiovisuales fue de gran utilidad para trabajar en la terapia, llegando a cumplir los objetivos específicos planteados: entre uno de ellos 1. *Disminuir la sintomatología depresiva grave o moderada*: llevado a cabo primeramente por las respectivas escalas que comprobaron los diagnósticos requeridos, los usuarios siendo personas que desconocen tal patología, era indispensable brindar una psicoeducación acerca de las generalidades de la misma, como sus causas, consecuencias, factores de riesgo y de manera especial los criterios expuestos por el DSM V, otras técnicas trabajadas para lograr este objetivo fue el cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva. De acuerdo a lo trabajado se evidenció un menor rango de depresión, comprobado con los resultados obtenidos en los test. El cumplimiento de este aspecto, dirige al adicto por el camino adecuado para superar las problemáticas planteadas. 2. *Mejorar las capacidades de afrontamiento que se presentan en los adictos*, para alcanzar lo propuesto se utilizó estrategias terapéuticas como solución de problemas, entrenamiento de autoinstrucciones e inoculación de estrés, complementándolo con una presentación audiovisual, lo que dio lugar a vigorizar la manera de resolver situaciones negativas que se manifestarán a lo largo de su vida. El objetivo fue trazado por las deficiencias expuestas en esta área, que ocasionaban constantes recaídas en el consumo, provocando de esta forma un estado anímico inestable.

Una de las áreas en las que se prestó mayor atención fue la presencia de distorsiones cognitivas manifestándose de manera errónea en cada usuario, por lo que se decidió trabajar en el siguiente objetivo que es 3. *Modificar distorsiones cognitivas que influyen en el trastorno*, en donde lo principal consistió en brindar una psicoeducación de las mismas, de modo que los participantes identifiquen que pensamientos irracionales poseen, además de trabajar la cognición del sujeto, es decir, el darse cuenta, siendo un complemento diversas técnicas impartidas, como el modelo ABC, técnica de la flecha descendente, técnica punto y contrapunto, entre otras; logrando que el individuo piense y analice sus cogniciones negativas que pueden afectar su recuperación. Posteriormente se enfocó en 4. *Fortalecer la autoestima y autoconcepto deteriorados en los miembros del grupo experimental*, la esencia de este objetivo fue acrecentar la confianza y seguridad en cada uno de los usuarios, promoviendo el grado de consciencia sobre las cualidades positivas de sí mismos, con el fin de reconocer y valorar su autoaceptación, que fueron producto del trabajo a través de la

aplicación de técnicas tales como, cartas de apoyo, metas individuales, dominio y agrado, complementando tal ejecución con la proyección de material audiovisual que permitió un alto conocimiento de la autoestima y como poder mejorarla.

Por último pero no menos importante, es el déficit de establecer contacto con las personas que lo rodean, por lo que se abordó el objetivo planteado como 5. *Fortalecer las relaciones intra e interpersonales en los pacientes*, como medio de recuperar los lazos afectivos deteriorados por las patologías presentadas, además se logró el reconocimiento consciente de su comportamiento hacia sus pares que buscan conductas disfuncionales en el paciente, ejecutando técnicas como entrenamiento asertivo, silla vacía, exposición de un video reflexivo sobre las relaciones familiares, entre otras. Cabe recalcar la aplicación de múltiples tareas intersesión como termómetro del ánimo, cartas de apoyo, el amuleto, etc., que permitieron controlar el estado anímico de los usuarios durante todas las intervenciones terapéuticas.

Por lo tanto se pudo comprobar que los objetivos planteados mostraban mejorías en los pacientes, debido a la observación de los cambios ejercidos en cada intervención terapéutica; sin embargo es necesario mencionar que al inicio de las sesiones, ciertos usuarios demostraban un grado de resistencia que fue disminuyendo con el aprendizaje de las técnicas propuestas, la cohesión grupal demostrando apoyo entre compañeros en situaciones tensionantes y la transferencia positiva que se estableció con el cuerpo clínico.

Para finalizar el estudio investigativo se puede mencionar que la evidencia que fortaleció el trabajo realizado y los resultados obtenidos, fue la aplicación del retest de las escalas de Casullo y Cols, y BDI II, en la cual la depresión grave y moderada manifestada al inicio del grupo focalizado, disminuyó de manera notable en todos los usuarios, demostrando una eficacia y validez contundente por parte de las técnicas aplicadas.

4.4 Conclusiones.

Los resultados han sido establecidos de modo claro y concreto para una mayor comprensión de la investigación, en donde se demuestra mejorías del grupo experimental de acuerdo a las escalas aplicadas que sirvieron como una prueba de las deducciones positivas que obtuvieron cada uno de los usuarios, además de exponer una comparación entre el grupo control y el grupo perteneciente al estudio que de igual forma es un refuerzo para corroborar las diferencias entre estos dos, exponiendo que el grupo control ha mejorado mediante las intervenciones individuales pero no en su totalidad, es decir, no logró superar de manera completa y objetiva los problemas que han venido manifestando a lo largo de su adicción.

Principalmente el dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas tuvo éxito total, debido a la mejoría del diagnóstico que los pacientes obtuvieron al inicio de la intervención terapéutica. Además las técnicas cognitivo conductuales utilizadas fueron las adecuadas para el tratamiento de la depresión y a su vez enriquecer diversos aspectos deteriorados como la autoestima, capacidades de afrontamiento, resolución de problemas, distorsiones cognitivas y las relaciones intra e interpersonales que llevan actualmente los sujetos, los mismos que fueron el centro primordial de la investigación, no solo para acceder a una nota positiva sino principalmente el devolverles la esperanza a los participantes de una nueva vida.

Además es indispensable recalcar que este tipo de intervención terapéutica acarrea excelentes resultados en este tipo de pacientes, lo que deja como enseñanza y aprendizaje la implementación de dicho tratamiento a las diferentes comunidades y clínicas de rehabilitación, con el fin de conseguir cambios perdurables y positivos en cada uno de los usuarios y no solamente en un grupo determinado de personas, es decir, mostrar una equivalencia hacia todos los pacientes que necesitan de ayuda inmediata, como es el caso de individuos que presenten estos trastornos.

Conclusiones generales.

La depresión es considerada un factor negativo en la vida de un individuo, es decir, la disminución del estado de ánimo deprimido llega a revelarse en el sujeto a través de actos no comportamentales para la persona que lo padece, obteniendo un resultado de derrota hacia el mundo de sí mismo, de una pareja o de su familia. Llegando a convertirse en una de las enfermedades que presentan actualmente los individuos con mayor frecuencia; sin embargo cómo se ha observado en el estudio investigativo el trabajar con sujetos que manifiestan tal desórdenes anímicos, ha sido un aporte para la calidad de vida de un ser humano, convirtiendo en una superación propia que conjuntamente se efectúa con un tratamiento adecuado, siendo capaz de eliminarse, debido a que el sujeto obtiene capacidades de afrontamiento, herramientas y recursos mentales con el fin de evitar complicaciones que atenten con la integridad de la persona en un futuro y en especial no volver a padecer el mismo trastorno perjudicial.

El problema de las adicciones es común en nuestra sociedad, obteniendo cada día mayor prevalencia y altos porcentajes de personas que consumen ciertos tipos de sustancias psicoactivas que llega a convertirse ciertamente en un auge para la población, siendo un tema muy vigente e indispensable para encontrar una posible solución al fin de este consumo, las causas pueden ser varias, no obstante no se puede seguir aceptando la continuidad del abuso nocivo de estos elementos psicotrópicos. Cualquier sujeto que se encuentra atado a este mundo oscuro lleva una carga negativa en el transcurso de su vida; por lo que el objetivo de investigación va más allá de la creación de un grupo focalizado, es decir, salvar a personas en especial adictos de temprana edad, es un logro alcanzado, debido al trabajo de neutralizar sus estados anímicos depresivos, controlar la ansiedad del consumo y poder solucionar problemas de manera objetiva.

Mediante este estudio se visualiza la importancia de profundizar dicha patología dual, en donde la investigación tuvo como objetivo propuesto, mejorar la patología depresiva y la dependencia de elementos psicotrópicos, además de estos trastornos se logró manejar diversas áreas significativas de cada uno de ellos, como las relaciones intra e inter personales, la autoestima, capacidad de afrontamiento, dificultades en la resolución de problemas, etc. En donde la eficacia de trabajar con un dispositivo grupal focalizado,

orientado en terapia cognitivo conductual, refuerza aspectos positivos de los individuos que padecen esta patología dual, además de solucionar varios problemas que conjuntamente le afectan en su recuperación, sin embargo las intervenciones ejecutadas han sido asimiladas por los pacientes debido a la colaboración de los mismos y de modo especial contando con un apoyo familiar como un soporte para el grupo focalizado.

Logrando hacer un análisis más profundo de las comunidades terapéuticas que utilizan cómo base fundamental la terapia grupal, se ha llegado a establecer que la aplicación de este tipo de dispositivos a las personas que se encuentran internadas para superar tal problemática, llega a ser un instrumento significativo para sí mismos, debido a que existe un aporte adicional para manejar estos tipos de trastornos de forma focalizada, de manera que se evidencian bases fortificadas para la aplicación de la investigación, conjuntamente con aplicaciones de escalas, recursos, técnicas cognitivo conductual e intervenciones grupales, se ha obtenido un bajo nivel de disminución de ánimo deprimido, con el fin de evitar posibles recaídas en este tipo de enfermedades, que como se mencionó anteriormente no solo afectan a la persona diagnosticada con esta patología, sino de igual manera perjudica a las personas cercanas a él, como la familia y su entorno.

Este estudio cuasiexperimental, estuvo compuesto por un grupo control y experimental, dicho objetivo de escoger tal estudio, fue demostrar si las intervenciones grupales mejoran o no la calidad de vida del ser humano, en donde el grupo control manifestó una depresión moderada en un 57% grave 22% y leve 21% en la escala de Casullo y Cols, sin embargo en la escala BDI II, se evidenció resultados depresivos moderados en un 64%, grave 22% y mínima 14%, a pesar de que los mismos no recibieron tal intervenciones grupales, siempre fueron parte de la dinámica de la institución, reflejándose cambios positivos demostrados en los test en un 50% de factibilidad.

De igual manera el grupo focalizado en un principio demostró presenciar la patología depresiva moderada y grave en un 50% en la escala Casullo y Cols, no obstante para la complementar el diagnóstico se aplicó la escala BDI II, constatando un estado de ánimo deprimido moderado en un 67% y grave en un 33%, de modo que mediante las doce intervenciones grupales con enfoque cognitivo conductual se han logrado resultados que han llegado a ser fructíferos en cada uno de los pacientes que han sido tratados, obteniendo

un aumento del estado anímico en un 83% en las escalas de Casullo y Cols y BDI II, que son test con una gran validez y consistencia interna elevada, radicando la importancia de las intervenciones grupales en adictos a sustancias psicoactivas dado al reforzamiento de esta patología y otros elementos que engloban las crisis de los pacientes. La mejoría de este dispositivo grupal no se dio en un 100% dado a que un participante no disminuyó su patología depresiva por diversos motivos que atravesó con su familia y en la comunidad, haciendo que no asimilará en una totalidad la eficacia de la terapia.

La intervención terapéutica presento excelentes resultados, de acuerdo a los objetivos propuestos, siendo el principal desarrollar un dispositivo grupal focalizado en depresión dirigido a pacientes adictos a sustancias psicoactivas mediante intervenciones cognitivo conductual, cumpliéndose a cabalidad dicho objetivo, este aspecto se consiguió a través de recursos, criterios de inclusión y exclusión y sobre todo obteniendo una muestra significativa que manifieste tal patología depresiva. Otro objetivo planteado fue disminuir la sintomatología depresiva grave o moderada, siendo exitoso tal punto y exponiendo mejorías en un 83% gracias a las intervenciones grupales formuladas y mediante la evidencia de escalas importantes. Un propósito más a trabajar fue mejorar las capacidades de afrontamiento que se presentan en los adictos y modificar distorsiones cognitivas que influyen en el trastorno, tal meta ejecutada fue realizada y fortalecida mediante técnicas cognitivo conductuales y sobre todo a las técnicas denominadas cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva fueron de gran aporte a manejar tal dificultades en su recuperación.

Otro aspecto crucial dentro del estudio investigativo fue fortalecer la autoestima y autoconcepto deteriorados en los miembros del grupo experimental, este propósito se aplicó a cabalidad, dado a que se presentaba un alto porcentaje con la ausencia de este punto fundamental en la vida de los mismos siendo tratado con técnicas exclusivas para tratar tal aspecto y sobre todo entender al sujeto por las crisis que ha atravesado y brindar una solución adecuada a ciertos problemas que se han vivenciado.

Es indispensable mencionar dentro del estudio la pregunta que cuestiona a la investigación efectuada, es decir, al iniciar el proceso investigativo la principal pregunta planteada dentro de este, fue si se pudiera lograr disminuir la depresión expuesta por los

usuarios, la cual actualmente se puede responder de modo satisfactorio, por los resultados obtenidos, es decir, como se ha indicado anteriormente un 83% de los pacientes han logrado superar este trastorno diagnosticado, cumpliendo de esta forma los objetivos planteados por la investigación y ayudando de forma significativa a cada uno de los usuarios.

Recomendaciones.

La principal recomendación para la continuación de los cambios positivos que se han logrado observar en la mayoría de participantes del grupo terapéutico, es la constancia de la aplicación de intervenciones terapéuticas a los demás pacientes que necesiten de igual manera la ayuda para superar las problemáticas expuestas, con una adecuada organización y responsabilidad por parte del cuerpo clínico, lo que traerá como resultado el lograr efectos positivos que perduren a través de los años, ya que si no se trabaja correctamente en patologías que numerosas veces los pacientes niegan tener, este sería el primer paso para una posible recaída que terminaría con la vida de los pacientes.

Los centros de rehabilitación tanto clínicas como comunidades terapéuticas no solo deben centrarse en lograr que los pacientes abandonen el consumo de elementos psicotrópicos, dado a que esta patología puede ser producto de otras enfermedades que han afectado al paciente sin que el mismo conociera que las padece, es por eso que se recomienda que los centros terapéuticos amplíen su programa de tratamiento hacia trastornos mentales como depresión, ansiedad, bipolaridad entre otros, lo que permitirá que la persona mejore en su totalidad evitando posibles recaídas.

En diversas ocasiones los psicólogos clínicos que empiezan un tratamiento para culminar con el consumo de elementos psicotrópicos dejan de lado varios aspectos importantes como problemas en las relaciones familiares, dificultades en el ámbito social, complicaciones en la escolaridad, que logran que la persona ingrese al mundo de las adicciones siendo fundamental trabajar en todos estos aspectos. En donde los profesionales deben prestar una completa atención a las personas que están poniendo su vida en nuestras manos, ya que con el paso del tiempo se ha venido observando que sujetos dedicados a la psicología tratan a los pacientes por un beneficio económico y no con el objetivo primordial de que una persona deje atrás sus problemáticas y comience una vida productiva.

Además los centros de salud deben brindar un mayor enfoque en el programa de reeducación de las personas adictas a sustancias psicoactivas, es decir, un implemento de incluir terapia grupal a los mismos, como un modo correcto de superar las diversas patologías presentadas por los usuarios, debido a los resultados obtenidos en este estudio

investigativo se puede recomendar la aplicación de un grupo focalizado dirigido a una gratificación de superar de forma significativa la calidad de vida de las personas.

Bibliografía:

Textos.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnostico y estadístico de Desórdenes Mentales* (5ta ed.) DSMV. Washington, DC: Editorial Panamericana
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2012). Visión general de la terapia cognitiva. *Teoría cognitiva de la depresión*. España: Descleé de Brower.
- Caballero, F. (2004). Tipología y consecuencias del uso de drogas. *Las drogas educación y prevención*. España: Cultural, S. A.
- Carlson, N. R. (1996). Adicción. *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: editorial miembro de la cámara nacional de la industria.
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (1992). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Meditor-López Ibor.
- Retamal, P. (2005). Definición y síntomas de la depresión. *Enfermedad depresiva: guía para el paciente y la familia*. Chile: Mediterráneo Ltda.
- Toro, R. J., Yepes, L. E., & Palacio, C. A. (2010). Depresión. *Fundamentos de medicina psiquiatría*. Colombia: Legis S.A.

Búsqueda electrónica.

- Aragonés, E., Piñol, J., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*. Vol. 41 (41). P 546. Recuperado de, http://ac.els-cdn.com/S0212656709001905/1-s2.0-S0212656709000000aab0f6c&acdnat=1467162632_2fd70fa00dfd580b3d40ace865658bac
- Arankowsky G. (2010). El alcoholismo como factor de riesgo para la depresión. *Alcohol, familia y sociedad*. Recuperado del sitio de internet de, <http://www.decir.mx/UI/dJovenes/Presentaciones/El%20alcoholismo%20como%20fator%20de%20riesgo%20para%20la%20depresion.pdf>
- Areán, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Revista psicología conductual*. Vol. 8 (3). Pp. 548-549. Recuperado de, <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art08.3.08.pdf>

- Bados, A. & García, E. (2010). Bases teóricas de la reestructuración cognitiva. *La técnica de la reestructuración cognitiva*. P 2. Recuperado de, <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bolet, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004
- Borrero, A. (2013). *Intervención sistémica en jóvenes con síntomas depresivos*. (Tesis doctoral) Universidad Pontificia Javeriana. Colombia. Recuperado de, <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/3851/1/ArdilaRomeroLorena2013.pdf>
- Bravo, P. & Carretero, M. (2007). Modelo de psicoterapia grupal breve constructivista cognitivo para trastornos del ánimo, enfocado a pacientes diagnosticados con depresión. (Tesis Inédita). Universidad de Chile. Chile. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/curivil_p/sources/curivil_p.pdf
- Cáceres, D., Salazar, I., & Varela, M. (2006). Introducción del consumo de drogas. *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales*. 5 (3). Pp 522-523. Recuperado de, <http://site.ebrary.com/lib/uasuausp/reader.action?docID=10357518>
- Camacho, I. (2005). Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*. 5 (1). P 28. Recuperado de, http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen5_numero1/articulo_3.pdf
- Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 1 (2). Recuperado de, <http://site.ebrary.com/lib/uasuausp/reader.action?docID=10105409>
- Caudevilla, F. (2009). Dependencia, abstinencia craving, tolerancia. *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de, <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20DrogaDependencia/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Cepeda, V. (2010). Establecimiento de metas y objetivos, el camino a la excelencia. *Psicología del deporte y rendimiento óptimo*. Recuperado de, <http://psicodeporteyrendimientooptimo.blogspot.com/2010/12/establecimiento-de-metas-y-objetivos-el.html>
- Cuatrocchi, E. M. (2007). El consumo de drogas en nuestra sociedad. La adicción a las drogas. Buenos Aires: Editorial Espacio. Recuperado de, <http://site.ebrary.com/lib/uasuausp/reader.action?docID=11138298>

- De la O, M., Pimentel, D., Soto, B., De la O, T., & Quintana, S. (2009). *Frecuencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes*. Pediatría de México. Vol. 11. (2). P 57. Recuperado de, <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2009/pm092d.pdf>
- Fernández, P. L., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). Conceptos fundamentales en psicodependencia. *Drogodependencias farmacología, patología, psicología, legislación*. Buenos Aires, Madrid: Editorial Panamericana. Recuperado de, <https://books.google.com.ec/books?id=O01ERd98HhsC&pg=PT12&lpg=PT12&dq=m+mart%C3%ADn+del+moral+y+p+lorenzo+fern%C3%A1ndez&source=bl&ots=mO-wAiK4il&sig=AKI4uO7WwlyqvKawcmu6Z4gmcZ8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjXmaLYkt3NAhXBkh4KHRYeDwEQ6AEIIzAB#v=onepage&q=m%20mart%C3%ADn%20del%20moral%20y%20p%20lorenzo%20fern%C3%A1ndez&f=false>
- Francesa, P. & Núñez, F. (2007). Grupo cognitivo conductual para personas con depresión: una experiencia de trabajo social del hospital San Juan de Dios. *Revista de trabajo social*. Vol. 69. P. 16. Recuperado de, <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v31n692007/art1.pdf>
- García, M. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, lenguaje y educación*. Vol. 15. Pp. 63-64. Recuperado de, [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElRoleplayingUnaTecnicaParaFacilitarLaEmpatiaYLaPe-126264%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElRoleplayingUnaTecnicaParaFacilitarLaEmpatiaYLaPe-126264%20(1).pdf)
- García, P. B., Nogueras, E. V., & Muñoz, C. F. (2011). Diagnóstico y valoración de la gravedad de la depresión. *Guía de práctica clínica para Tratamiento de la depresión en atención primaria*. Málaga: GAEDAP. Recuperado de, http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
- Gómez, D., Gutiérrez M. & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia avances de la disciplina*. Vol.7 (1). Pp 45-51. Recuperado de sitio de internet de, <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904003.pdf>
- Guadamarra, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2005). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. (Tesis inédita) Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM. México. Recuperado de, <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Guía de atención psicológica en trastorno de adaptación. (2014). En *proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud*. Vol. 1. P 7. Recuperado de, https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.79.pdf
- Hall, V. (2003). Tratamiento de la depresión. *Depresión: Fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica. Pp. 21-22. Recuperado de, <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>

- Hernández, M. A. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. (Tesis inédita) Universidad Autónoma del Estado de México. Centro universitario UAEM Atlacomulco, México. Recuperado de, <http://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y., (2012). *Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín*. Revista internacional de la investigación psicológica. Vol. 5 (1). P 117. Recuperado de, [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-3974547%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-3974547%20(1).pdf)
- Jiménez, F. (2009). Síndrome de intoxicación. *Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas: recomendaciones para su manejo*. Recuperado de, <http://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>
- Jiménez, G. I. (2002). *La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperada de, <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26480.pdf>
- Lizárraga, B. (2014). Otras técnicas cognitivas y conductuales. *Terapia cognitiva*. (12). Recuperado de, http://sesionesdelaterapiacognitiva.blogspot.com/2014/03/otras-tecnicas-cognitivas-y_3.html
- Martínez, R. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. (Tesis doctoral). Universidad de las Américas, Puebla. Recuperada de, http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo_4.html
- Minici, A. Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de terapia cognitivo conductual*. Vol. 15. Pp. 1-2. Recuperado de, <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- MINSAL. (2013). Presentación clínica de la depresión. *Depresión en personas de 15 años y más*. Chile. Recuperado de, <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- NIDA. (2011). Frecuencia de la comorbilidad entre la drogadicción y otras enfermedades mentales. *La comorbilidad entre la adicción y trastornos mentales*. Recuperado de, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril, 2016). *La depresión*. Recuperado de, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (2004). Consecuencias adversas de las sustancias psicoactivas y sus mecanismos de acción. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. P 12. Recuperado de, http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf

- Ortega, Y. P., Hernández, A. F., Arévalo, A. A., Díaz, A. M., & Torres, Z. (2015). Marco referencial de consumo de drogas. *Causa y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contexto sociales conflictivos*. Recuperado de, <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/3691/3/57298094.pdf>
- OPS. (2005). Introducción de las sustancias psicoactivas. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Estados Unidos: Editorial signature book printing. Recuperado de, http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Pelayo, J. M. (2014). Tipos de psicoeducación. *Psicoeducación*. Recuperado de, <http://www.uniovi.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2013-14/Fisiot-T15-CCPSS-fisiotPsicoeducacion.pdf>
- Peñalver, C. (2014). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Evaluación del Inventario BDI II*. Vol. 45. (5). Recuperado en sitio de internet de, <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Prettel, O. (s.f). Un aspecto de la propia personalidad. *Técnica de la silla vacía*. P 2. Recuperado de, <https://prettel.files.wordpress.com/2007/03/la-silla-vacia.pdf>
- Renner J. & Ciraulo D. (1995). La morbilidad de las enfermedades adictivas graves y la depresión profunda se reconocen hoy en día como un problema clínico común. *Consumo de Drogas y Depresión*. Vol.4. 5-7. Recuperado del sitio de internet de, http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET04_1.pdf
- Roca, E. (2002). La teoría ABC. La terapia racional emotiva. Pp. 2-3. Recuperado de, <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>
- Roca, M. (1987). Modelo conceptual que fundamenta el adiestramiento en inoculación de estrés. *Manual de inoculación del estrés*. Vol. 7. Pp. 7-9. Recuperado de, <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/480/Manual%20de%20inoculacion%20de%20estres.pdf>
- Sánchez, J. J. & Imbernon, J.J. (1996). Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. *Psicoterapia y salud mental*. Recuperado de, http://www.psicologiaonline.com/links/JG/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse6.htm
- Soria, B. (2007). Tipos de droga. *Guía útil sobre drogas*. España: Ministerio de sanidad y consumo. Recuperado de, http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/pnsd_guia_drogas.pdf
- Tavera, S. & Martínez, M. (2008). Conceptos básicos sobre la adicción. *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida*. Recuperado de, http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf

- Tenorio, S. (2010). Cuestionamiento socrático. *Terapia cognitiva de Aaron T. Beck*. Recuperado de, <http://es.slideshare.net/Hagia/tcc-aaron-t-beck>
- Tyson, G. M., & Range, L. M. (2010). La depresión: comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *Diario de la Gestalt*, Vol. 4. (1). Recuperado de: http://www.robertexto.com/archivo11/depre_gestalt.htm
- Torres, J. L. (2007). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *Revista LiberAddictus*. Pp. 2-7. Recuperado de, http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metnales_adicciones.pdf
- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 5 (2). Recuperado de, <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/Tecnicascognitivoconductuales.htm>
- Vázquez F. L., Muñoz. R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*. Vol. 8. (3). P 418. Recuperado de, <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Velásquez, J. C., & Scoppetta. O. (1997). Marco teórico. *Consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de, <http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/fulltext/psico/psico.pdf>
- Vijay E. (2012). Depresión en los adolescentes: diagnóstico y elaboración de una propuesta desde el modelo integrativo, estudio a realizarse con los alumnos del noveno año de educación básica de los colegios del cantón Biblián. (Tesis inédita) Universidad del Azuay, Cuenca. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1794/1/09253.pdf>
- Zoch, C. E. (2002). Definición de términos. *Depresión*. p 1. Recuperado de, <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>

Video:

- Imparable.Tv (2013). Motivación para la vida: hazlo ahora. Recuperado de, <https://www.youtube.com/watch?v=ZqsxuChwAGw>

Anexos

Inventario de Depresión de Beck (BDI II)

BDI-II ¹	
Nombre: _____	Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____	Educación: _____ Fecha: _____
Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy . Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).	
1. Tristeza 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	6. Sentimientos de Castigo 0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
2. Pesimismo 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	7. Disconformidad con Uno Mismo 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.
3. Fracaso 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	8. Autocrítica 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
4. Pérdida de Placer 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
5. Sentimientos de Culpa 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. 12. Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo. 13. Indecisión 0 Tomo más decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso. 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada. 15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada. 16. Cambios en los Hábitos de Sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo. 18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a No tengo en apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo. 19. Dificultad de Concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer. 21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

CUESTIONARIO SOCIOFAMILIAR

Nombres: _____

Apellidos: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Colegio: _____ **Curso:** _____

Dirección/ Domicilio: _____

Por favor señale con una x las características del grupo familiar con el cual usted vive:

(Es válida una sola respuesta).

1. Con ambos padres ____
2. Con la madre ____
3. Con el padre ____
4. Con hermanos y ambos padres ____
5. Con hermanos y la madre ____
6. Con hermanos y el padre ____
7. Con ambos padres y abuelos. ____
8. Con padres, hermanos y abuelos/s ____
9. Con abuelo/s. ____
10. Tíos maternos y hermanos. ____
11. Tíos paternos y hermanos ____
12. Con padrastro. ____
13. Con madrastra. ____
14. Otros, indique cuál _____

¿Alguno(s) de los miembros de su familia ha emigrado? Si _____ No _____

Quienes _____

Hermanos: (indicando tu posición)

	Nombre	Edad	Ocupación
1			
2			
3			

TEST DE CASULLO.

Fecha:.....

Nombre:.....

Edad:.....

Escuela o Colegio:..... Curso:..... Sexo:.....

Instrucciones: Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuantas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un círculo alrededor del número que elijas (0,1, 2 o 3).

Durante la semana pasada	Menos de 1 día	1-2 días	3-4 días	5-7 días
a. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
b. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
c. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
d. Me sentí tan bueno/a como los demás.	0	1	2	3
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
j. Tuve miedo	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar	0	1	2	3
l. Me sentí feliz	0	1	2	3
m. Hable menos que lo normal.	0	1	2	3
n. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
o. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
p. Disfrute de la vida.	0	1	2	3
q. Llore.	0	1	2	3
r. Estuve triste.	0	1	2	3
s. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
t. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

HOJA DE CALIFICACIÓN

NOMBRE DEL ALUMNO _____

De los veinte ítems que integran la escala, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante —la semana pasada—. Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de 1 día se asigna cero puntos 1-

2 días se asigna un punto

3-4 días se asignan dos puntos 5-

7 días se asignan tres puntos

LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS POSITIVOS SE EVALÚAN DE FORMA INVERSA A LOS RESTANTES.

Se obtiene un Puntaje total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems.

Factor 1: Depresión afectiva:

c_____

f_____

i_____

j_____

n_____

q_____

r_____

total_____

Factor 2: Síntomas Somáticos

a_____

b_____

e_____

g_____

k_____

m_____

t_____

total_____

Factor 3: Afectos positivos (SE CALIFICA AL INVERSO)

d_____

h_____

l_____

p_____

total_____

Factor 4: Relaciones interpersonales

o_____

s_____

total_____

TOTAL DE LA ESCALA_____

NOMBRE DEL RESPONSABLE (Persona quien califica)

Esquema de Participación.

N. de Sesión.					
Participantes	Asistencia	Participación	Empatía	Estado anímico	Manejo del tema
Jaime B.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Juan E.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Angel C.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Marcelo Ll.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐

Xavier M.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Richard L.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Jean Pierre J.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Patricio L.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐

Adrián V.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Luis A.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
Edison G.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐
José J.	SI ☐	Siempre ☐	Siempre ☐	Estable ☐	Siempre ☐
	No ☐	A veces ☐	A veces ☐	Inestable ☐	A veces ☐
		Nunca ☐	Nunca ☐		Nunca ☐

Fotografías por sesión.

Sesión 1.



Propuesta de normas y expectativas de las intervenciones terapéuticas.



Tarea de Intersesión: Fórmula de la primera sesión.

Sesión 2.



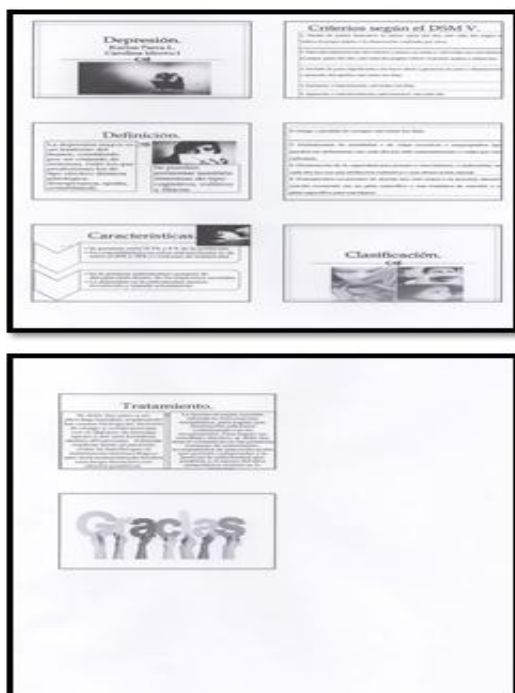
Dinámica "La Cebolla"



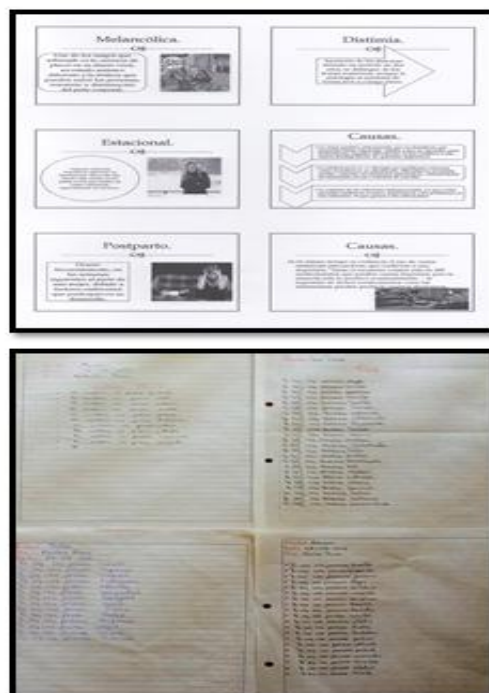
Realización de la técnica "Psicoeducación de la Depresión".

Sesión 2.

1



Documento PowerPoint: Psicoeducación de la depresión.

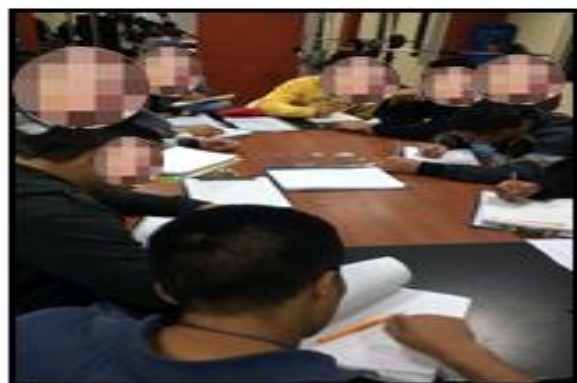


Tarea de intersección: Post-it para uno mismo.

Sesión 3.



Dinámica "Escobas Globeras"



Ejecución de la técnica "Reestructuración Cognitiva".



Tarea de intersección: Reestructuración Cognitiva.

Sesión 4



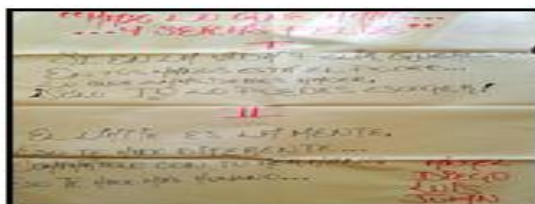
Dinámica: El bosque.

I



Técnica: solución de problemas.

Sesión 5



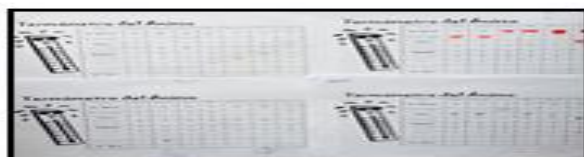
Dinámica: "Poema Colectivo"



Proyección del video: "Hazlo ahora".



Técnica: Inoculación del estrés.



TIS: Termómetro del ánimo.

Sesión 6.



Dinámica: Tarjetas.



Psicoeducación: distorsiones cognitivas.

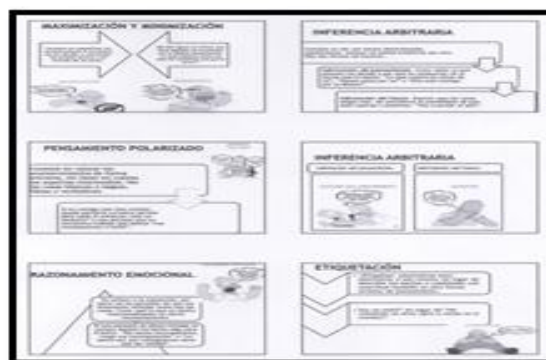
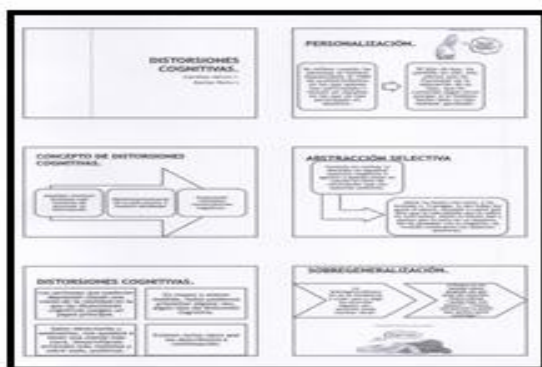


Técnica: Modelo ABCD

Sesión 6



TIS: Termómetro del ánimo.



Material Power Point: Distorsiones Cognitivas.

Sesión 7



Dinámica: Acentuar lo positivo.



Técnica: Flecha descendente.

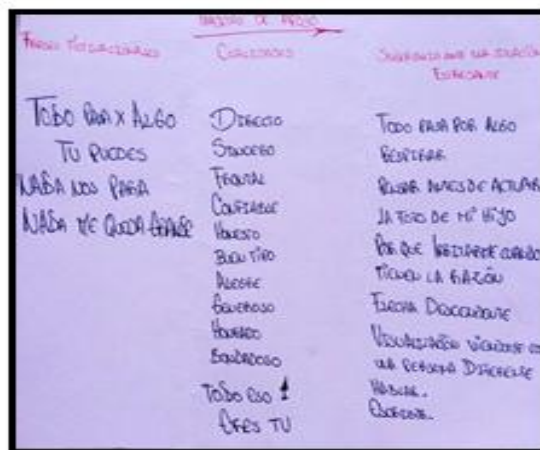


Técnica: Punto y Contrapunto.

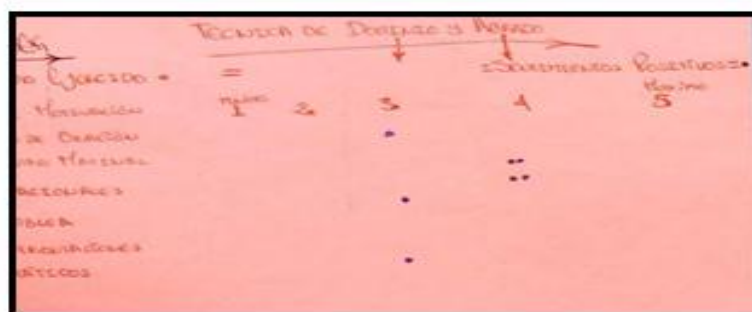
Sesión 8.



Dinámica: Encontrando mis cualidades



Técnica: Cartas de Apoyo.



Técnica: Dominio y Agradado.

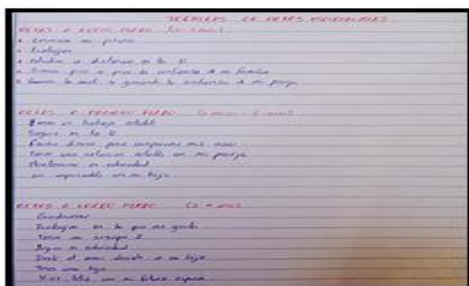
Sesión 9.



Dinámica: Lavado de coche.



Proyección del video: Autoestima.



Técnica: Metas Individuales

Sesión 10.



Dinámica: El escudo.



Técnica: Silla Vacía.



Proyección del video: La familia.

Sesión 11.



Dinámica: Cabeza con cabeza.



Técnica: Role playing.



Sesión 12.



Recapitulación



TIS: El Amuleto