



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

TEMA

**“La filmoterapia como alternativa terapéutica
complementaria a la psicoterapia, en personas que padecen
depresión y consumo de sustancias”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
licenciatura en Psicología Clínica.**

Autora: María Verónica Polo Rincón.

Directora de tesis. PhD Cesibel Ochoa.

Cuenca - Ecuador

2020

Dedicatoria

Dedico este trabajo de tesis, de manera especial a todas aquellas personas que formaron parte de este proceso, siendo estas mi familia y amigos que con su gran apoyo incondicional y empatía me motivaron para seguir adelante y culminar mis metas de la mejor manera, han sido un pilar fundamental para mi exitosa culminación de la carrera de Psicología Clínica.

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a mis padres que me han sabido brindar esta oportunidad, gracias a ellos he podido acceder a una gran educación de calidad, donde no solo he aprendido en el área de Psicología Clínica, también he aprendido a desarrollar habilidades y herramientas que me ayudarán a afrontar de la mejor manera cualquier situación que se presente en un futuro, las mismas personas que me han ayudado a luchar por mis sueños y a motivarme para que logre alcanzar esta meta.

Agradezco a toda la familia y amigos que han sido parte del proceso educativo. De manera muy especial, agradezco a todos los profesores que durante este periodo estuvieron acompañándome, apoyándome y brindándome las herramientas para que las pueda emplear en un futuro, gracias a todos aquellos maestros que compartieron y transmitieron sus conocimientos de la mejor manera para lograr lo que soy hoy en día y parte de lo que seré en un futuro.

Y sobre todo, agradezco a la PhD Cesibel Ochoa, que dio su tiempo, su paciencia y sus herramientas para ayudarme a concluir exitosamente esta investigación; y de igual manera, al tribunal conformado por Daniel Bravo y Xavier Muñoz, por sus valiosas recomendaciones durante el proceso de este trabajo.

Resumen

En el presente proyecto el objetivo general fue aplicar un programa de filmoterapia para los pacientes depresivos y adictos de la clínica de rehabilitación de adicciones de Paccha, complementaria a la psicoterapia que reciben en el lugar mencionado. Para la metodología se seleccionó a los pacientes que cumplieran con todos los criterios de inclusión, fueron evaluados con la escala de depresión Beck, posteriormente, se aplicó un programa de filmoterapia como método alternativo, después de cada proyección presentada se realizó un conversatorio y una encuesta, finalmente se evaluó el impacto del programa propuesto, reevaluando el estado de ánimo con escala de Beck. Se concluye con los hallazgos que la filmoterapia aportó a la disminución de depresión en personas adictas a sustancias.

Palabras claves: Filmoterapia, adicción, depresión, terapias alternativas.

Abstract

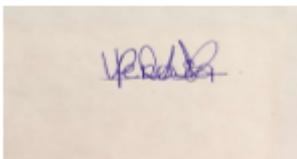
The general objective of this project was to apply a program of film therapy for the depressive and addicted patients at the “Clínica de Rehabilitación y Adicciones, Paccha”. This therapy worked as a complement to the psychotherapy they received in the place. For the methodology, patients who fulfilled with all the requisites of inclusion were selected. They were evaluated with the Beck Depression Inventory. Later, the sample received the film therapy as an alternative method. After each movie therapy, they carried out a discussion and a survey. Finally, the participants were reevaluated in their mood though the Beck Depression Inventory. The research concluded that film therapy contributes to the reduction of depression in people who are addicted to drugs and substances.

Key words: Film therapy, addiction, depression, alternative therapy.

Translated by

A handwritten signature in blue ink that reads "Hlapeli Antezaga". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

Estudiante: Verónica Polo

A handwritten signature in blue ink that reads "Verónica Polo". The signature is written in a cursive style.

Contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Resumen.....	4
Introducción	8
CAPÍTULO I.....	10
<i>EL Cine como herramienta complementaria en el tratamiento de las adicciones</i>	10
1.1 Estudios relacionados al consumo	10
1.2 Evolución histórica de las adicciones	11
1.3 Conceptos asociados a las adicciones	12
1.4 Tipos de drogas	14
1.4.1 Estupefacientes:.....	14
1.4.2 Alucinógenos:	15
1.4.3 Volátiles, inhalables o disolventes.....	15
1.5 Etiología del consumo y adicciones	16
1.5.1 Factores predisponentes en el consumo	16
1.5.1.1 La carencia del apoyo familiar	16
1.5.1.2 Las influencias del entorno	16
1.5.1.3 Falta de información sobre el consumo	17
1.6 Teorías de las adicciones	17
1.6.1 Modelo integrado de Glantz y Pickens (1992)	17
1.6.2 Teoría de la socialización primaria de Oetting (1987)	18
1.6.3 El afrontamiento del estrés según Wills (2002)	19
1.6.4 Modelo del desarrollo social Hawkins (1985)	20
1.6.5 Teoría de la automedicación	21
1.6.6 Otras teorías explicativas de las adicciones	22
1.7 Comorbilidades con otros trastornos	24
1.8 Tratamientos	26
1.9 El cine como herramienta terapéutica	32
CAPÍTULO II	36
<i>Metodología de la investigación</i>	36
2.1 Objetivo general	36
2.2 Objetivos específicos	36
2.3 Hipótesis	36
2.4 Criterios de exclusión	37
2.5 Criterios de inclusión	37

2.6 Tipo de estudio	38
2.7 Selección de material audio visual	39
2.8 Primera etapa	42
2.9 Segunda etapa	43
2.9.1 Resumen de casos analizados y crisis vitales	43
<i>Caso Andrés</i>	43
<i>Caso Néstor</i>	44
<i>Caso Wilson</i>	44
<i>Caso Pablo</i>	45
<i>Caso Mateo</i>	45
<i>Caso Juan Andrés</i>	45
<i>Caso Felipe</i>	46
<i>Caso Esteban</i>	46
<i>Caso Gerardo</i>	46
<i>Caso José</i>	47
<i>Caso Francisco</i>	47
<i>Caso Luis</i>	48
2.10 Tercera etapa	48
2.11 Cuarta etapa	50
CAPÍTULO III	51
<i>Resultados de la investigación</i>	51
3.1 Resultados por sesión	56
Sesión 1	56
Sesión 2.....	58
Sesión 3.....	59
Sesión 4.....	60
Sesión 5.....	62
Sesión 6.....	63
Cierre.....	64
3.2 Resultados generales por variable	65
3.3 Resultados comparativos del estado de ánimo	68
3.4 Limitaciones de la investigación	70
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
Bibliografía	75
Anexos	78

Introducción

El presente trabajo aborda lo que se conoce como adicción, menciona su historia a lo largo de los años, conceptos, causas y consecuencias para una mayor comprensión.

Adentrándose en las teorías de adicción se comprenderá una de las problemáticas actuales más importantes, acotando la comorbilidad que existe entre las adicciones y las enfermedades mentales; dicho esto, se menciona que la depresión es una de estas comorbilidades más frecuentes.

Se indaga al cineterapia o filmoterapia como posible tratamiento alternativo complementario a la psicoterapia, mencionando la validez científica que este propone, su manera de empleo y posibles beneficios, cumpliendo así con un estudio cuantitativo para solventar un problema presente en nuestra comunidad, de tal manera que se logren establecer nuevas maneras de abordaje ante estas enfermedades.

Mediante una metodología propia y adecuada para esta necesidad se entenderá que las adicciones y enfermedades asociadas se han ido incrementando en el transcurso de los años, esto se vuelve cada vez más preocupante y por esta razón se buscan nuevas líneas de tratamiento ya que las adicciones envuelven a muchas personas y no solo a la persona que consume, sino a las personas de su entorno, creando así, un problema aún más grande y grave.

La mayoría de personas que padecen de adicción, no acuden ni obtienen el tratamiento que les corresponde, son llevados a la fuerza por sus familias a centros de rehabilitación donde presentan una gran resistencia desde su ingreso y por la gravedad de su enfermedad y situación, complica el tratamiento que está por recibir, razón por la que se buscan nuevas maneras de abordaje, siendo una de ellas la cineterapia, como un método nuevo, experimental y favorecedor para aquellos que lo reciben brindándoles destrezas y habilidades psicológicas.

Por ello, el objetivo del presente trabajo fue aplicar un programa de filmoterapia que trabaje conjuntamente con la psicoterapia que reciben en la clínica, para los pacientes adictos y deprimidos dentro del lugar.

Se manifestarán los siguientes resultados: la filmoterapia funciona como una alternativa complementaria a la psicoterapia brindada por la clínica y mejora el estado de ánimo en personas depresivas adictas a sustancias.

Se puede concluir que esta línea de abordaje, permitirá a los psicólogos adentrarnos cada vez más en la aplicación de esta metodología ante las distintas necesidades sociales, aportando así con una alternativa placentera que disminuye conductas inapropiadas que fluye hacia el mejoramiento y crecimiento personal del paciente.

CAPÍTULO I

EL Cine como herramienta complementaria en el tratamiento de las adicciones

Dentro del presente capítulo se aborda la historia, conceptos y causas de las adicciones, de igual manera se establecen los tipos de drogas y las teorías que presentan. Se demuestra la comorbilidad que existe entre la depresión, el consumo de sustancias y los tratamientos ante estas problemáticas, mostrando al cine como una terapia alternativa complementaria a la psicoterapia, exponiendo sus beneficios y aportes dentro de este problema presentado.

1.1 Estudios relacionados al consumo

En el informe mundial sobre las drogas de la ONUDD (Organización de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) señala que, en el año (2018) el 5,6% de la población mundial consumieron al menos en una ocasión drogas o algún tipo de sustancias, además acota que 31 millones de personas que consumieron drogas presentan trastornos que son derivados del consumo de drogas. Ha reportado en su Informe Mundial sobre Drogas, que aproximadamente un 5% de la población ha consumido algún tipo de droga, lo que es igual a 250 millones de personas y un total aproximado de 183000 muertes relacionadas con ellas. Las elevadas tasas presentadas, remiten a la necesidad de diferentes opciones de tratamiento para esta problemática.

Los estudios han demostrado que los grupos más vulnerables diferencian en edad en base al consumo de sustancias y drogas psicoactivas y manifestando que estos grupos de vulnerabilidad son las personas más jóvenes, comparándolas con las personas adultas. Los estudios mencionan que el periodo de la adolescencia de 12 a 14 años, seguida por la etapa de 15 a 17 años es de gran riesgo para comenzar el consumo de drogas y sustancias psicoactivas, la cual puede alcanzar su pico más alto en la etapa de 18 a 25 años. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

Estos datos destacan sobre el problema que existe sobre el consumo, puesto que más de 450.000 personas en 2015 han fallecido por esta causa, de las cuales 167.750 están asociadas principalmente a la sobredosis. Se puede manifestar que los opioides son las drogas causantes de más daños y responsables del 76% de muertes. En el año 2016, unos 10,6 millones de seres humanos que se han inyectado drogas, son los que sufren de

mayores riesgos de muerte ya que son más vulnerables a presentar Hepatitis C y VIH, estableciendo que uno de cada ocho es portador de estas enfermedades. De igual manera, va en crecimiento el hecho de consumir sustancias de las cuales no se conoce su origen, que son proporcionadas desde una fuente ilícita, creando daños más fuertes en aquellos que lo consumen (Dianova, 2018).

Según informes en el Ecuador del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) en el año (2013) el consumo de alcohol y tabaco, consideradas drogas legales prevalecen sobre el consumo de las drogas ilegales, teniendo en cuenta que las más conocidas son la marihuana, el éxtasis y la cocaína.

El 60,7% de la población en el Ecuador realizó su primer consumo de alcohol entre las edades de 15 a 19 años. La dependencia del consumo de drogas en Ecuador es la más alta en comparación con otros países sudamericanos, según un estudio del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Los resultados determinaron que Ecuador registra mayores niveles con 51%; frente al 20% en Chile y Uruguay, además de Perú con 36%. Se manifiesta que enfrentan gran riesgo de cometer delitos para adquirir la droga (Briones, 2018).

1.2 Evolución histórica de las adicciones

De acuerdo a varias lecturas realizadas se expone que el uso de las distintas sustancias tiene una historia que remonta a épocas antiguas, en donde se han evidenciado desde varios escritos romanos y griegos el uso de las mismas para diferentes fines, entre los más importantes estaban los rituales religiosos, culturales y medicinales; por otro lado, el consumo también evidencia el uso para combatir las necesidades fisiológicas, principalmente, como el cansancio, el hambre y la sed, produciendo diversos efectos en las personas. Con el desarrollo, la evolución de las épocas y el crecimiento poblacional llevó al ser humano a tener un consumo de sustancias desmesurado, las sustancias y drogas han sido en la actualidad industrializadas de manera masiva, al igual que el uso de las mismas. En la actualidad, las nuevas técnicas recursivas y modernas han fomentado la elaboración de procesos de refinamiento lo cual ha llevado a la expansión de variados compuestos, siendo estos cada vez más nocivos para aquellos que lo consumen. La comercialización intercontinental de las sustancias ha creado un consumo de manera inmoderada por el ser humano y distorsionado por completo del objetivo principal de uso,

con gente cada vez más involucrada, generando así una problemática descontrolada a nivel mundial (Secretaría de Salud, 2019).

1.3 Conceptos asociados a las adicciones

Barrionuevo (2013) declara que la palabra adicción tiene su origen etimológico en el latín a-dictio: ‘no dicción’ o sin palabras, el término adicto se referiría a alguien que sigue ciegamente al líder, sin criticarlo ni decirle nada, sin cuestionamiento. Luego se llamó addictus a un ‘esclavo’ por deudas, de allí addictio: ‘adjudicación, cesión al mejor postor, consagración, dedicación’.

Según el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas (NIDA) una adicción es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, que puede modificar su estructura y funcionamiento a largo plazo y que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivamente de drogas, a pesar de sus consecuencias dañinas (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas, 2014).

Cuatrochi (2008) en su libro “Adicción a las drogas“, se fija y centra en las emociones de la persona y se refiere a la adicción como el uso de sustancias de manera compulsiva que crea y genera una dependencia emocional, es decir que la persona la necesita para sentirse de cierta manera comparada con el bienestar.

Se entiende mejor el significado de adicción como tendencia imperiosa del sujeto que pierde su capacidad del dominio en base a la relación al consumo de drogas o sustancias, hasta el punto de dañarse a sí mismo o a la sociedad, la persona que sufre de una adicción se puede ver afectada en muchos ámbitos, pero se evidencia sobre todo una modificación del humor que se representan como experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia, generando así problemas que se dan y desarrollan entre la persona adicta y aquellas personas que se encuentran alrededor de la persona (conflicto interpersonal, intrapersonal) problemas con otras áreas y ámbitos de la persona como en; (la familia, vida social, trabajo, intereses, actividades de ocio) o dentro de los propios individuos a nivel afectivo, cognitivo y psíquico (Anaya, 2010).

Según la OMS explica la adicción como una enfermedad física y psicoemocional, que crea dependencia hacia una sustancia, actividad o relación, con un conjunto de síntomas físicos y con la presencia de episodios continuos de descontrol, distorsiones de

pensamiento y negación, define a la drogadicción como el consumo repetido de una droga o sustancia que lleva a un estado de intoxicación repetida o crónica y respecto del término droga propone utilizarlo para referirse a: cualquier sustancia que es metida en el organismo que es capaz de cambiar y modificar una o varias de sus funciones cognitivas (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Se entiende la definición de abuso de sustancias como un esquema desadaptativo de consumo de sustancias y drogas que conduce a una problemática de deterioro y un malestar que son clínicamente significativos, se hacen presentes durante un periodo de doce meses, factores como el consumo recurrente de sustancias, que da lugar a la falta de cumplimiento de obligaciones afectivas, sociales, laborales y familiares, el consumo de manera recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente muy peligroso: se manifiestan problemas legales por problemas repetidos ante las autoridades y de igual manera problemas interpersonales causantes de muchas disfunciones (Anaya, 2010).

Luis Berrecos (2010) menciona en su artículo, terminologías que existen para referirse a la droga dependencia, toxicomanía, o drogadicción que normalmente son utilizados como semejantes para referirse a un estado psicofísico que se da por la causa de la interacción de un organismo vivo con una sustancia o un fármaco, que se caracteriza por la alteración del comportamiento, funcionamiento cognitivo y otras acciones, generalmente es un impulso que no se puede reprimir por consumir una droga en forma continua y periódica con el fin de experimentar los efectos psíquicos.

Es importante establecer que el término adicción hace referencia al consumo y uso de sustancias que son psicoactivas, pero el término actualmente es usado para referirse a otras situaciones que no necesariamente requieren del consumo de sustancias psicoactivas. Los conceptos de dependencia y abuso no se utilizaban aún en épocas antiguas, actualmente son términos conocidos mundialmente, el uso, abuso y dependencia de drogas es un problema de salud pública mundial, el abuso de sustancias adictivas no se hizo común sino hasta épocas más recientes. En cuanto a las formas de consumo de drogas, se diferencian distintas terminologías para establecer las diferencias entre sí.

- Uso: esta terminología pretende un contacto casual o esporádico con la droga, con consumo circunstancial y en ocasiones específicas.

- Abuso: cuando el sujeto recurre con más frecuencia a cantidades superando las iniciales de consumo.
- Drogadicción: gran dependencia, constante y compulsiva, de una sustancia o droga de la cual el sujeto no puede desprenderse, ocasionando conflictos físicos y psíquicos en el individuo. Generando un malestar hacia sí mismo y hacia los demás (Barrionuevo, 2013).

1.4 Tipos de drogas

Según Carmen Molina (2008) se han establecido algunos tipos de clasificación en cuanto a las drogas, varios autores manifiestan que pueden ser de tipo legal o ilegal, en el primer caso, es decir ante la ley su consumo no está vetado por la misma, las más comunes son el alcohol, esteroides o anabólicos y fármacos; en el segundo caso, las ilegales son usadas por una gran parte de la población, prohibidas por la ley y pueden dividirse en tres grupos: Narcóticos o depresores: adormecen los sentidos al actuar sobre el sistema nervioso central, como la marihuana, el opio y la morfina. Estimulantes: la más conocida de estas drogas es la cocaína. Alucinógenos: que distorsionan la percepción de la realidad como los hongos y ácidos. Otra clasificación de la división de las sustancias es: estupefacientes (embriagantes, barbitúricos o hipnóticos, narcótico-analgésico-euforizantes y analgésicos-euforizantes), alucinógenos (naturales y artificiales o de síntesis) y los volátiles, inhalables o disolventes.

A continuación, se detalla con más exactitud, de acuerdo con Molina (2008).

1.4.1 Estupefacientes: se describe a sustancias analgésicas o narcóticas que pueden ser la causa u origen de una adicción o dependencia. El dolor fisiológico disminuye, se produce una alteración de conciencia, su continuado uso da lugar a una gran dependencia física y psíquica, con su uso continuo crea más tolerancia, de tal manera que luego va a necesitar dosis más altas para satisfacer sus necesidades.

Con relación a su efecto clínico, los estupefacientes se pueden clasificar en:

- Embriagantes: se manifiestan sensaciones de euforia y un posible estado de depresión-narcosis. Se pueden encontrar en este grupo el alcohol, el éter, el cloroformo y el benzol.

- Barbitúricos o hipnóticos: son drogas artificiales que actúan sobre el sistema nervioso central, rebajando la atención mental, el tono emocional y produce disminución de capacidad sensorial, crean gran tolerancia y suelen conducir de igual manera a una dependencia físico-psíquica, a diferencia de los narcóticos no disminuyen el dolor. Entre los hipnóticos se conocen los siguientes: hidrato de coral, paraldehído, glutamina, etc.
- Narcótico-analgésico-euforizantes: su principal función es reducir el dolor y producir sueño entre los más conocidos están el opio y sus alcaloides, los opiáceos se dividen en 2 grupos en naturales y en artificiales como la morfina, codeína y heroína.
- Analgésicos-euforizantes: producen un estado eufórico, la cocaína y sus derivados son los más conocidos en este grupo.

1.4.2 Alucinógenos: se entiende que la alucinación hace referencia a la percepción imaginaria completamente distorsionada sin que exista causa exterior, se produce una distorsión de objetos y sensaciones, se entienden que las terminologías: psicodélicos, psicotrópicos o psicoanalíticos, psicodislépticos, son sinónimos, (LSD, mezcalina).

Entre los principales síntomas que se dan al consumir alucinógenos son: desorientación, ansiedad, cierta actividad intelectual de hiperactividad vale mencionar que dichos efectos pueden variar desde la alegría hasta el pánico en distintas circunstancias.

Se clasifican en:

- Alucinógenos naturales o vegetales: cáñamo índico, peyote, hongos, ayahuasca.
- Alucinógenos artificiales o de síntesis: depende de la estructura química que presentan, mezclados con otras sustancias para producir los efectos alucinatorios.

1.4.3 Volátiles, inhalables o disolventes: se incluyen una serie de cementos plásticos como: colas y pegamentos, solventes comerciales, gasolina, combustibles y disolventes de pintura, no producen gran dependencia física, pero pueden producir, tolerancia y dependencia psíquica.

1.5 Etiología del consumo y adicciones

1.5.1 Factores predisponentes en el consumo

Los diferentes componentes que intervienen en la aparición del consumo y manifestación de las adicciones, permiten identificar esta problemática como multicausal donde varios elementos pueden ser los causantes de las adicciones, de tal manera que se encuentra determinada por una red de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales, donde varios elementos aportarán a la manifestación de estas circunstancias y problemática, se puede mencionar que la exclusión social, la inseguridad, la pobreza, el auto concepto, la presión familiar, la presión social, las carencias afectivas y familiares, la distorsión de valores, entre otros factores o elementos de riesgo, son los que aumentarán la vulnerabilidad del consumo, tanto individual como social para el progreso o desarrollo de una adicción (Barrionuevo, 2013).

1.5.1.1 La carencia del apoyo familiar

Una estructura familiar inapropiada, incluida la falta de apoyo familiar, la ausencia parental, violencia doméstica, desarmonía en el hogar, mala estructuración de roles y problemas económicos son factores desencadenantes que prevalecen en una adicción, se acota que quien en la infancia no tuvo límites, los acepte después de esa etapa, siendo así más difícil que se restrinjan comportamientos inadecuados como los que representan las adicciones (Briones, 2018).

1.5.1.2 Las influencias del entorno

A las carencias afectivas, se les suma la influencia de amigos que terminan siendo los adecuados para un incorrecto desarrollo social, afectivo, laboral entre otros. Con este grupo la persona comienza su consumo, generando así una dependencia hacia el mismo. La presión social del mencionado grupo puede convertirlo en adicto evocando cierta necesidad de aprobación y aceptación. La facilidad para conseguir las sustancias por la asequibilidad y bajos costos son factores ambientales, estos también fomentan el consumo de tal manera que no les permite darse cuenta de las consecuencias de lo que esto representa (Briones, 2018).

1.5.1.3 Falta de información sobre el consumo

Ilusos y maravillados por la sensación de sentirse bien, diferente a cómo se sentían antes de consumir las sustancias, los usuarios mencionan desconocer las consecuencias nocivas a corto y largo plazo. La falta de información al respecto no les permite darse cuenta de que están siendo involucrados en un círculo vicioso que aunque quisieran salir de él, no encontrarían las condiciones ni facilidades para eso (Briones, 2018).

Se puede concluir que entre las causas principales están la falta de apoyo familiar, presión de pares, los tipos de crianza desestructurados, la influencia de gente alrededor, el fácil acceso, la falta de prevención, la carencia de información y educación que les empuja a un consumo desmesurado convirtiéndose así en víctimas de una adicción.

1.6 Teorías de las adicciones

Según manifiesta Becoña (2012) la teoría de la adicción se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas. Este podría resumirse en tres ejes principales:

- 1) Existen factores que proveen el inicio y mantenimiento en el consumo de las diferentes sustancias en unas personas respecto a otras.
- 2) Existe un desarrollo en el consumo de las drogas que son legales en comparación a las ilegales, figura una gran diferencia significativa entre los consumidores de drogas ilegales y los consumidores de drogas legales.
- 3) El conjunto de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas establecen los factores de comienzo, mantenimiento y desarrollo en el consumo desmesurado de unas a otras sustancias. La exposición frecuente a las drogas de abuso es un factor para un desarrollo de la adicción, esto representa interacciones entre factores ambientales, genéticos y neurobiológicos.

1.6.1 Modelo integrado de Glantz y Pickens (1992)

Según los autores Glantz y Pickens (1992) las adicciones están arraigadas a factores de índole genético y ciertas disfunciones neurobiológicas, consideradas como factores de vulnerabilidad entre las que se identifican los siguientes: individuos con problemas

mentales, ciertos rasgos de personalidad, desinhibición y desórdenes de conducta; además de problemas de ansiedad y alteraciones del humor. Mencionan que el consumo de drogas en la adolescencia aumenta la inestabilidad del desarrollo, lo que no sucede en la adicción en etapas posteriores o adultas. Mientras que la iniciación de consumo y uso de drogas está ligado a factores completamente sociales y ambientales, de tal manera que las personas que consumen comienzan por el uso de drogas legales para después continuar en el consumo de drogas ilegales. Se logra concluir, en este modelo, que cada individuo tiene una manera de procesar las drogas en base a su metabolismo y su estructura cerebral, acotando así que depende de la capacidad que tiene cada organismo de rechazar o aceptar las drogas en el organismo, deduciendo que el valor genético tiene una gran carga en la predisposición, porque constituye y representa un factor de riesgo; y de igual manera, al ser un factor de riesgo, es a su vez un factor de protección para disminuir ciertas conductas relacionadas con el consumo y adicciones (Glantz, 1992)

1.6.2 Teoría de la socialización primaria de Oetting (1987)

La base principal de la teoría de la socialización primaria menciona que prácticamente la mayoría de las conductas sociales de los humanos son aprendidas o presentan algunos elementos principales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas o variadas, tales como el uso de sustancias, la violencia y el crimen se encuentran igual entre estas conductas sociales que también son aprendidas. En todas las sociedades hay un modo de aprender las pautas y reglas sociales, siendo los encargados la familia, la escuela, semejantes o pares y la sociedad; todos ellos causantes de algunos de nuestros comportamientos. Mediante la interacción entre el individuo y estos factores de socialización primaria y secundaria son las que llevan a determinar las conductas normales y, por así decir, desviadas o anormales del individuo. Manifiestan que el periodo de más importancia para la socialización abarca desde la infancia hasta la adultez temprana. El riesgo más grande de aprender normas o conductas inapropiadas se manifiesta en la adolescencia. La familia es el primer elemento de socialización primaria para el niño, al igual que la escuela. Se puede mencionar que existen estructuras familiares y escolares mal estructuradas e inapropiadas donde existe la posibilidad que incremente el riesgo de consumo. Si los vínculos formados entre la persona, familia y escuela son grandes o fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales; y modelos de influencia parental, teniendo en cuenta, la afectividad entre padres e hijos, los modelos educativos

propuestos por los padres y la influencia de los padres en el comportamiento, si por el contrario, son más débiles y no tan fuertes, las primeras socializaciones durante la etapa de la adolescencia estarán manejadas por el grupo de pares o semejantes. Se entiende que la elección del grupo de semejantes es aquella con la que se comparten intereses, gustos y habilidades sociales. Si no se ha obtenido una adecuada internalización de las normas y reglas pro sociales y se han optado por los pares más inadecuados, es probable que se manifiesten en conductas desviadas o inapropiadas; las características emocionales, físicas y sociales de la persona influyen en el proceso de la socialización, lo que lleva a que el resultado de estos sean factores de protección o de riesgo en base al consumo de drogas y a la conducta inapropiada. Se conoce según la teoría que existen dos maneras o vías desde la socialización al consumo de drogas: una, como consecuencia de un estilo de vida basado en el consumo de las mismas desde la socialización primaria experimentada en la familia y escuela, como primera vía. Otra, como vía de experimentación en la comunidad, las características de esta socialización secundaria permiten desarrollar o restringir, mejorar o agravar el vínculo con las fuentes de socialización primaria e influenciar en las normas que son manifestadas a través de los factores de dicha socialización. Las características principales de la comunidad son todo ambiente físico y social donde el sujeto ha vivido o vive, en esto se logra incluir la vecindad, área geográfica, ciudad, zona rural o urbana, tipo de ocupación, medios de transporte con los que se cuenta y el censo que existe de personas adultas, jóvenes e infantes; de igual manera, cuentan las oportunidades sociales y los diferentes grupos a los que se puede pertenecer, dado que es a través de estos que se dan las socializaciones, en este grupo se incluye el índice de pobreza que existe, poca accesibilidad a la educación y todo lo que se manifestó como factores predisponentes que se pueden observar en los grupos sociales. Todos estos pueden ser factores que contribuyan a un cierto tipo de conducta determinado (Oetting, 1998).

1.6.3 El afrontamiento del estrés según Wills (2002)

Según Wills (2002) este modelo abarca sobre la relación que existe entre el estrés y la persona que consume drogas y abusa de las mismas. El no poder canalizar todo de la mejor manera, refiriéndonos a emociones, sentimientos y situaciones a su vez implica y genera un estrés adicional y si sucesivamente busca un refugio en el consumo desmesurado de drogas a medida que se incrementa el estrés, se genera más consumo.

Menciona que los mecanismos que se presentan como des adaptativos son la evitación, la ira, la impotencia, factores que influyen para que la persona no pueda solucionar un problema.

1.6.4 Modelo del desarrollo social Hawkins (1985)

El objetivo principal de esta teoría es explicar la conducta del ser humano desde una perspectiva antisocial. Se les nombra como conductas antisociales porque no cumplen con la normativa de conducta social aceptada en la sociedad. Los beneficios de este modelo teórico logran predecir tanto las conductas pro sociales como las antisociales especificando que se las puede abandonar o mantener en la niñez, adultez y vejez. Dan gran importancia los factores psicológicos, biológicos y sociales alrededor del individuo en sus diferentes aéreas. La explicación principal de este modelo manifiesta que los seres humanos buscan satisfacer sus necesidades y que la conducta está arraigada a esto, lo que implica que las familias, la escuela y los grupos de semejantes son los lugares apropiados para la prevención del consumo de drogas dependiendo de la etapa de desarrollo de la persona en la que se encuentre. Cuando la etapa de socialización es consistente y fuerte se crea y genera un vínculo social entre el individuo y el agente de socialización que tiene la capacidad de influenciar en la conducta desarrollando un control sobre la misma, este tipo de control inhibe o reduce las conductas inapropiadas, siendo estas:

- A) Las oportunidades para tener su participación en el orden social.
- B) La interacción e implicación en base a los compromisos y apegos del sujeto.
- C) La búsqueda de desarrollo de los apegos y compromisos hacia un mundo bien estructurado del cual depende las interacciones e implicaciones que hayan sido positivamente reforzadas en un pasado

Entendemos que la conducta antisocial es resultado el individuo piensa y siente que no tiene las habilidades necesarias para poder participar en socializaciones correctas, las relaciones se rompen y dan oportunidad a conductas antisociales; de igual manera, las socializaciones primarias pueden establecer reglas incorrectas o antivalores, de tal manera que la persona está sujeta a falsas creencias cree y actúa en base a eso. Este modelo menciona que la conducta no es estática ya que la persona atraviesa por varios períodos de desarrollo, donde cada una de ellas representa algo en base a situaciones específicas y

vitales que logran modificar la conducta. En estudios contemporáneos se mantienen estas afirmaciones ya que actualmente se sigue investigando sobre lo mismo (Hawkings, 1995).

1.6.5 Teoría de la automedicación

Esta teoría hace referencia a que el consumo de sustancias produce una serie de cambios a nivel molecular y funcional en el sistema nervioso central. Consecuencia de esto, la persona sana se vuelve completamente dependiente, pero vale mencionar que la dependencia no se genera por igual en todas las personas que consumen la sustancia (Oliveros, 2016).

Según el autor Khantazian (1974) identificó que existían ciertos patrones que eran repetitivos entre las personas que presentaban una adicción y en base a su observación manifiesta que estas personas habían consumido mínimo tres diferentes sustancias cada uno, antes de que se desarrollara su adicción y es ahí cuando formula la pregunta: por qué la elección de esa droga y no de otra, ante la elección de cada individuo; se llega a la conclusión de que la elección de alguna droga en particular hace referencia a la patología clínica en base al trastorno que la persona padece, sin saber necesariamente cuál es; esto de una manera inconsciente claro está. Iría probando varias drogas hasta encontrar la adecuada que alivia de una manera eficaz la sintomatología existente (Oliveros, 2016).

Casas y otros (1992) mencionan que existen tres tipos de personas, en base a generar una adicción. La primera persona, es aquella que no presenta ningún trastorno psíquico ni problemas familiares, que se encuentra dentro de un nivel socio económico y cultural en el rango medio alto, esta persona puede encontrar un equilibrio en todos sus ámbitos y el consumo de sustancias. La segunda persona, de igual manera, no cuenta con problemas patológicos, psíquicos ni problemas familiares pero su nivel socio económico está en rango medio, no cuentan con motivación para abandonar la sustancia que normalmente la consigue mediante actos delictivos. La tercera persona es aquella que cuenta con problemas, trastornos psíquicos y problemas familiares. Las drogas les permiten encontrarse en ese mundo sin problemas desencadenando conductas inapropiadas y destructivas hacia sí mismo y las personas que lo rodean; entrando en un círculo vicioso del cual no puede salir, contando con posibles sobredosis, delincuencia y sentimientos autodestructivos, concluyendo así que de tal manera la teoría de la automedicación hace referencia al consumo de drogas como un manera de auto terapia, pero muy equivocada

donde buscan evadir problemas. Esta teoría menciona la incapacidad que tienen las personas que padecen de adicción, para soportar sentimientos o estados afectivos, la adicción se justifica al intentar curar o satisfacer el estado de ánimo el cual se encuentra angustiado o perturbado. El uso de las drogas funciona como un método alternativo que ocupa la persona ante sus problemas psicológicos en distintas áreas de la persona que presenta la adicción (Oliveros, 2016).

1.6.6 Otras teorías explicativas de las adicciones

Según Pons y Berjano (1999) la persona acepta consumir drogas, aparte de presentar una actitud permisiva ya que desea experimentar personalmente la sustancia en ambientes determinados y de esta manera descartar o refutar las creencias que provienen del medio sociocultural. Establecen que una persona que se encuentre con dificultades para desenvolverse de la manera que se espera en su entorno y que no se exprese correctamente, será una persona más vulnerable a la influencia de sus pares, estableciendo que una persona con la carencia de habilidades sociales y dificultad de expresión mantendrá dificultad para resistirse ante la presión social, estas personas buscan el consumo de sustancias como una alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales. En este aspecto el consumo de drogas es una manera de afrontamiento ante problemas cotidianos, se crea una perspectiva en la cual las drogas sustituyen las inhibiciones sociales reforzando la conducta del consumo ya que pueden de esta manera enfrentarse a la realidad.

Según Vielva (2012) las personas que consumen drogas especialmente los jóvenes, se caracterizan por probar y experimentar nuevas sensaciones, cargadas de adrenalina y nuevas experiencias, cansados del aburrimiento, buscan una desinhibición de sí mismos.

Una manera de explicar el porqué algunas personas recurren a consumir drogas o sustancias de una manera compulsiva, se presentan como comportamientos que son utilizados para afrontar el malestar o estrés, este síndrome se llama “déficit de recompensa” que manifiesta la aparición de comportamientos y conductas que se presentan de manera compulsiva completamente relacionadas a una falta o baja carga de dopamina que se encuentra condicionada, diciendo así, que la persona busca o trata de encontrar un equilibrio ante este déficit, que lo encuentra a través del consumo, produciéndose una tolerancia y dependencia a las drogas y sustancias (Mindalia, 2019).

Según la Bioquímica Molecular Natalia López (2019) menciona que, mediante el flujo sanguíneo los cambios o variaciones llegan al cerebro y empiezan a generar reacciones tanto externas como internas, se pueden observar los cambios cerebrales que manifiestan conductas adictivas, sin tomar en cuenta el tipo de droga que se está consumiendo, se empiezan a generar cambios en la generación de dopamina que es un neurotransmisor y que, como consecuencia, a corto y largo plazo, generan que la persona se vuelva adicta, la dopamina normalmente asociada con el placer, las drogas y sustancias se convierten en las grandes productoras de placer averiando los niveles normales de dopamina que la persona produce; se ha establecido que las personas que tienen bajos niveles de dopamina, carecen de afecto y presentan problemas de sociabilidad e interrelación de manera inconsciente, buscan aumentar la producción de este neurotransmisor con el objetivo de sentir placer, cuando no logran establecer relaciones afectivas encuentran en las drogas o sustancias estas sensaciones que no encontraron de una forma sana, el consumo de sustancias y drogas se manifiesta de manera inconsciente, de tal manera que el efecto de recompensa se asocia a algo en particular como un lugar o un olor, concluyendo que si volvemos a percibir la sustancia, la dopamina remueve el recuerdo inconsciente al cual está asociado, perdiendo así el control y creando respuestas compulsivas y automáticas, acota que las personas que padecen de adicción no tienen la capacidad de decidir sino que se encuentran completamente obligados a recurrir al consumo. La mezcla y la combinación de algunos factores determinantes como los ambientales y genéticos, manifiestan cierto tipo de conductas, a esto también se le suman eventos traumáticos y efectos dentro del entorno de la persona que no hayan sido canalizados de la mejor manera y de igual importancia se le añaden ciertos problemas cotidianos que no han sido afrontados, son factores desencadenantes en la aparición del uso, consumo y abuso de drogas y sustancias, estos son comportamientos de evitación y huida ante la realidad que en futuro se manifiestan en la problemática de la adicción. En estos casos los individuos buscan evitar o disminuir los sentimientos y emociones negativos, de tal manera que evitan y posponen la solución de problemas; la búsqueda y sustitución de emociones, sensaciones y frustraciones son característicos de personas consumidoras de drogas y sustancias que presentan problemas interpersonales e intrafamiliares.

La adicción a las drogas o sustancias manifiesta tener su origen y principio en mínimo dos de estos criterios: un factor exterior, que sería la droga, un medio que facilite el consumo, este podría ser el medio sociocultural y un individuo cuyo carácter lo haga vulnerable ya sea de manera permanente o momentánea y esporádica, casi cualquier sustancia que se mete en el organismo ya sea una droga, sustancia o alimento, o una droga ilegal, promueve el nivel molecular, bioquímico y eléctrico, de la estructura cerebral (Anaya, 2010)

1.7 Comorbilidades con otros trastornos

Según la Asociación Americana de Psiquiatría 5 edición (DSM V) (2014), los trastornos que son relacionados con sustancias se logran dividir en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos que son inducidos por sustancias, estos abarcan, trastorno bipolar, trastorno psicótico, trastornos del sueño, trastorno depresivo o de ansiedad, disfunciones sexuales, entre otros.

La depresión se puede reconocer cuando los sentimientos de tristeza, ira, pérdida y frustración detienen e interfieren con la vida diaria por semanas, de una persona, se trata de un estado de ánimo deprimido persistente con una duración de dos 2 años. Lo que a su vez genera problemas significativas en la vida cotidiana del que padece esta enfermedad, entre los principales criterios están; insomnio, anhedonia, pérdida de interés, sentimientos de culpa, fatiga o pérdida de energía entre otros. Al igual que la depresión la distimia se caracteriza por los mismos criterios pero en un proceso de tiempo menos prolongado (DSM-V, 2014)

Se conoce la gran relación que existe entre la depresión y las conductas adictivas ya que una persona deprimida puede recurrir al consumo de sustancias y una persona adicta es probable que desarrolle síntomas de depresión como una patología que es asociada en su consumo, en el transcurso de la misma, entonces son factores que van de la mano por así decirlo, la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y va en crecimiento con el transcurso del tiempo. A lo largo de los últimos tres años la media de adictos con depresión esta aproximadamente en el 18% (14% varones y 26% mujeres). Para delimitar un proceso deprimido nos basamos en los criterios del CIE-10, el cual manifiesta que la depresión se puede presentar como un efecto colateral del abuso de sustancias y drogas, su manifestación puede presentarse antes, durante y después del consumo de sustancias

nocivas, según Amy Bohnert y otros autores (2010) la comorbilidad que existe entre los trastornos psiquiátricos y trastornos afectivos o depresivos referentes al consumo de drogas, sustancias ilegales y alcohol se ha triplicado en estos diez últimos años. La comorbilidad existente entre la enfermedad de la adicción y la depresión mayor se conocen hoy en día como un problema al cual hay que darle gran importancia (Moral, 2011).

Según Canellas (2009) el estudio NESARC realizado sobre 43.093 individuos (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, EEUU, 2004) se obtuvieron los resultados que mencionan, que existe una tasa de prevalencia del trastorno depresivo mayor del 6,35% para la población general y del 15,15% para los usuarios que consumen drogas y sustancias. La aparición de cualquier otro trastorno del humor incrementaba al 8,19% para la población general y al 20,13% para usuarios que consumían drogas.

Campos y Larrea, (2002) acotan que el 26,4% de sujetos con un trastorno relacionado con drogas presentaban también un trastorno afectivo, mencionando también que la comorbilidad se asocia a un gran riesgo elevado de suicidio y presentaban una resistencia a los tratamientos con fármacos.

Según Anaya (2010) la depresión forma parte de uno de los trastornos afectivos con síntomas y signos que se manifiestan de manera aguda, recurrente y crónica, cuando el cuadro depresivo está en su presentación más severa existen grandes manifestaciones de las esferas cognitivas y somáticas.

La encuesta recientemente publicada por Coexistencia Nacional identifica el predominio de un 19,3% en desórdenes afectivos y de un 14,1% en dependencia del alcohol como dos de los tres diagnósticos más comunes en edades adultas que van de los 15 a los 54 años (Consumo de drogas y depresión, 2020).

Según datos de la OPS, (2014) hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo.

1.8 Tratamientos

Se conoce desde los abordajes psicoterapéuticos, que se han manifestado algunos modelos o enfoques psicológicos para el tratamiento de las adicciones, que pueden incluir intervenciones que incluyan fármacos e intervenciones sociales. Entre las terapias más utilizadas y conocidas tenemos el modelo cognitivo-conductual, que logra representar la integración de los principios basados en la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Wilbourne, 2015)

Según Sánchez Hervás, Emilio, Tomás Gradolí, entre otros (2020) mencionan que se tratan de buscar estrategias destinadas al desarrollo con tal de fomentar la capacidad de control que el individuo tiene sobre sí mismo con el método científico de tal manera que se diferencian las creencias empíricas que tiene. Las siglas TTC, que hacen referencia a la terapia cognitivo conductual, la teoría que muestra su eficacia al tratarse en las problemáticas de adicciones y consumo de sustancias, es caracterizada por centrarse en los problemas por el cual el sujeto está pasando actualmente, fomenta establecer metas que se consideren realistas, busca obtener resultados rápidos para el problema a medida que modifica la conducta del mismo, con varias técnicas que lo ayuden a tener la capacidad de un mejor manejo de actuar ante la problemática. Se conocen dentro de esta terapia las técnicas más utilizadas como: el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, el manejo de contingencias, exposición a señales, terapia familiar y la prevención de recaídas. Lo que se puede manifestar de esta terapia es que es un modelo de tratamiento terapéutico para diferentes y diversos trastornos, o problemas psicológicos, de tal manera que la persona que reciba este tratamiento cambie la manera de pensar y conjuntamente, también sus conductas, emociones y respuestas fisiológicas por unas que le ayuden a tener una mejor adaptación en el medio que lo rodean. De tal manera que una reestructuración de pensamientos desencadena en una nueva estructura de comportamientos y emociones, logrando así modificar la conducta del individuo (Sánchez, 2020).

Seguidamente se enlistan los tratamientos eficaces se conocen: la Psicoeducación por John E. Donley (1911); la Entrevista Motivacional, establecida por Miller & Rollnick (1991); la Terapia de los 12 Pasos, por Bill Wilson y Bob Smith (1935); y las Terapias Analíticas y Psicodinámicas, fundadas por Freud, Carl Jung y otros sucesores de esta

teoría como Otto Rank y Melanie Klein (1939). A partir de varios estudios han logrado centrarse en la evidencia empírica de estas terapias para así conseguir una eficacia en base a la problemática del consumo de sustancias de tal manera que la terapia cognitivo conductual se ha manifestado como una excelente estrategia sin la necesidad de fármacos (Díaz, 2006)

Terapias alternativas

Se establece como terapias alternativas a todos aquellos modos de empleo de terapia que son utilizadas de maneras no convencionales, que pueden funcionar y demostrar su eficacia dentro varios ámbitos, en este caso en el de las adicciones y patologías asociadas como la depresión, entre las terapias alternativas más conocidas están; la acupuntura, hipnosis, arte terapia, música terapia, remedios naturistas, meditación guiada y cineterapia.

Estudios referentes a la cineterapia

En los principios de las terapias eficaces existentes se evidencia la falta de terapias alternativas que trabajen conjuntamente con los modelos ya existentes, de tal manera que se da lugar a una nueva línea de abordaje, de tal modo que se plantea la utilización del cine como herramienta terapéutica que trabaje conjuntamente con la psicoterapia, en esta problemática que hace referencia a las adicciones y al estado de ánimo deprimido, siendo este el problema actual en el que se trabajará.

Vale mencionar que existen dos terminologías de esta corriente siendo sinónimas entre sí: el uso como material terapéutico de películas nace en 1947, por el doctor Gary Solomon ya que había observado películas para sus propios problemas psicológicos y como una manera de abordar el subconsciente humano, manifestando así la terminología filmoterapia que hace referencia al uso de filmes o películas con objetivos terapéuticos. Se considera que la cineterapia funciona como un catalizador externo el cual produce cambios internos en el paciente, de tal manera que ayuda en un crecimiento personal a través de las imágenes, la música y la trama, de los cuales se puede obtener: liberación emocional, alivio, información, motivación y cambio e inspiración (Rueda, 2013).

El uso de manera clínica del cine como terapia nace como un precedente o extensión de la bibliotecaria o biblioterapia, una corriente terapéutica la cual fomenta el uso de libros

y de literatura para una correcta expresión de sentimientos, de tal manera que debate y comenta e interpreta sobre la problemática, después de realizada la lectura (Bermúdez, 2016).

La terminología cineterapia fue propuesta por Berg-Cross, Jennings y Baruch (1990) como la herramienta terapéutica en la cual el terapeuta busca y selecciona una película adecuada para que de manera grupal o individual el paciente la vea. La cineterapia consiste en el uso de películas en el ámbito terapéutico, con la meta de estimular, cambiar, motivar y aliviar la problemática del paciente de tal manera que la mezcla de la psicología y los medios audio visuales ayuden a la persona que va a recibir este tratamiento sea cual sea su problemática, procesos que ayuden a facilitar el modelaje y el aprendizaje social. A su vez, se produce el cine fórum o cine debate, son técnicas en las cuales se fomenta el criterio personal a través del debate ya que se discute sobre la película, la proyección de las películas es parte de un elemento con objetivos completamente terapéuticos, la terapia de cine completamente efectiva comienza desde la selección apropiada y estratégica de películas para ser observadas, se conoce que las películas tienen más efectos en las personas que cualquier otro tipo de arte, se considera una buena herramienta para algunos tipos de enfermedades mentales tanto en el paciente como en la familias, a partir de esto se establece que son aptas para todos, puede ser efectiva en la reducción de somatizaciones personales y emociones negativas como la ansiedad, depresión entre otras (Bermúdez, 2016).

Se logran identificar en el cine terapia cuatro fases muy importantes según la doctora Birgit Waltz

- ❖ La identificación.
- ❖ Capacidades de comprensión.
- ❖ Catarsis.
- ❖ Insight.

Estas se pueden mencionar que son fases muy importantes, pero no son las únicas, más abajo se mencionarán otros aspectos que la cineterapia aporta como herramienta terapéutica.

Según John Hesley (2001) la cineterapia ayuda a las personas sobre todo a identificar valores y factores fuertes para una mejor expresión emocional y fomentar una adecuada comunicación, de tal manera que puedan hablar de todos los temas que los relacionen, contribuye completamente a la expresión de sentimientos y emociones y al autodescubrimiento.

De manera empírica se ha establecido que el trabajo grupal es más eficaz en la comunicación para abordar diferentes problemas desde un contexto clínico respecto a la terapia individual, aunque vale mencionar que son necesarios estos dos abordajes conjuntamente para estimar su éxito. Wilt, Evans, Munich y Guegold (1995) realizaron un estudio en el que se encontró que la proyección de películas con conversatorio dirigido, incrementaba significativamente la empatía de los estudiantes de enfermería en comparación con otros que no recibían esto (Bermúdez, 2016).

Los autores Sharp, Smith y Cole (2002) manifestaron que la proyección de videos produjo un impacto más notable que la lectura de libros dando así más apertura a esta corriente del cineterapia.

Según Mangin (1999) menciona que la proyección de una película también tiene la capacidad de curar mediante el desarrollo de pensamientos y comportamientos más positivos. Varios autores concuerdan en que es una gran herramienta que, acompañada de una terapia sirve para reforzar, mantener y acelerar algunos de los aspectos claves para la solución de problemas (Casari, 2018).

Se han evidenciado algunos precedentes exactos que señalan la virtud de la utilización del cineterapia, estos casos han sido evaluados de una manera cualitativa y a través del criterio profesional, se centran en los grandes beneficios que esta terapia representa, siendo la aplicación probable los casos de estudios en niños y adultos de diversas patologías (Casari, 2018).

Los estudios que se reconocen hoy en día realizados por Maffei y otros autores (2015) mencionan la evidencia satisfactoria a través de esta terapia alternativa, donde utilizaron la proyección de películas adecuadas para generar Psicoeducación en pacientes esquizofrénicos y pacientes con trastorno esquizoafectivo, de tal manera que se puede mencionar que los pacientes que participaron en este estudio, mostraban más conciencia

de enfermedad y se manifestaba después de la intervención una mejor calidad de vida (Casari, 2018).

Aka y Gençöz (2005) manifestaron que usar películas como terapia, fomentaba a que los pacientes que recibían esta terapia hablaran sobre sus pensamientos, creencias y sentimientos, mientras se abordaba sobre la temática de la película y factores de análisis de la misma. Lograron observar que la mezcla de un entrenamiento particular en habilidades sociales, destrezas psicológicas y la cineterapia tendría un gran impacto sobre la autoestima de los adolescentes (Powell, 2006).

Armijo (2010) planteó una presentación de cineterapia en el que consiguió reducir los síntomas provocados por el estrés postraumático, ansiedad, depresión en mujeres que fueron víctimas de violencia familiar (Casari, 2018).

Pur (2009) analizó los efectos de esta terapia en personas que padecían de alcoholismo, en base a los siguientes criterios, la autoeficacia presentada después de la proyección de películas, la motivación, el poder de tomar decisiones y los resultados que obtuvieron mostraron cambios después de las proyecciones presentadas en los ámbitos ya mencionados (Casari, 2018).

Según la Birgit Waltz (2014) menciona que mediante la cineterapia para que un paciente que se encuentra con tratamiento psicológico puede, recurrir sin muchas dificultades a realizar una identificación de su problema, se sienta motivado a expresar de una mejor manera sus emociones de tal manera que logre solucionar ese problema con propios recursos y reflexione sobre su vida, lo que le permita tomar mejor decisiones a futuro. De igual manera asegura que es una manera de sanación para todas aquellas personas que sean abiertos a un nuevo aprendizaje, menciona su validez y eficacia en relaciones de pareja, transiciones de etapas, duelo, abuso mental y físico.

Gutierrez Ortega y Tello Divicino (2011) ocuparon la cineterapia para prevenir adicciones y consumo de sustancias en jóvenes y adolescentes de tal manera que se fortalezcan sus factores protectores, en este estudio hallaron resultados positivos (Casari, 2018).

Basteller (2015) menciona que la cineterapia puede aumentar de manera efectiva otras terapias ya que el paciente no lo ve como como una terapia a la cual puede prestar

resistencia, sino como algo que lo saca de su rutina a la cual está acostumbrado, de tal manera que se fomente el rapport entre el profesional y el paciente y que gracias al cine se establecen puntos y experiencias en común.

En la época de 1940 aproximadamente se utilizaron algunas películas de índole comercial para ayudar a los enfermos mentales que se encontraban en los hospitales de la milicia en los Estados Unidos, este plan estratégico que tenía como objetivo principal crear una atmósfera más tolerable y terapéutica, es ahí donde los autores Watson y Etten (1977) acotaban que el cine puede ser una gran herramienta que presente gran eficacia y con características terapéuticas muy poderosas (Bermúdez, 2016).

El cine es un movimiento de grupo que puede utilizarse para describir, vivenciar y cuestionarse sobre las distintas realidades y valores que se representan en las proyecciones de películas y mediante la interacción grupal se logran establecer vínculos con relación a la vida cotidiana, teniendo así una identificación con la película, personajes, tramas lo cual nos permite enfocar nuestra problemática desde otro ángulo. De tal manera que se establezcan nuevas soluciones ante antiguas situaciones (Bermúdez, 2016).

Existen muchos tratamientos clínicos sin embargo desde la Psicoeducación y la cineterapia, Según Hodgson & Burque en su blog de cine y psicología “la cineterapia es una estrategia que pretende disminuir características relacionadas con enfermedades mentales y psicológicas que usa películas y videos, como herramientas terapéuticas”. Pudiendo ser esta una alternativa valiosa en muchos trastornos (Burque, 2018).

Según Belén Guerrero (2018) se han evidenciado estudios donde plantean que el cine ejerce una función de manera catártica que permite mostrar una floración de sentimientos y emociones, gracias a una película se pueden experimentar pasiones sin sufrir los efectos verdaderos que estos representan. El cine puede aumentar nuestras más profundas pasiones, nos ilusiona, nos divierte, nos entristece y nos permite acercarnos a muchos sentimientos los cuales nos ayudan a comprender mejor nuestra propia realidad y establecer una mejor relación con nosotros mismos (Guerrero, 2018).

Según Mercedes Martínez (2018) actualmente existen ciertos países como España que tratan de fomentar esta terapia como una gran vía de Psicoeducación, defiende la

observación de ciertas películas lleva a la paciente a tener un grado de introspección donde puede entender cómo actuar de una mejor manera ante situaciones adversas a sí mismo o casos de conflicto, la proyección de este medio en muchas ocasiones servirá para dar un gran valor a la terapia y como un desarrollo personal para la persona (Martínez, 2018).

Se puede hacer una gran comparación con esta técnica muy conocida y ocupada actualmente llamado psicodrama, donde busca representar escenas cotidianas de las vidas de las personas que están recibiendo el tratamiento, para poder abarcar diferentes puntos de vistas donde, permite mirar de una manera global el conflicto, de tal manera que ayuda a superar traumas y a preparar a los pacientes para situaciones futuras (Hidalgo, 2016).

1.9 El cine como herramienta terapéutica

El cine es el séptimo arte que permite como seres humanos vivenciar experiencias, sueños traumas y emociones; logra una identificación con particulares situaciones y manifestaciones de nuestros deseos (Hidalgo, 2016).

Desde una mirada psicológica Hidalgo (2016) nos hace entender por qué nos gusta el cine, nos ayuda a determinar que el cine nos proporciona aspectos positivos porque:

- **Nos permite enfrentar los cambios y la realidad:** en la visualización de ciertas imágenes y situaciones tanto parecidas como distintas a las nuestras nos ayuda a observar la manifestación de cambios que algunas de estas situaciones representan.
- **Nos expone nuestros más grandes miedos:** por medio de la proyección de películas, logramos enfrentarnos a nuestros más grandes terrores, de tal manera que la concientización de los mismos nos ayuda a trabajar y superarlos a la vez.
- **Nos ayuda a enfocar problemas y a superarlos:** al presentar una identificación con los protagonistas de la historia, podemos desarrollar nuestra capacidad para tomar mejores decisiones, al ver la problemática desde otro punto de vista.
- **Nos permite realizar una descarga emocional:** permite la expresión y la floración de varios sentimientos y emociones que pueden estar de manera reprimidas en el paciente, de tal manera que, al realizar la expresión de estas, se produce una conexión de coherencia con nuestro ser interior e inconsciente.

- **Nos logra asombrar, conmover, inspirar y motivar:** estar presente en las capacidades del ser humano, logra que los que están observando quieran lo mismo para sí mismos, motivándolos a querer ser mejores, esto se debe a la mezcla de música, protagonistas, trama, guion y sobre todo las emociones que genera en las personas que están mirando la pantalla, planteándonos así, cuáles son nuestros objetivos de vida.
- **Nos hace sentir placer:** Nos permite llegar a nuestra propia interpretación de la visualización, provocándonos así sentimientos de placer ya que disfrutamos de los que estamos observando.
- **Desarrolla y manifiesta nuestra creatividad:** nos brinda una visión distinta de nuestra realidad, fomenta el enriquecimiento intelectual y nos ayuda a desaparecer esquemas mentales ganando así imaginación y solución de conflictos.
- **Logramos una identificación:** tenemos la capacidad de ver en otros nuestras características propias, conflictos, disfunciones y, todo lo contrario, a mayor identificación, mayor concentración, nos ayuda a reconocer nuestras propias fortalezas psicológicas.
- **Se produce una contra identificación:** encontramos en los personajes características buenas o malas, que de cierta manera las aceptamos y rechazamos en nosotros mismos.
- **Nos ayuda a proyectar:** el espectador empieza a plantearse objetivos de vida a corto y largo plazo, fomentando así mejores conductas en él mismo, con la imaginación salen pensamientos del paciente que tal vez no conseguía expresarlos.
- **Encontramos cierta evasión:** se utiliza al cine como un medio para evadir nuestra realidad, liberándonos de la tensión que eso representa, logrando que nos distraigamos de una manera positiva, de tal manera que nos relaja en el proceso disminuyendo los niveles de estrés y ansiedad.
- **Nos ayuda a reflexionar:** empezamos a cuestionar nuestros propios comportamientos, situaciones cotidianas y nos ayuda a fomentar y establecer nuestro pensamiento crítico.
- **Fomenta y mantiene las relaciones de sociabilidad:** el factor de que sea de una manera grupal, despierta comportamientos e intereses en común de los pacientes que observan la película.

Según Hodgson & Burque (2020) en su blog de cine y psicología, la proyección de películas tiene la gran capacidad de brindar características y elementos terapéuticos como:

Duración.- la duración de una película o fragmentos de la misma, es comparado con el de una sesión media, que puede ir desde los 10 minutos, hasta los 90 minutos, es el tiempo necesario que se utiliza para poder compartir los recursos y herramientas apropiadas.

Aprendizaje.- la proyección de películas, videos o cortos es comparada con las técnicas que emplean, chistes, sueños, cuentos y fábulas que normalmente suelen ser utilizados en terapias, funcionan de la misma manera, el efecto cognitivo del cineterapia se manifiesta a través de la teoría del aprendizaje y de la creatividad, que estas a su vez mencionan que los seres humanos tenemos inteligencias múltiples y mientras más usemos cada una de ellas, un mejor desarrollo obtendremos en varios ámbitos; visualizar una película, cortos o videos nos hace ocupar todas las inteligencias sabiendo que la inteligencia es la capacidad que se va desarrollando que abarca la posibilidad de resolver problemas y desarrollar habilidades en base a lo que sea necesario.

Identificación con los personajes.- el objetivo del director es muy similar al del terapeuta, es crear una identificación con los personajes y vivenciar los procesos por los cuales se encuentran y están viviendo.

Atención.- la atención por el impacto que producen los audiovisuales, se suele poner más concentración y atención a las imágenes.

Aspecto social.- la proyección de una película suele ser compartida, al verla con otras personas, se genera un vínculo de comunicación al manifestar comentarios sobre la misma, de igual manera se logran compartir las sensaciones que representa, dándose así una integración social.

Se logra establecer que entre otros beneficios que abarca la cineterapia son : revitalizar, nos expone a nuestros miedos, nos ayuda a ver de mejor manera cuál es nuestra problemática, tiene un factor catártico, nos motiva, nos relaja, nos ayuda a establecer cuáles son nuestros sentimientos, activa nuestra inteligencia, enriquece nuestra creatividad, nos hace reír, llorar, ayuda a identificar nuestras disfunciones personales, familiares, laborales, sociales, nos hace cuestionarnos y nos ayuda a replantearnos

reflexiones sobre nuestra realidad, de tal manera que la cineterapia busca establecer una introspección en la persona fomentando sus habilidades sociales y destrezas psicológicas (Burque, 2018).

Conclusiones del capítulo

Dentro de este capítulo se ha demostrado la relación que tienen las adicciones y la depresión, exponiendo todo lo que una adicción representa, manifestando sus causas, consecuencias y tratamientos, de igual manera nos hemos adentrado en el cine como una herramienta terapéutica que complementa la psicoterapia, abordando estudios empíricos que han sabido demostrar su viabilidad y eficacia.

Estableciendo al cine como una nueva línea de terapia alternativa que pueda solventar una problemática actual, creando así una nueva línea de investigación en varias áreas.

CAPÍTULO II

Metodología de la investigación

A lo largo del presente capítulo, se plantean los objetivos y las interrogantes de la investigación, de igual manera abarca los criterios de inclusión y exclusión, que permitieron obtener la población exacta con la que se trabajó. A medida que avanza, se presenta la metodología y el modo de empleo de la misma, exponiendo el material que se ocupó para su correcta ejecución, incluida la selección de material audio visual presentado. Se expone de manera exacta la aplicación de este proyecto, en pacientes depresivos adictos a sustancias, que consiste en cuatro etapas, las mismas que abarcan desde la socialización del proyecto, la aplicación de la ficha socio demográfica, el inventario de depresión de Beck (test y retest), demostrando los resúmenes de las historias clínicas de cada paciente que participaron en esta propuesta y el cierre correspondiente a la cuarta etapa.

2.1 Objetivo general

- Aplicar un programa de filmoterapia para los pacientes depresivos y adictos complementario a la psicoterapia.

2.2 Objetivos específicos

- Evaluar el estado anímico de los pacientes mediante el test (inventario de Beck) a usuarios adictos a sustancias.
- Elaborar un programa de filmoterapia para pacientes adictos a sustancias con depresión complementario a la psicoterapia.
- Aplicar la filmoterapia como método alternativo en base a las necesidades de los pacientes.
- Reevaluar el impacto del programa de filmoterapia sobre el estado anímico de los pacientes.

2.3 Hipótesis

La filmoterapia aportará a la recuperación y a la disminución de síntomas depresivos en personas adictas a sustancias.

2.4 Criterios de exclusión

- Criterios de exclusión:
- Usuarios menores a 18 años.
- Usuarios con deterioro cognitivo.
- Género femenino.
- Usuarios sin rasgos depresivos.
- No firmar el consentimiento informado.
- Falta de colaboración y predisposición.

Estos criterios de exclusión han sido elegidos ya que la clínica en donde se aplicó este proyecto es solo para varones que pueden ingresar desde los 18 años de edad, al existir algún daño cognitivo no podrán participar, mencionando que este sería un limitante para obtener y comparar los resultados ya que podrían no entender desde un inicio las consignas, problemas al responder las preguntas o conflictos al responder los literales de los tests, de igual manera pacientes al no tener rasgos depresivos no podrán participar en las socializaciones de las películas ni se les aplicarán los test, ni encuestas, sin embargo vale mencionar que si podrán participar en la visualización de las mismas, se han elegido personas sin rasgos deprimidos como un criterio de exclusión ya que con participantes deprimidos se podrán cuantificar los resultados, haciendo mención a la hipótesis de la aplicación; si la filmoterapia contribuirá a mejorar el estado de ánimo de los pacientes depresivos y adictos a sustancias, los dos últimos criterios hacen referencia a la actitud que presentan antes de la intervención terapéutica, los cuales pueden demostrar si van o no a colaborar desde un inicio, en caso de que no los cumplan no serían las personas adecuadas con las que se quiere trabajar ya que se trata de demostrar la eficacia y viabilidad de esta terapia ante distintas problemáticas, pero particularmente ante este problema y población específica.

2.5 Criterios de inclusión

- Usuarios adictos a sustancias.
- Internamiento en la clínica desde el mes de septiembre en adelante.
- Usuarios con algún nivel de escolaridad.
- Usuarios con estado de ánimo deprimido.

- Género masculino.
- Mayores de edad.
- Firma del consentimiento informado.
- Predisposición a colaborar en la propuesta.

2.6 Tipo de estudio

El presente estudio tiene un alcance descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo. El carácter mixto del estudio ha ayudado a obtener información y cumplir con el objetivo de investigación que es implementar al cineterapia como una herramienta terapéutica que trabaja juntamente con la psicoterapia brindada por la clínica, gracias a las herramientas empleadas, con un enfoque experimental que permitió verificar la viabilidad de este proyecto.

Instrumentos de la investigación

A) El Inventario de Depresión de Beck.

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Es un instrumento altamente confiable. Se trata de un inventario de auto informe de 21 preguntas. Se utiliza para evaluar la depresión en pacientes clínicos y no clínicos. Se desarrolló para realizarse en adolescentes y adultos, así que cualquier persona mayor de 13 años puede utilizarlo.

Emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3. 0 significa que no experimentas síntomas, mientras que 3 significa que experimentas una forma severa de los síntomas (ver tabla 1), (ver anexo 1).

Tabla 1
Variables que determina la escala de Beck

Variables que determina la escala de Beck			
1 Estado de animo	2 Odio a si mismo	13 Indecisión	19 Pérdida de peso
2 Pesimismo	8 Autoacusación	14 Imagen corporal	20 Hipocondría
3 Sentimiento de fracaso	9 Impulso suicida	15 Capacidad laboral	21 lívido
4 Insatisfacción	10 Periodos de llanto	16 Trastornos del sueño	
5 Sentimientos de culpa	11 Irritabilidad	17 Cansancio	
6 Sentimientos de castigo	Aislamiento social	18 Pérdida de apetito	

- ❖ 0-13 Ausente
- ❖ 14-19 Depresión Leve
- ❖ 20-28 Depresión Moderada
- ❖ 29-63 Depresión Severa

B) Ficha sociodemográfica

Se incluyó datos de edad, sexo, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, instrucción, teléfono, número de hermanos, religión (ver anexo 2).

C) Consentimiento informado

En el cual se exteriorizan los lineamientos bajo los cuales se va a llevar a cabo en la investigación (ver anexo 3).

D) Encuesta

Preguntas que evalúan variables de satisfacción, identificación, contribución y comprensión (ver anexo 4).

2.7 Selección de material audio visual

Cada una de estas películas ha sido escogida particularmente ante las necesidades de los pacientes y sus problemáticas, donde se busca fomentar en los pacientes bondad, empatía y resiliencia, factores fundamentales para el desarrollo personal, cada una de estas películas manifiesta soluciones ante problemas cotidianos con los cuales se pueden identificar, promoviendo así un mejor manejo de emociones y actitudes ante cualquier circunstancia, brindan de igual manera herramientas para que puedan tomar mejores decisiones en un futuro y en base al consumo, la identificación con los personajes les

permitirá realizar una introspección y buscar una solución ante sus conflictos, en todas las películas se psicoeducó sobre algún tema en específico, manifestado posteriormente.

Esta selección de material audio visual ha sido particularmente elegido, para que los pacientes encuentren la motivación que les falta, de tal manera que intenten a cambiar su vida, especialmente ayudándolos a mejorar su estado de ánimo, al tener un estado de ánimo carente de depresión, podrán tomar mejores decisiones y eso será clave para un mejor desarrollo dentro y fuera de la clínica, esta selección de películas busca promover un mejor estado de ánimo y fomentar a encontrar motivaciones dentro de los pacientes, tocan temas con los cuales se pueden identificar y mirar sus problemáticas desde un distinto punto de vista, al motivarlos a encontrar armonía personal y familiar, se logran identificar metas reales y alcanzables, por lo tanto las películas elegidas son de índole motivacional con el objetivo de mejorar el estado de ánimo de los pacientes (ver tabla 2).

Tabla 2
Película, sinopsis y director

Descripción de películas

Película 1: CADENA DE FAVORES

Sinopsis: un profesor de física, reta a sus estudiantes a buscar una solución para reparar y mejorar el mundo. Trevor es un niño de doce años, crea un sistema que motiva la felicidad colectiva y social: Cada persona debe realizar un favor a tres personas con la única condición de que éstas, a su vez, ayuden a otras tres y así sucesivamente.

Director: Mimi Leder

Película 2: ¿QUIÉN QUIERE SER MILLONARIO?

Sinopsis: un adolescente pobre participa en ¿Quién quiere ser millonario? A punto de conseguir 20 millones de rupias, siendo este el premio máximo del show, el joven es interrogado por la policía, que sospecha y piensa que está haciendo trampas. Pero para cada una de las preguntas, Jamal tiene una respuesta ya que ha logrado aprender de cada una las circunstancias del pasado.

Director: David Briggs

Película 3 : INQUEBRANTABLE

Sinopsis: Historia de Louis Zamperini, un hombre, cuyo valor y alma inalcanzable, le hizo alcanzar sus metas y logros, después de pasar por una infancia llena de problemas, llevo su energía al deporte, tomo la decisión de entrar al ejército, en una misión cayo naufrago y después de este suceso fue capturado por los japoneses, pero fue la resiliencia, su fe y su esperanza, se demostró a si mismo que no es inquebrantable.

Director : Angelina Jolie

Película 4: INQUEBRANTABLE 2

Sinopsis: a Continuación de la vida de Luis, después de la guerra, donde regresa a su casa y se convierte en un alcohólico y con estrés postraumático, se encuentra envuelto en un camino religioso donde recurre al perdón, lo cual le ayudo en sus dificultades, para seguir sobresaliendo.

Director: Harold Cronk

Película 5: EL LADO BUENO DE LAS COSAS

Sinopsis: después de perder su casa, su trabajo, su esposa y pasar ocho meses en prisión, Pat regresa a la casa de sus padres. Está decidido a reconstruir su vida y reunirse con su esposa, sin embargo. Las cosas se complican cuando Pat conoce a Tiffany, que le ofrece ayuda para reencontrarse con su esposa si a cambio hace algo muy importante.

Director: David O. Russell

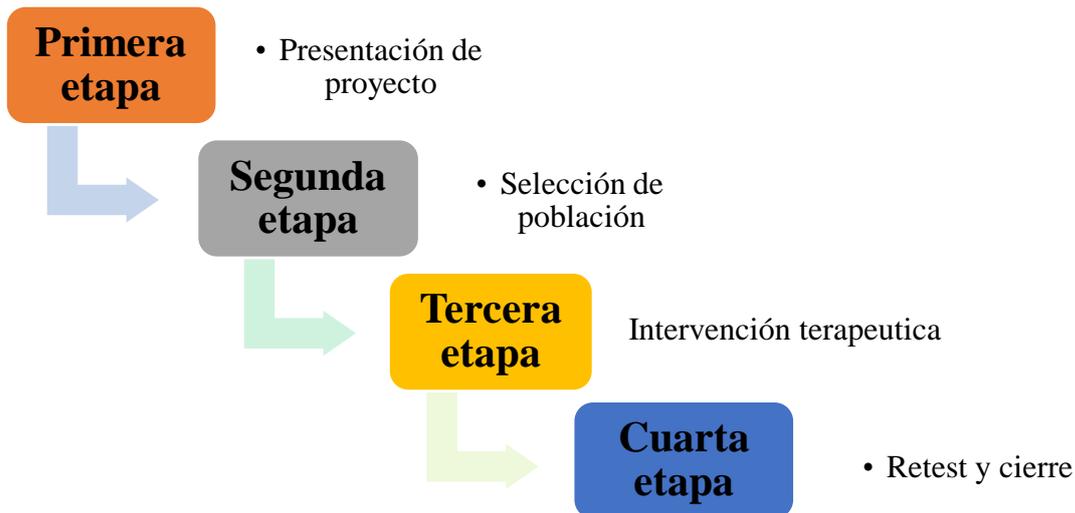
Película 6: INDOMABLE WILL

Sinopsis: Will es un joven con una gran rebeldía una inteligencia magnifica, descubre su talento por medio de un profesor el cual le ayuda a ver sus capacidades, es ahí donde se plantea un dilema si seguir con su vida de siempre conformándose con lo fácil o aprovechar sus habilidades para cumplir sus sueños, los sabios consejos de un solitario y bohemio profesor le ayudarán a decidirse.

Director: Gus Van Sant

Figura 1

Procedimiento de la investigación



Aplicación de metodología

2.8 Primera etapa

Se comenzó explicando el proyecto correctamente a la población de pacientes que se encuentran internados en la clínica de rehabilitación y adicciones en Paccha, la población exacta del centro en ese momento era de 35 pacientes, con diagnóstico de adicciones y consumo de sustancias previamente evaluados por la clínica, se les mencionó el objetivo, la funcionalidad y beneficios del proyecto, en qué consiste, tiempo de duración, modo de empleo y todos los detalles correspondientes al mismo. Logrando de igual manera manifestar a los participantes ciertas características que se necesitan para la viabilidad del proyecto, siendo estos, principalmente pacientes que se encuentren con estado de ánimo deprimido y otros criterios de inclusión mencionados anteriormente, pero sin embargo vale recalcar que todos, si lo deseaban, podían participar en la proyección de las películas y así fue, solamente no se les aplicarían los tests, encuestas, ni participarían en los conversatorios.

Se socializó adecuadamente, estableciendo de igual manera el rapport para una buena relación durante la duración de la investigación.

2.9 Segunda etapa

Esta etapa, consistió en la aplicación del test (escala de depresión de Beck), todos los usuarios que mostraron rasgos depresivos en esta etapa, según los resultados de la aplicación, pudieron ser parte de este tratamiento alternativo, mencionando nuevamente que cumplieron con uno de los criterios de inclusión para este proyecto, en la población selecta de 35 pacientes, 17 demostraron tener rasgos de depresión ya sea leve, moderada o grave, esta etapa permitió encontrar la población exacta a la cual se le empleó la terapia. Se aplicó el test que consta de 21 preguntas donde se analizaron diferentes variables en torno a lo que piensa, siente la persona en relación al futuro y en torno a sí mismo, cada ítem contó con un mínimo de 4 preguntas y máximo 5, cada ítem se puntuó de 0 al 3, en 0 se mantienen las respuestas que descartan la depresión y en los puntajes de 1 a 3, se logra identificar el rango o nivel de depresión en el cual se encuentran.

Se realizó la aplicación de la ficha sociodemográfica que incluye género, escolaridad, religión, estado civil, edad y nivel socioeconómico, de los cuales la edad y escolaridad fueron los índices que permitieron tener la población selecta.

Se verificó que todos los participantes tuvieran algún nivel de escolaridad pudiendo ser primaria, secundaria o estudios superiores completos.

Después de obtener la población exacta, se procedió con la recolección de las historias clínicas, para una mayor comprensión de las problemáticas.

2.9.1 Resumen de casos analizados y crisis vitales

Caso Andrés.

Paciente de 27 años, de religión católica y bachillerato culminado, es ingresado por su hermana mayor, la que se encuentra a cargo de la familia, conformada por sus 2 hermanos menores, siendo el paciente uno de ellos, padre y madre fallecidos en un accidente de tránsito hace ya más de 10 años. Menciona su hermana que el comienzo de uso de drogas de su hermano, fue después de la muerte de sus padres, comenzando con alcohol y paulatinamente, pasando a drogas ilegales como la base, siendo esta la causante de muchos problemas familiares y personales. Se puede identificar como crisis vital del paciente un duelo no resuelto, presenta conflictos hacia la autoridad (en este caso su

hermana), el paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión moderada.

Caso Néstor

Paciente de 51 años, de religión católica y primaria terminada, es ingresado por su esposa, el paciente es un padre de familia de 4 hijas y 1 hijo. Menciona su esposa, que siempre ha tenido la costumbre de beber alcohol ya que lo hacía por diversión con sus compañeros de trabajo, siendo estos de igual manera sus amigos cercanos. Este accionar comienza a ser un problema cuando el paciente ha gastado todo el dinero que ha ganado en la compra de alcohol, descuidando así, tanto el trabajo como las prioridades de la familia, entre las que se encuentran la compra de comida y los estudios de sus hijos. Sus hijas mencionan que su padre ha cambiado de carácter desde hace aproximadamente un 1 año atrás, desde que su hermana mayor contrajo matrimonio. El consumo de alcohol lo llevó a tener actitudes contra su familia bastante inapropiadas, siendo cada vez más agresivo con las personas de su alrededor. Se ha establecido como crisis vital el casamiento de su hija, generando un rencor hacia la misma y la incapacidad de canalizar sus emociones de la manera correcta, manifestando así un consumo desmesurado de alcohol. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión leve.

Caso Wilson

Paciente de 45 años, de religión católica y educación primaria culminada. Es ingresado por su esposa, la misma que menciona que tienen 3 hijos, dos de ellos viven en el extranjero y uno con ellos. El paciente refiere tener mala relación con su esposa e hijos, acota que ellos están en su contra y que no lo respetan, su esposa menciona que no hace nada más que beber alcohol hasta quedarse dormido en cualquier parte de la casa, no trabaja y el poco dinero que tiene lo gasta solo en la bebida. Ha venido repitiendo este comportamiento durante los últimos siete años, menciona ella de igual manera que pasa trabajando y que no contaba con las posibilidades económicas para poder ingresarlo antes. Como crisis vital del paciente se establece, resentimiento hacia su esposa e hijos ya que se siente abandonado por todos, posible duelo no resuelto y resentimiento con la figura paterna de él mismo. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión severa.

Caso Pablo

Paciente de 35 años, de religión católica y bachillerato culminado; es el mayor de 2 hermanos. Es ingresado por sus padres, quienes acotan que ha consumido alcohol y marihuana por los últimos diez años, perteneciendo a un ciclo de entradas y salidas a centros de recuperación en los cuales no consigue una rehabilitación por completo, ha generado varias disfunciones familiares, laborales, sociales y afectivas ya que por su consumo ha sido despedido del trabajo, mantiene relaciones familiares problemáticas ya que intentó agredir a su hermana para que le diera dinero y poder satisfacer su adicción. Como crisis vital se establece resentimiento hacia la figura paterna la cual ha demostrado tener límites muy estrictos dentro de la familia y este, al no cumplir con las exigencias de su padre, ha optado por el consumo, generando así más problemas. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión moderada.

Caso Mateo

Paciente de 25 años, de religión católica y bachillerato culminado; hijo único y con madre ausente. Es ingresado por su padre, él cual menciona que su hijo ha consumido drogas frecuentemente en los últimos cinco años, después de que su esposa decidiera emigrar al extranjero con el fin de conseguir un mejor trabajo; de igual manera menciona, que ha realizado actos delictivos para poder conseguir la sustancia, poniéndolo en problemas con la ley y con los familiares. Como crisis vital se establece un resentimiento hacia la figura materna ya que se siente abandonado por la misma, su consumo ha generado malestares en todos los ámbitos. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión leve.

Caso Juan Andrés

Paciente de 33 años, de religión católica y bachillerato culminado, estado civil soltero. Ingresa a la clínica por sí solo, menciona no tener ningún tipo de familiar cercano ya que se crió con una tía, la cual murió hace cuatro años, pero que su relación no era tan buena ya que ella solo le proveía alimentos y acomodación. Menciona él, que ha recurrido al alcohol ante la falta de apoyo que no ha sabido obtener en el transcurso de los años, tiene una buena posición económica a raíz de una herencia, lo cual le ha permitido solventar

sus necesidades. Se logra manifestar como crisis vital, carencias afectivas y un duelo no resuelto, siendo esta la posible razón de su adicción. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión leve.

Caso Felipe

Paciente de 27 años, de religión católica y primaria terminada. Es ingresado a la clínica por su padre, el cual menciona que su hijo consume drogas desde hace ya cinco años, presentando disfunciones familiares ya que se ha generado violencia en su hogar a raíz de su consumo, su madre murió por enfermedad hace seis años. Se establece así la crisis vital del paciente, un duelo no resuelto, a esto se le suma su madrastra que contrajo matrimonio con su padre dos años después de la muerte de su madre, menciona no tener buena relación con ella y resentimiento hacia la figura paterna. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión leve.

Caso Esteban

Paciente de 24 años, de religión católica y primaria culminada. Es ingresado por su esposa, padre de dos hijos y uno en camino. Ella menciona que el paciente desaparece por días y no da señales de vida, dejando una gran preocupación ya que parece haber encontrado entre sus pertenencias cocaína y menciona de igual manera que siempre ha consumido alcohol, comportamiento que ella pensó que iba a disminuir cuando iba a nacer su primer hijo, cosa que no pasó; menciona su esposa que el paciente ha demostrado ser violento en casa, a partir de su consumo. Se establece como crisis vital negocios que han salido mal y ciertos traumas en el pasado tales como ser hijo de un padre alcohólico, el cual generaba violencia intrafamiliar, repitiendo así el mismo patrón conductual. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión grave.

Caso Gerardo

Paciente de 55 años, de religión católica y primaria terminada. Es ingresado por su hija, padre de familia de cuatro hijas, que han contraído matrimonio en los últimos diez años, haciéndolo abuelo de cinco nietos. Mencionan sus familiares que el consumo de alcohol siempre ha existido, pero que ha ido aumentando en los últimos años, razón por la que ha dejado de realizar las obligaciones del hogar por consumir alcohol todo el día, generando

comportamientos inapropiados hacia sus familiares. El paciente menciona que se encuentra muy deprimido ya que es la primera vez que se separa de su esposa por tanto tiempo, se puede establecer que el consumo de alcohol es aceptado culturalmente, en el lugar donde él vive, ya que es bien visto consumir alcohol en varias ocasiones y es frecuente, esto ha generado que su esposa se empiece a hacerse cargo del trabajo de campo del cual el paciente se ocupaba en un inicio, esto a su vez ha traído problemas médicos a la misma, se puede establecer como crisis vital, que no ha habido ningún agente externo que fomente el consumo, de tal manera que se logra establecer que es el estado ánimo del paciente el cual ha hecho que consuma más alcohol de lo normal y la etapa de su vida en la que se encuentra, estableciendo que la edad pueda ser un indicador de más consumo. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión moderada.

Caso José

Paciente de 47 años, de religión católica y primaria terminada, padre de dos niñas pequeñas. Es ingresado por su esposa ya que menciona que ha recaído después de diez años de haber estado rehabilitado; consume base, marihuana y casualmente alcohol; de igual manera menciona su esposa, que recién llegó del exterior la hermana de él, la cual no ve hace diez años, la misma que decidió migrar al extranjero al igual que sus padres por situaciones económicas, dejándolo a él y a otro hermano al cuidado de una tía la cual, falleció tres años después de su partida, haciéndolo a él responsable de su hermano, es ahí cuando comienza su consumo pero después de varias intervenciones, conoce a su esposa y se mantiene sobrio por diez años. Se establece como crisis vital haber abarcado roles inapropiados para la edad y la reaparición de su hermana, hacia la cual expresa resentimiento. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión leve.

Caso Francisco

Paciente de 38 años, de religión católica y bachillerato completo, padre de familia de tres hijos; es ingresado por su esposa y su hermano, los cuales mencionan que ha empezado a consumir drogas de una manera desproporcional, tomando así decisiones que han perjudicado a su familia, presenta grandes problemas maritales ya que su esposa menciona querer abandonarlo si este comportamiento no cambia; ha tenido problemas en

su trabajo por su consumo generando el despido del mismo. Como crisis vital presenta resentimiento hacia la figura materna por un abandono sin ser especificado, dejándolo al cuidado del padre, el cual, de igual manera, no se encuentra muy presente. Menciona su esposa que su esposo no tiene buena comunicación con la familia ya que han existido peleas en el pasado, estableciendo así como crisis vital, las malas relaciones familiares. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión moderada.

Caso Luis

Paciente de 22 años, de religión católica y bachillerato terminado, soltero; es ingresado por su madre, la cual menciona que el paciente ha sido abandonado por su prometida quien se ha ido con otra persona para contraer matrimonio, es ahí cuando comienza a consumir base y alcohol, en medidas desmesuradas, creando problemas con la ley por conducir en estado de embriaguez y produciendo un grave accidente de tránsito. Se establece como crisis vital el abandono de su prometida, la misma que lo ha llevado a consumir sin control y rodeándose de gente que le facilita el consumo. El paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido que lo encaja en el rango de depresión grave.

2.10 Tercera etapa

La tercera etapa consistió en aplicar la cineterapia como una terapia alternativa y complementaria a la psicoterapia para los usuarios internados en la Clínica de rehabilitación y adicciones de Paccha, pacientes que se encontraban con rasgos depresivos o estado de ánimo deprimido. Tomando en cuenta las crisis vitales que presentan estas personas se ha estructurado la siguiente intervención de filmoterapia.

Cada sesión de cineterapia contó con una estrategia acorde a la problemática y necesidades de los pacientes evidenciadas en las historias clínicas.

La terapia consistió en la presentación de seis películas, donde cada una tenía un objetivo específico. Inmediatamente, después de la proyección, cada paciente llenó una encuesta para rescatar datos de interés sobre lo presentado, siendo estas variables:

- Satisfacción.
- Identificación.

- Contribución.
- Comprensión.

A continuación, se realizó un conversatorio donde se debatió el filme. Y al final, se recogieron los comentarios relevantes.

Cada sesión permitió a cada interno mirar en conjunto los elementos de la película e identificarse con los personajes, trama y situaciones, de tal manera que observaron su misma problemática desde una perspectiva distinta.

Por medio de esta terapia alternativa se busca brindar nuevas habilidades y destrezas psicológicas que les permitan tener diferentes alternativas para la resolución de sus conflictos y al mismo tiempo su estado de ánimo mejore en base a las herramientas presentadas.

Este diseño es de tipo experimental, con un enfoque cuantitativo y de alcance exploratorio demuestra una nueva propuesta metodológica.

La aplicación de cineterapia consiste en mostrar una película, o cortos, o de animación semanalmente, en las cuales los usuarios logren identificar:

- Problemática actual.
- Disfunciones familiares.
- Disfunciones laborales.
- Disfunciones sociales.
- Problemas interpersonales.
- Problemas de pareja.
- Problemas intrapersonales.

Identificar los conflictos en base al consumo, simultáneamente al identificar las áreas de malestar, podrían fomentar las motivaciones, se generaría empatía, aprendizaje, destrezas psicológicas, habilidades y capacidades; las sesiones esperan abarcar las identificaciones mencionadas anteriormente.

2.11 Cuarta etapa

En esta última y muy importante etapa, se procedió a realizar el retest, ocupando nuevamente la escala de Beck utilizada inicialmente, la cual permitió comparar el estado de ánimo inicial con el actual de cada paciente, después de mirar las películas; se cuantificó el proyecto y se consolidaron los resultados, los mismos que establecieron la eficacia de este tratamiento alternativo. El retest fue aplicado al finalizar las sesiones de cineterapia ya que así los pacientes tenían el tiempo necesario para asimilar los conocimientos presentados posteriormente.

Después de aplicado el test se continuó con la realización del cierre, agradeciendo a todos los participantes por su amable colaboración y buena voluntad durante el proyecto.

A lo largo de este capítulo se ha logrado establecer la metodología y su aplicación, de igual manera la explicación de las cuatro etapas cruciales para la funcionalidad de este proyecto, que abarcaban desde la socialización del proyecto, descarte de la población, aplicación de tests, intervención terapéutica al realizar la aplicación y proyección de cineterapia hasta el cierre correspondiente entre los pacientes y la terapeuta.

CAPÍTULO III

Resultados de la investigación

En este presente capítulo se abarcan los resultados por sesión que se obtuvieron en la aplicación, demostrando de igual manera el objetivo terapéutico, la actividad y el resultado que cada una de las sesiones presentó, llegando al fin del capítulo nos encontramos con los resultados comparativos entre el test y retest, que permitieron validar la eficacia de este proyecto, al fin de este capítulo se establecen las limitaciones de la aplicación, las conclusiones y las recomendaciones de esta investigación ante esta problemática.

Figura 2
Estado de ánimo



En esta variable que identifica el estado de ánimo actual de la persona, se obtuvieron los resultados en el test aplicado: el 51% de los participantes no manifiestan rasgos de depresión siendo así un factor determinable para el descarte de algunos participantes, recalcando que este proyecto está establecido a usuarios que se encuentran y padezcan de depresión, el 49% de los participantes se encuentra, según la escala, con estado de ánimo deprimido, se debe mencionar que de ese porcentaje de pacientes deprimidos cinco de ellos, haciendo referencia al 14% de este grupo, no culminó con éxito esta terapia ya que debían asistir a citas médicas, odontológicas, familiares o al seguro social, justo en la hora

establecida para la terapia, por lo tanto solo se mostraran los resultados de las personas que cumplieron con todo el proyecto (ver figura 2).

Figura 3
Grado de depresión

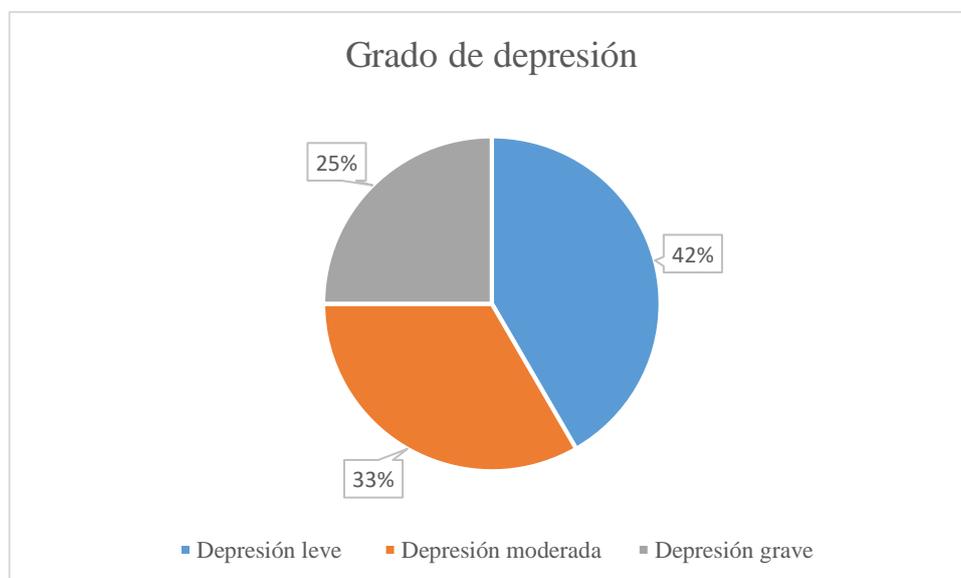


Tabla 3
Niveles de depresión en los participantes

Grado de depresión	# de pacientes	Porcentaje
Depresión leve	5	42%
Depresión moderada	4	33%
Depresión severa	3	25%
Total Pacientes deprimidos	12	100%

Esta etapa ha sido esencial para conocer a la población exacta que cumple con los criterios de inclusión y de igual manera se han identificado los que cumplen con los criterios de exclusión para poder establecer quiénes participaron en este proyecto y quiénes no (ver tabla 3), (ver figura 3).

Tabla 4
Grado de depresión por participante

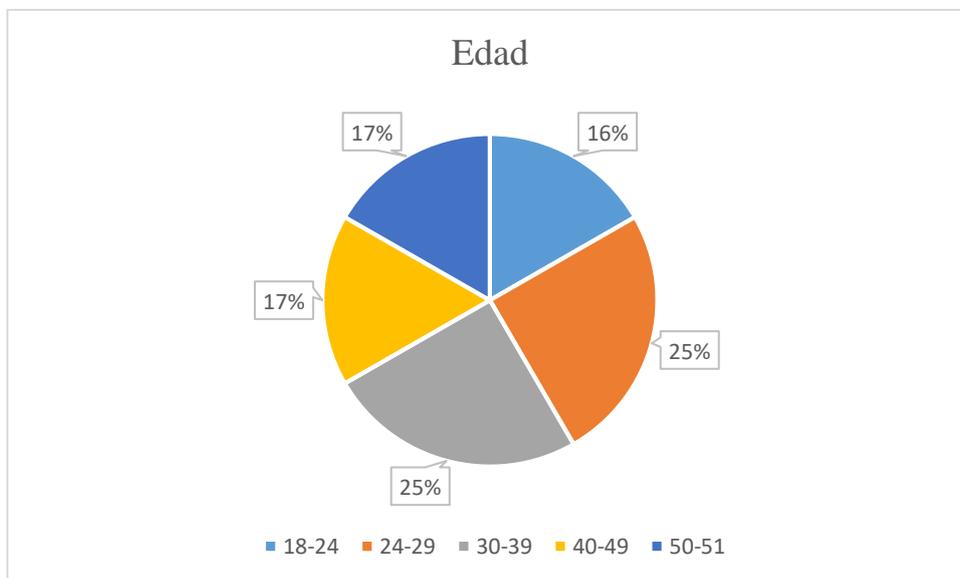
Pacientes	Grado de depresión inicial (test)
Andrés	Depresión moderada
Néstor	Depresión leve
Wilson	Depresión grave
Pablo	Depresión moderada
Mateo	Depresión leve
Juan Andrés	Depresión leve
Felipe	Depresión leve
Esteban	Depresión grave
Gerardo	Depresión moderada
José	Depresión leve
Francisco	Depresión moderada
Luis	Depresión grave

Resultados obtenidos referentes solo a la población con la que se trabajó, conjuntamente se les brindó a los participantes el consentimiento informado para que lo firmaran explicando nuevamente en él, los objetivos del presente trabajo (ver tabla 4).

Género masculino

En esta variable el género masculino se elimina ya que todos los pacientes de la clínica son hombres.

Figura 4
Edad



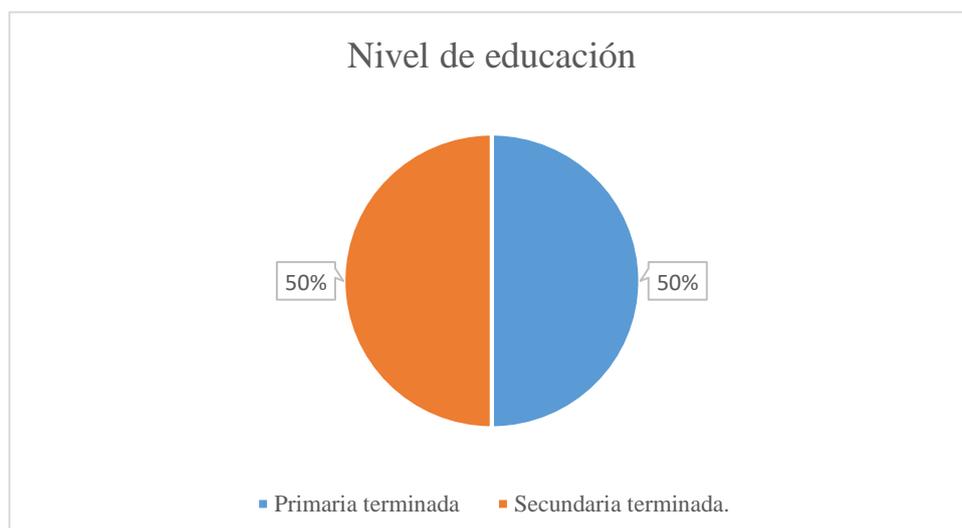
En esta variable se logra identificar que existen dos pacientes que se encuentran entre las edades de 18-24 años, tres pacientes entre 25-29 años, tres pacientes entre 30-39 años, dos pacientes entre 40-50 y dos pacientes entre los 51-55 años de edad (ver figura 4).

Figura 5
Estado civil



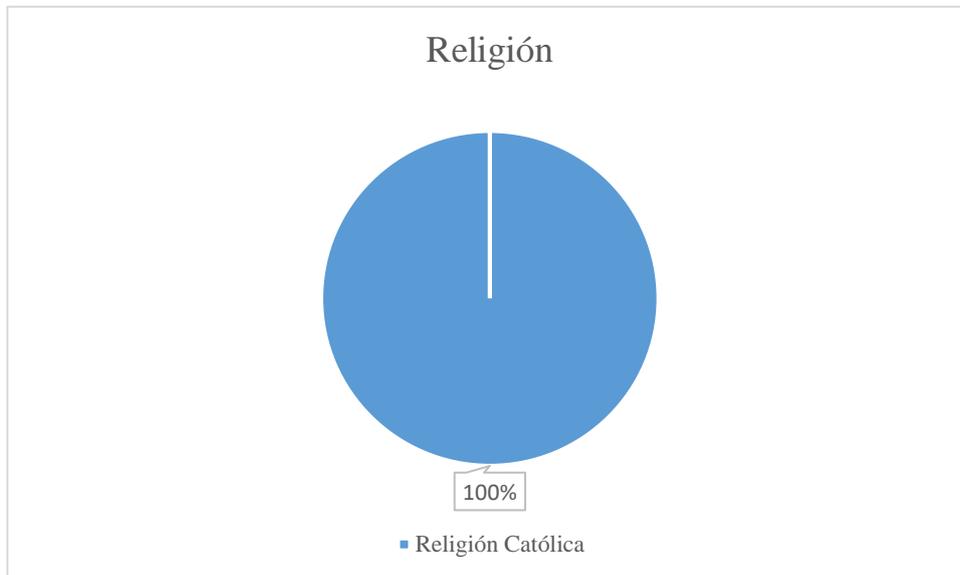
En esta variable se puede observar que el estado civil del grupo de pacientes refleja que, la mitad de participantes son casados equivalente a seis pacientes, mientras que la otra mitad son solteros de igual manera equivalente a seis pacientes, no existen divorciados ni viudos en la población con la que se trabajó (ver figura 5).

Figura 6
Nivel de educación



En esta variable se identifica el nivel de escolaridad que los pacientes presentaron y se hace referencia a que seis pacientes terminaron la primaria y seis pacientes terminaron la secundaria (ver figura 6).

Figura 7
Religión



En esta variable se identifica la religión de los pacientes y se hace referencia a que todos los pacientes pertenecen a la religión católica (ver figura7).

Figura 8
Nivel socio – económico



En esta variable se logra identificar el nivel socio económico que cada participante presenta y se hace referencia a un paciente se encuentra en el promedio medio alto, tres pacientes se encuentran en promedio y ocho pacientes se encuentran en el nivel medio bajo (ver figura 8).

Luego de haber realizado la evaluación he trabajado solo con los que se encontraron con estado de ánimo deprimido.

3.1 Resultados por sesión

Vale establecer para mayor comprensión que:

- La satisfacción positiva hace referencia a: la película les gustó.
- La satisfacción negativa hace referencia a: la película no les gustó.
- La identificación positiva hace referencia a: sintieron alguna identificación con los protagonistas.
- La identificación negativa hace referencia a: no sintieron identificación con los protagonistas.
- La contribución positiva hace referencia a: sintieron que la película les aportó.
- La contribución negativa hace referencia a: no sintieron que la película les aportó.
- El cuadro general muestra los resultados de todas las variables conjuntamente, equivalentes al 100%.
- Los resultados y porcentajes de las variables por individual fue de 12, equivalente al 100%, esa fue la cantidad de pacientes con los que se trabajó.

Sesión 1

Objetivo terapéutico

- Buscar que los pacientes encuentren una identificación con los personajes, de tal manera que se logre fomentar una conducta altruista en los mismos.
- Psicoeducar sobre el altruismo.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *Cadena de favores*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Se recalca: hubo comentarios positivos acerca de la película. Algunos pacientes mencionaron que ahora querían cambiar ya que pueden ayudar a otros cuando salgan del internamiento, como les hubiera gustado a ellos poder recibir la misma ayuda. Otros mencionaron que el final era muy triste y esa fue la razón por la que nos les agradó, pero se enmarca en el hecho de que todos comprendieron el mensaje de la película ya que así lo supieron manifestar; de igual manera, al identificarse con uno de los protagonistas mencionaron que su comportamiento perjudicaba a todas las personas a su alrededor generando malestar y no solo a la persona que consumía. Esteban mencionó “que ahora puede ayudar a alguien más, cuando salga de ahí, porque sabe que puede hacerlo”, acotó José “que uno no se da cuenta de cómo las adicciones lastiman a otros a su alrededor ya que se vive una vida llena de egoísmo sin darle importancia a los demás”, Luis manifestó “que le gustaría poder dejar las adicciones atrás y no recaer ya que sabe cuándo daño hace”.

Tabla 5
Resultados generales en la sesión 1.

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	10	83%
Negativa	2	17%
Identificación		
Positiva	10	83%
Negativa	2	17%
Contribución		
Positiva	9	75%
Negativa	3	25%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 83%, una identificación positiva en un 83% y una contribución positiva en un 75% (ver tabla 5).

Sesión 2

Objetivo terapéutico

- Fomentar la adquisición de nuevas habilidades ante situaciones desfavorecedoras de vida y aprovechar las oportunidades.
- Psicoeducar sobre las habilidades sociales, mostrando cómo los seres humanos pueden modificar su presente y futuro por más desagradable que haya sido su pasado.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *¿Quién quiere ser millonario?*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Se recalca: se sintieron entretenidos y se divirtieron durante toda la proyección ya que les pareció bastante graciosa. En algunas ocasiones, la mayoría dijo que sí les agrado bastante, porque les presentaba situaciones y lugares que les llamó la atención; supieron de igual manera, mencionar que entienden que cada uno tiene el poder cambiar su futuro aprendiendo de las circunstancias que da la vida. Juan Andrés dijo “que la película le gusto porque el protagonista lucho por lo que quería”, Esteban mencionó “que ya se había visto la película y que le gustó, pero ahora la entiende desde otra manera ya que le motivó a encontrar que es lo que quiere en su vida”, Juan Andrés dijo “que le pareció muy divertida ya que te muestra una serie de hechos interesantes, pero que la vida no es siempre divertida y fácil ante situaciones desagradables”.

Tabla 6
Resultados generales en la sesión 2.

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	9	75%
Negativa	3	25%
Identificación		
Positiva	8	67%
Negativa	4	33%
Contribución		
Positiva	9	75%
Negativa	3	25%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 75%, una identificación positiva en un 67% y una contribución positiva en un 75% (ver tabla 6).

Sesión 3

Objetivo terapéutico

- Psicoeducar y fomentar la resiliencia, el empoderamiento de uno mismo y generar empatía en los pacientes, llevándolos a buscar la fuerza interior que cada uno tiene.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *Inquebrantable*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Les pareció una película un poco larga. La mayoría mencionó que les impactó, han sabido manifestar que entendieron que cada uno tiene la capacidad de solucionar sus problemas; también les gustó el hecho de que es una historia de la vida real; esta película les ha

enseñado a adentrarse en sus fortalezas; de igual manera, se abordó el concepto de resiliencia para una mayor comprensión de lo que esto representa; finalmente, dijeron que es una película que vale la pena mirar ya que aporta mucho. Luis mencionó “que la manera de afrontar la situación le ayuda a él a querer superarse en un futuro, que es más fuerte la fuerza de voluntad que tiene uno ante cualquier cosa”, Mateo acotó “que te ayuda a buscar una fuerza dentro de uno mismo para poder superar cualquier situación y te motiva”, José dijo “que la situación del protagonista no se puede comparar a la de él, pero de todas maneras ayuda a querer salir adelante ante todo”, Pablo manifestó “que el hecho de querer seguir adelante es lo que te ayuda en un futuro”.

Tabla 7
Resultados generales en la sesión 3.

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	11	92%
Negativa	1	8%
Identificación		
Positiva	8	67%
Negativa	4	33%
Contribución		
Positiva	10	83%
Negativa	2	17%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 92%, una identificación positiva en un 67% y una contribución positiva en un 83% (ver tabla 7).

Sesión 4

Objetivo terapéutico

Psicoeducar y establecer la importancia del perdón, proceso que identifica disfunciones familiares, sociales, laborales y personales que lleva a la comprensión y al desarrollo de esta capacidad.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *Inquebrantable 2*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Mencionaron que esta película les gusto más que la primera parte ya que lograron obtener una identificación más precisa con el protagonista; mencionaron, de igual manera, que les gusto, saber que es una película basada en la vida real; les da esperanza para el futuro ya que saben y entienden por completo la importancia del perdón, lo que puede generar el bienestar con uno mismo y con los demás, superar el pasado y aprender del mismo. Mateo mencionó “que él ha tenido malas actitudes, tales como muestra el protagonista que han afectado a la gente a su alrededor, creando así más problemas familiares”, Pablo manifestó “ que es difícil perdonar, pero sobre todo es aún más difícil perdonarse a sí mismo por todo el daño que ha causado”, José estableció “ que se necesita de mucha fuerza para poder responsabilizarse de las acciones y de las consecuencias y la evitación de las mismas es raíz de consumo, que lo difícil no es dejar la sustancia es responsabilizarte del daño causado y enfrentarte a la realidad”, Esteban acotó “ que perdonar es muy difícil y lleva mucho tiempo”.

Tabla 8
Resultados generales en la sesión 4.

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	8	67%
Negativa	4	33%
Identificación		
Positiva	8	67%
Negativa	4	33%
Contribución		
Positiva	8	67%
Negativa	4	33%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 67%, una identificación positiva en un 67% y una contribución positiva en un 67% (ver tabla 8).

Sesión 5

Objetivo terapéutico

- Piscoeducar y lograr identificar los trastornos de personalidad, al igual que desencadenantes impulsivos y agresivo; buscar el lado bueno de las cosas ante distintas situaciones.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *El lado bueno de las cosas*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Manifestaron que no se sintieron tan identificados con la película, sin embargo han logrado identificar los compartimentos inapropiados que la proyección muestra, entendiendo cómo estos perjudican a los demás. Hubo pacientes que dijeron que no les gustó ya que no suelen ser el tipo de películas que normalmente ven, mientras que otros dijeron que si les agradó porque fue interesante la manera en que la trama se desarrolló; y finalmente, todos han logrado establecer que comprenden el mensaje de la película. Luis mencionó “que las cosas no suelen ser tan sencillas siempre, pero me imagino que puedes intentar ver las cosas de otra manera”, Pablo dijo “que la sociedad espera que actúes de una manera concreta, sin darle importancia a los problemas que uno lleva dentro y eso es un gran problema”, Luis mencionó “que es difícil aceptar las buenas cosas que uno merece, cuando no sabes cuánto vales y no te crees merecedor de esas cosas buenas que pasan”. Francisco manifestó “que no le gusto esta película ya que el final es un poco irreal, pero ha logrado identificar las malas actitudes del protagonista”.

Tabla 9
Resultados generales en la sesión 5.

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	7	58%
Negativa	5	42%
Identificación		
Positiva	5	42%
Negativa	7	58%
Contribución		
Positiva	6	50%
Negativa	6	50%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 58%, una identificación positiva en un 42% y una contribución positiva en un 50% (ver tabla 9).

Sesión 6

Objetivo terapéutico

- Psicoeducar y fomentar la autoestima; enseñar y motivar habilidades, fortalezas psicológicas que cada uno posee.

Actividad

Se presentó la proyección de la película: *El indomable Will*; acto seguido, se realizó una encuesta donde se pudo obtener la satisfacción, identificación, contribución y comprensión de lo visto por los pacientes; finalmente, se realizó un conversatorio en base a lo visualizado.

Socialización y comentarios

Mencionaron los pacientes que la película les pareció un poco aburrida, por lo tanto no les gustó ni entretuvo a la mayoría, sin embargo, lograron rescatar el mensaje, el mismo que representa las cualidades que tiene cada uno como persona y cómo saber utilizar estas

oportunidades cambiando la manera de pensar sobre sí mismos. Vale mencionar que la atención de los participantes se encontró dispersa, probablemente por la elección de la película; mencionaron que no lograron identificarse con el personaje ya que carecía de algún tipo de problema similar al de ellos o circunstancias parecidas a las suyas. José y Francisco mencionaron “que esta película no les agradó ya que la problemática del protagonista no tiene nada de similitud con las problemáticas de ellos, que la vida no necesariamente te da oportunidades para que puedas seguir adelante, es mucho más complejo que eso”, Luis manifestó “que es difícil encontrar para lo que eres buen ya que siempre te han hecho pensar que no eres bueno para nada”, Juan Andrés mencionó “que es complicado que los otros aprecien las buenas cualidades si ni uno mismo lo hace”, Felipe acotó “que le pareció aburrida la película y que esta es una sociedad más complicada que esa”.

Tabla 10
Resultados generales en la sesión 6

Variables	# de pacientes	Porcentaje
Satisfacción		
Positiva	6	50%
Negativa	6	50%
Identificación		
Positiva	3	25%
Negativa	9	75%
Contribución		
Positiva	4	33%
Negativa	8	64%
Comprensión	12	100%

En general se puede apreciar que hay una satisfacción positiva en un 50%, una identificación positiva en un 25% y una contribución positiva en un 33% (ver tabla 10).

Cierre

Objetivo terapéutico

Realizar el cierre correspondiente entre pacientes y terapeuta.

Actividad

Se realizó el cierre que corresponde a la finalización de la terapia y se les agradeció, de igual manera, a todos los participantes.

Socialización y comentarios

Entre los comentarios principales, los pacientes mencionaron que: les gustó participar en el proyecto ya que se mantuvieron más entretenidos de lo normal, les distrajo de sus problemáticas, incluyendo la insatisfacción del lugar donde se encuentran, que suele ser un problema muy importante dentro de todo esto; además les permito faltar a las terapias de siempre mencionando que es el descanso que han solido necesitar; de igual manera, dijeron que les gustó la socialización que se realizaba después de las películas ya que le permitió compartir experiencias entre todos; otros pacientes, mencionaron que la mayoría de películas sí les gustó, pero que normalmente suelen preferir películas de acción; también manifestaron, que les gustaría que este tipo de terapias se integren normalmente en la clínica.

3.2 Resultados generales por variable

Figura 9

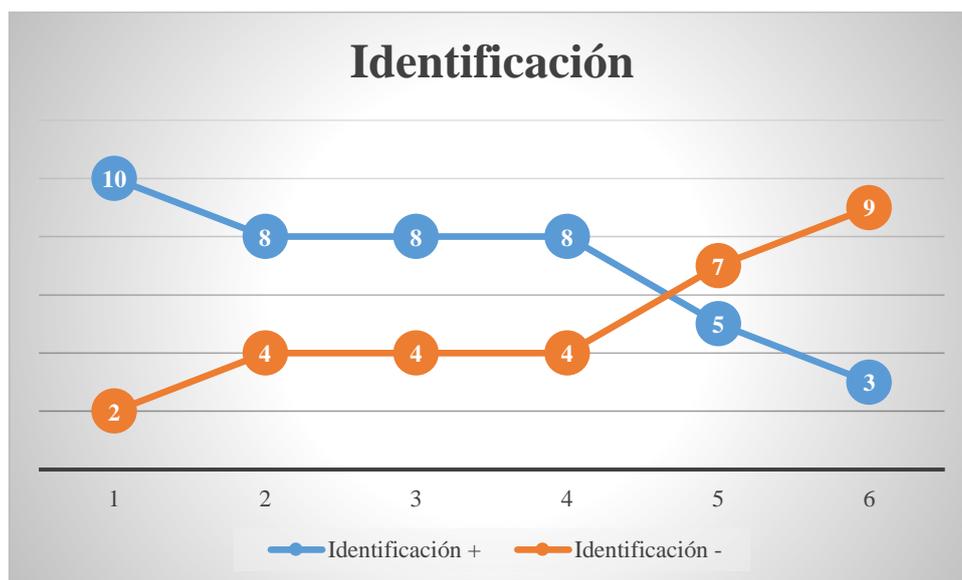
La satisfacción en general



En este resultado obtenido, el análisis de la variable de satisfacción determina a cuántas personas les gustó o no las proyecciones presentadas. Las películas generaron satisfacción a la mayoría de los pacientes en las primeras cuatro sesiones, dejando las dos últimas como las menos satisfactorias, lo que permite cuestionarse, si la elección de las películas fueron las correctas o si la concentración de los pacientes decayó a medida que sabían que la terapia iba llegando a su fin. Y de igual manera, se puede concluir, ante estos resultados, que las personas que manifestaron que las películas no les gustó, puede deberse al nivel de depresión en el cual se encontraban, no es el tipo de películas que normalmente verían sí podrían decidir qué ver; diciendo así, que las películas que gustaron más fueron la tercera, la primera y la segunda, en ese orden; precisamente, dejando a la sesión cuarta y quinta en último lugar ya que se logra evidenciar que les gustó cada vez menos a las personas en dichas sesiones; de igual manera, si existió una satisfacción, no fue la que se estimaba (ver figura 9).

Figura 10

La identificación en general

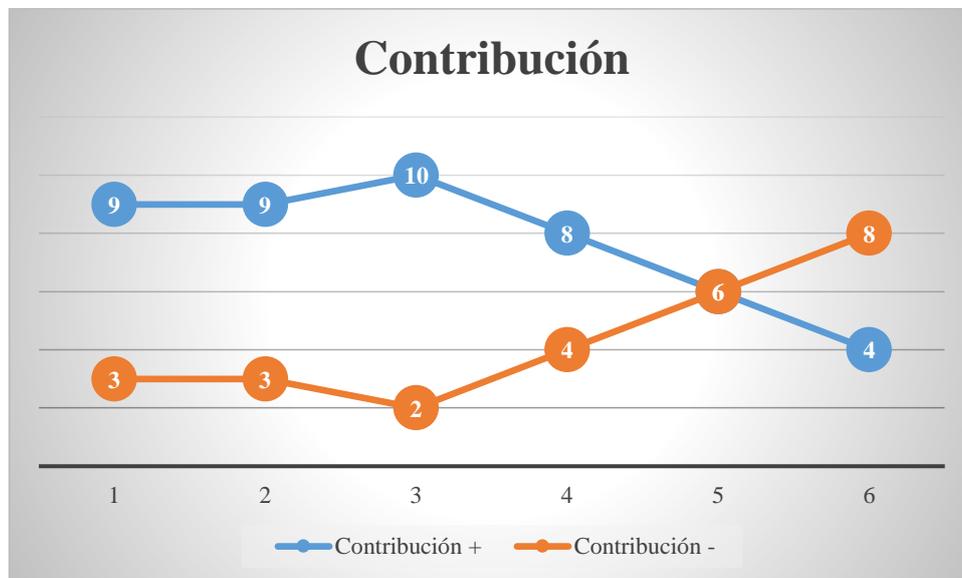


En este resultado obtenido, el análisis de la variable de identificación determina cuántos pacientes se identificaron con los protagonistas por sesión y cuántos pacientes no lo hicieron. Se puede observar que según los resultados obtenidos, en esta variable la mayoría de pacientes lograron tener una identificación con el personaje, de tal manera que cumplen con uno de los propósitos principales de la terapia; entonces, se puede concluir que las primeras cuatro sesiones de proyecciones de películas hacen referencia a

una mayor identificación de pacientes con los protagonistas, dejando la penúltima y la última sesión en decadencia de identificación, por así decirlo. Esto nuevamente puede ser por las explicaciones dadas anteriormente, manifestando que, talvez, la elección de las películas no fue la correcta, razón por la que no se logró la identificación que se estimaba; sin embargo, no se descarta el hecho de que sí existió identificación, pero a menor escala. Entre los comentarios de los resultados por sesión mencionados anteriormente, se puede establecer por qué no se identificaron a mayor escala, puede deberse a la falta de concentración en la película desde un inicio; también entre factores externos como; interrupciones que se presentaron en casi todas las sesiones (ver figura 10).

Figura 11

La contribución en general

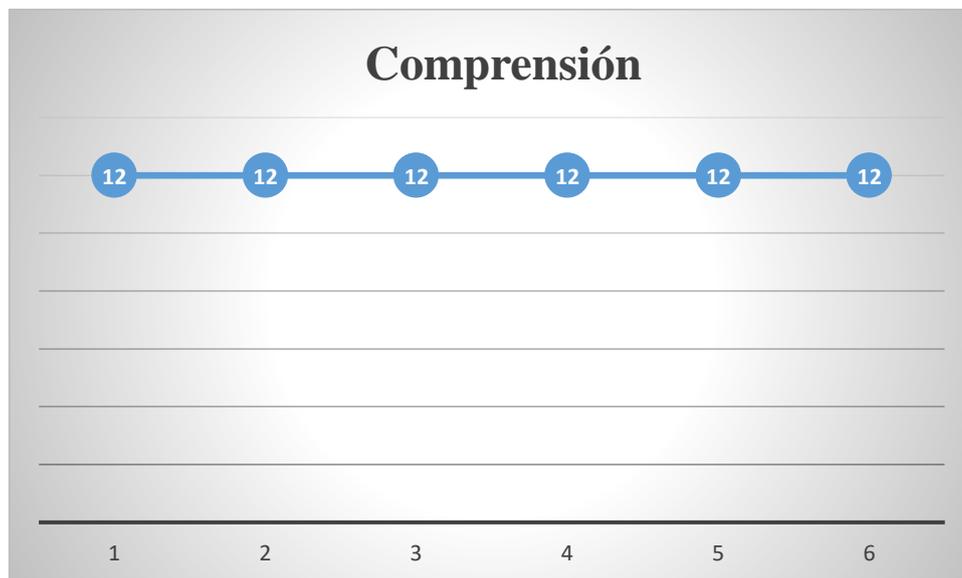


En este resultado obtenido el análisis de la variable de contribución determina, cuántos pacientes han sentido el aporte que las películas les han sabido brindar y cuántos pacientes han sentido que no les ha aportado en nada. Se puede concluir que las primeras cuatro sesiones de proyecciones de películas hacen referencia a un mayor aporte de la película hacia los pacientes, dejando la penúltima y la última sesión en decadencia de aporte, por así decirlo; esto nuevamente, puede ser por la explicaciones dadas anteriormente. Sin embargo, se logra manifestar que: el aporte en general les ha permitido fomentar mejores habilidades y destrezas en base a la toma decisiones a futuro, los pacientes que exteriorizaron haber obtenido un gran aporte en lo observado, supieron mencionar que

pueden cambiar su vida y que quieren hacerlo, estableciendo así una conducta positiva a futuro; los pacientes que dijeron que no les aportó, puede deberse al grado de depresión en el cual se encontraban y también a que se deba a que no les guste ver películas, entre otros factores externos a la terapia (ver figura 11).

Figura 12

La comprensión en general



En este resultado obtenido, el análisis de la variable de comprensión determina, cuántos pacientes han entendido el mensaje y cuántos no lo hicieron, gracias al índice de escolaridad de los pacientes selectos y la elección de películas, que no demandaban mucha concentración en la misma, se consiguió establecer que los doce pacientes lograron entender el mensaje de todas las películas, independientemente de si les haya gustado o no, se hayan identificado o no, les haya aportado o no, comprendieron el mensaje, que este a su vez, es uno de los objetivos de esta terapia (ver figura 12).

3.3 Resultados comparativos del estado de ánimo

Se logra demostrar el resultado del estado de ánimo en base a la aplicación del test de Beck en un inicio y el resultado de la escala de Beck en un final.

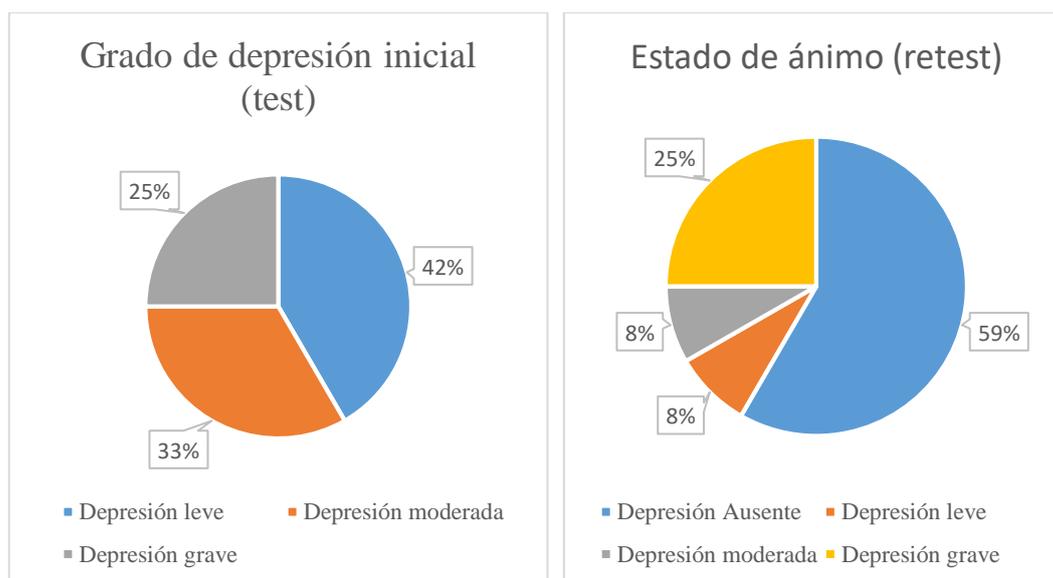
Tabla 11
Nivel de depresión en pacientes, test y retest

Pacientes	Grado de depresión inicial (test)	Grado de depresión final (retest)
Andrés	Depresión moderada	Depresión moderada
Néstor	Depresión leve	Ausente
Wilson	Depresión grave	Depresión grave
Pablo	Depresión moderada	Ausente
Mateo	Depresión leve	Ausente
Juan Andrés	Depresión leve	Ausente
Felipe	Depresión leve	Depresión leve
Esteban	Depresión grave	Depresión grave
Gerardo	Depresión moderada	Ausente
José	Depresión leve	Ausente
Francisco	Depresión moderada	Ausente
Luis	Depresión grave	Depresión grave

En esta tabla se logra comparar el grado de depresión que los pacientes presentaban al inicio y al final de la aplicación de cineterapia (ver tabla 11).

Figura 13 - 14

Grado de depresión inicial (test) y grado de depresión final (retest)



En este cuadro se logra comparar el grado de depresión que los pacientes presentaban antes de la aplicación del cineterapia y el grado de depresión que los pacientes presentaron después de la aplicación del cineterapia. La escala de Beck permitió la comparación de los resultados, en la primera figura se puede observar que un 42% de los pacientes

mostraban depresión leve, un 33% depresión moderada y un 25% depresión grave ver figura 13).

Se establece que un 59% de los participantes mostraron tener rasgos ausentes de depresión, mientras que un 25% de pacientes mantenían depresión grave, un 8% depresión moderada y un 8% depresión leve (ver figura 14).

Estableciendo que el grado de depresión ha disminuido, en siete pacientes ya que en un inicio en la aplicación del test mostraron presentar una sintomatología deprimida, mientras que en el retest ya no presentan síntomas depresivos, se menciona igual que, cinco de los participantes todavía muestran tener una sintomatología deprimida.

3.4 Limitaciones de la investigación

Entre las críticas que se pueden mencionar en la aplicación de la terapia se debe mencionar:

Las condiciones del lugar en el que se aplicó la terapia no fueron adecuadas y óptimas, la clínica no permitió el número inicial de diez o más sesiones de cineterapia, que pretendían poder ahondar en problemáticas con carga emocional más fuerte, que no entran necesariamente con carácter motivacional, con el objetivo de psicoeducar y generar conciencia de enfermedad, ya que eran situaciones en las que no se iba a trabajar, se ha optado por seis proyecciones de películas motivadoras que mejoren el estado de ánimo de los pacientes, sin que lleguen a ser contraproducentes para los mismos. De tal manera que la clínica ha establecido, como máximo, seis intervenciones ya que perdían sesiones terapéuticas grupales por estas proyecciones.

El lugar de empleo de la terapia se interrumpido en algunas ocasiones por los mismos pacientes ya que salían o conversaban frecuentemente, impidiendo así, la concentración de los otros.

Hubo algunos pacientes que se quedaban dormidos en la terapia y aprovechaban este tiempo para poder descansar.

El postergar de una terapia semanal a la siguiente, por pedido de la clínica, rompió el hilo precursor que se mantenía al inicio.

El saber que tenían el receso después de la proyección de las películas, a algunos pacientes, los llevó a ofrecer respuestas vagas y mínimas en el conversatorio.

Lastimosamente la clínica cuenta con varios problemas administrativos como despidos a los psicólogos de planta y problemas económicos dentro del lugar, lo que dificultó de cierta manera la aplicación de proyecto.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la aplicación de filmoterapia que trabaja conjuntamente con la psicoterapia brindada por el centro, en pacientes depresivos adictos a sustancias de la Clínica de rehabilitación y adicciones en Paccha, ha contribuido a disminuir la sintomatología depresiva en los pacientes mencionados, estableciendo así que, siete de doce pacientes en el retest han demostrado que no presentan sintomatología depresiva, mientras que cinco de ellos todavía la presentan.

Esta terapia ha ayudado a disminuir los niveles de depresión en los pacientes en un 58%.

El conversatorio ha permitido que los pacientes realicen catarsis, hablando de sus sentimientos y problemas, esta socialización ha sido fundamental para la comprensión del mensaje de las películas y el mensaje de sus propias vidas.

El grado de depresión en el cual se encontraban los pacientes contribuyó a una recuperación, se logró establecer que los pacientes que se encontraban con una depresión leve o moderada mostraran una recuperación; mientras que, los pacientes que se encontraban en un grado de depresión grave, no han disminuido su sintomatología deprimida. En esta investigación se ha demostrado eficacia en pacientes que no cuenten con depresión grave; sin embargo, esto no quiere decir que sea un factor determinante para dejar de utilizarla en pacientes con una sintomatología grave en un futuro.

En base a los resultados obtenidos se puede manifestar que la cineterapia ha funcionado de una manera fructífera, mostrando buenos resultados en esta línea de abordaje y tratamiento, la cual se puede emplear en muchos casos, mencionando que se ha logrado cumplir con las preguntas de investigación: *El aporte que la cineterapia brinda para pacientes que padecen de depresión y consumo de sustancias*, como una nueva línea de terapias alterativas complementaria a la psicoterapia.

Comprendiendo la etimología de la adicción, que hace referencia a “sin palabra”, tomando en cuenta y haciendo referencia a que el que habla se salva, el filmoterapia permite establecer la comunicación como pilar fundamental para la solución de conflictos y problemas personales.

Se concluye también, que la Psicoeducación brindada sobre el altruismo ha permitido a los pacientes darse cuenta que pueden cambiar su vida porque quieren hacerlo, que pueden ayudar a alguien más sin esperar nada a cambio, dejando el egoísmo de lado.

La Psicoeducación brindada por las películas sobre la fomentación de adquirir habilidades y destrezas psicológicas, les permitió desear un mejor futuro para sí mismos, independiente de su circunstancias, se quedaron con el hecho de que querer es poder.

La resiliencia es una capacidad que todos la tenemos, aunque no se encuentre desarrollada por completo, es algo en lo que se puede trabajar, la Psicoterapia permite percibir esto logrando desarrollar la capacidad de superar las adversidades o situaciones desagradables de vida de una manera victoriosa.

Se concluye también que la Psicoeducación brindada sobre el perdón, lo ayudara a estar bien consigo mismos y con las personas que los rodean.

La Psicoeducación brindada en las películas sobre el manejo de emociones y la identificación de las mismas pudieron reconocer, darse cuenta lo importante que es identificarlas para prevenir comportamientos inapropiados en un futuro.

Se concluye que la Psicoeducación brindada sobre la autoestima en las películas observadas, les permitió reconocer su valía, sus propias capacidades y darse cuenta de que con ellos mismos pueden salir adelante y establecer mejores relaciones sociales y familiares.

Finalmente la cineterapia ha demostrado tener su validez científica y los aportes que este proporciona, dando viada a una nueva línea de tratamientos alternativos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda dar acogida a esta terapia alternativa que trabaja con la psicoterapia, porque complementa aspectos importantes de la persona: habilidades y destrezas psicológicas, toma de decisiones a futuro, identificación de conductas problemáticas y disfuncionales.

Se recomienda usarla en el caso de pacientes depresivos y adictos a sustancias, sin descartar su gran funcionalidad en otras problemáticas; sabiendo que es una excelente herramienta para psicoeducar sobre cualquier problema o trastorno mental que los pacientes presenten, funciona como una gran herramienta de aprendizaje que se puede ocupar en todo tipo de personas, sin importar su sexo, edad, religión, entre otros.

Se recomienda contar con un lugar óptimo y apropiado para obtener los resultados que se esperan, un lugar que no cuente interrupciones. Se busca lograr el compromiso de los pacientes con la terapia, mencionando así, que es de suma importancia que se tenga buena predisposición de los pacientes hacia la misma.

Se recomienda ocupar la filmoterapia como una gran herramienta para la prevención de adicciones en jóvenes y adolescentes, al igual que, prevención de conductas inapropiadas, actos delictivos y un excelente instrumento para psicoeducar.

Mediante la cineterapia se recomienda abordar los temas: el perdón, la resiliencia, la autoestima, el altruismo, el manejo de emociones, conductas agresivas, aprovechamiento de oportunidades y habilidades con los cuales se psicoeducó ya que permiten al paciente restituir su dignidad humana, y restablecer el presente libre de la experiencia del pasado.

Se recomienda adentrarnos en el uso de terapias alternativas como medios complementarios a la psicoterapia, para adentrarnos cada vez más en este campo y de tal manera que nos permita establecer nuevas líneas de abordaje.

Se recomienda su uso como terapia alternativa complementaria a la psicoterapia porque permite solucionar una problemática de una manera más completa, de manera más lúdica, identificándose tanto con la película como con gente o grupos que padecen la misma situación. Abarcando temáticas de mucho interés para la solución de conflictos.

Bibliografía

- Burque. (2018). Filmoterapia, Cine, coaching y psicología.
- Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia.* (2013). Obtenido de Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia.
- Anaya. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Barrionuevo, J. (25 de Abril de 2013). *Adicciones; drogadicción y alcoholismos en la adolescencia*. Buenos Aires. Obtenido de Adicciones; drogadicción y alcoholismos en la adolescencia.
- Becoña, E. (2007). *teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias*. Galicia.
- Bermúdez, A. M. (2016). *programa de cineterapia para la autoestima de los pacientes de una comunidad terapeutica*.
- Berrecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones. *Cuicuilco*.
- Briones, e. a. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.
- Busot, I. (1997). *Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia Un basamento para el proceso instruccional. Encuentro educacional*.
- Cantero, F. (2007). Drogas, adicciones y subjetividad. *Norte de Salud Mental*, 62.
- Casari, P. F. (2018). *Cineterapia y adicciones: el cine como herramienta de la terapia en adicciones. Un estudio piloto*. Mendoza.
- Consumo de drogas y depresion.* (2020). Obtenido de Consumo de drogas y depresion.
- Cuatrocchi, E. (2008). *La adicción a las drogas*. Espacio.
- Dianova. (30 de julio de 2018). *Dianova.org*. Obtenido de Dianova.org: <https://www.dianova.org/es/noticias/informe-mundial-sobre-las-drogas-2018/>
- Díaz, L. T.-C. (2006). *Factores psicosociales de la depresion*.
- DSM-V, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.
- Glantz, P. R. (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Obtenido de Vulnerability to drug abuse.
- Grove, W., Andreasen, N., Winokur, G., Clayton, P., Endicott, J., & Coryell, W. (1987). Primary and secondary affective disorders: unipolar patients compared on familial aggregation. *Compo Psychiatry*, 28:113-126.
- Guerrero, B. (2018). Más cine, por favor (porque nos aporta muchos beneficios).
- Hawkings, D. (1995). *Modelo de desarrollo social*.
- Hidalgo, R. (2016). *El cine y la Psicología*. Madrid.
- Impulsa, C. (2018). *Conoce los 8 tipos de inteligencia segun Howard Gardner* .
- Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. (2014).
- Martínez, M. (2018). *Medi-cine*.

- Meyer, R. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the eggs. *Psychopathology and Addictive Disorders*.
- Mindalia. (2019). Obtenido de Mindalia.
- Molina. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto,. *International E-Journal Of Criminal Sciences*, 30.
- Molina, C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-Journal of Criminal Science*.
- Moral. (2011). *Psiquiatria*. Obtenido de Psiquiatria.
- Moral, V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción . *Revista de Psiquiatría*, 15-27.
- Oetting, D. J. (1998). *Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance*. Obtenido de Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (26 de junio de 2018). *UNODC*. Obtenido de https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html
- Oliveros, S. (2016). *La teoria de la automedicacion en las adicciones*. Obtenido de La teoria de la automedicacion en las adicciones.
- OMS. (2013). *Organizacion mundial de la salud* .
- Organización Mundial de la Salud. (2010).
- Powell, M. L. (2006). *Group cinematherapy: Using metaphor to enhance adolescent self-esteem*.
- Renner, J., Domenic, J., & Ciraulo, M. (1995). Consumo de Drogas y Depresión. *Revista de Toxicomanías*.
- Rueda, O. (2013). *El cine como prescripcion*.
- RUEDA, O. (2013). *El cine como prescripcion*.
- Sánchez, E. T. (2020). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Schuckit, M. (1986). Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry*.
- Secretaría de Salud. (2019). *Secretaría de Salud Gobierno de México* . Obtenido de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adic_cI.pdf
- Sergio G, E. J. (22 de 09 de 2005). *Psicologia y salud*. Obtenido de Psicologia y salud: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud>
- Solomon, G. (2013). <http://www.cinema-therapy.com>. Obtenido de <http://www.cinema-therapy.com>: <http://www.cinema-therapy.com/>
- Tratamiento de afrontamiento para adicciones*. (2001). Obtenido de Tratamiento de afrontamiento para adicciones.

Wilbourne, F. (2015). *Terapia individual para la atención del consumo de sustancias psicoactivas.*

Anexos

No se adjuntas evidencias fotográficas, de los pacientes que estuvieron presentes en la en la aplicación de la filmoterapia ya que por razones directas del centro prohíben tomar fotografías ya que protegen la integridad y confidencialidad de los pacientes internados en la clínica.

Anexo 1

Inventario de depresión

BDI-II¹

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).

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. Pérdida de Placer 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruté 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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	---

Subtotal Página 1 **Continúa atrás**

Titulo 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.

I. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

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

Anexo 2

Ficha sociodemográfica

Datos personales

Nombres:

Apellidos:

Cedula:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Instrucción:

Religión:

Estado civil:

Numero de hermanos:

Fecha de ingreso a la clínica:

Anexo 3

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INTERNOS EN LA CLINICA DE REHABILITACION Y ADICCIONES (PROYECTO ESPERANZA) PACCHA.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: LA FILMOTERAPIA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA A LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES QUE PADECEN DE DEPRESEION Y CONSUMO DE SUSTANCIAS.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Han sido invitados a participar de una investigación. El propósito de esta es *analizar el impacto o la influencia de la filmoterapia en pacientes que sufren de depresión y consumo de sustancias.*

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta, se le aplicarán el mismo test al inicio y al final del proyecto es un inventario para medir el estado de ánimo, serán autos aplicables el test dura aproximadamente 20 minutos.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país.

Riesgos

Estas investigaciones no presentan riesgos para ud o su familia.

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación en este estudio.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 4

Encuesta

La película me gustó

Si

No

Me identifiqué con los protagonistas de la película.

Si

No

Esta película me aportó.

Si

No

Comprendí el mensaje de la película.

Si

No