



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Técnicas cognitivo conductuales para modificar conductas agresivas en
consumidores de drogas**

**CORONEL HUANGA MARCIA DANIELA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**ORELLANA GUAMAN ITATY PAULETTE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Técnicas cognitivo conductuales para modificar conductas agresivas
en consumidores de drogas**

**CORONEL HUANGA MARCIA DANIELA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**ORELLANA GUAMAN ITATY PAULETTE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE CASOS

**Técnicas cognitivo conductuales para modificar conductas
agresivas en consumidores de drogas**

**CORONEL HUANGA MARCIA DANIELA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**ORELLANA GUAMAN ITATY PAULETTE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES

**MACHALA
2023**

Técnicas Cognitivo Conductuales para modificar Conductas Agresivas en Consumidores de Sustancias Psicoactivas

por Orellana
Guaman Itaty
Paulette y
Coronel Huanga
Marcia Daniela

Identificador de la entrega: 2178595536

Nombre del archivo: ESTUDIO_DE_CASO-ORELLANA-CORONEL.pdf (232.8K)

Total de palabras: 10844

Total de caracteres: 59975

Técnicas Cognitivo Conductuales para modificar Conductas Agresivas en Consumidores de Sustancias

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	< 1%
3	lamenteesmaravillosa.com Fuente de Internet	< 1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	< 1%
5	repositorio.utmachala.edu.ec Fuente de Internet	< 1%
6	archive.org Fuente de Internet	< 1%
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	< 1%
8	pdfcookie.com Fuente de Internet	< 1%
9	idoc.pub Fuente de Internet	< 1%

< 1 %

10

Submitted to Centro Universitario Villanueva

Trabajo del estudiante

< 1 %

11

ri.ues.edu.sv

Fuente de Internet

< 1 %

12

www.euskadi.net

Fuente de Internet

< 1 %

13

Marlene Rall. "Writin Against Satiation: Uwe Timm in Latin America", Anuario de Letras Modernas, 2000

Publicación

< 1 %

14

www.gichd.org

Fuente de Internet

< 1 %

15

aepnya.com

Fuente de Internet

< 1 %

16

es.slideshare.net

Fuente de Internet

< 1 %

17

redin.gob.pe

Fuente de Internet

< 1 %

18

repository.ucc.edu.co

Fuente de Internet

< 1 %

19

upc.aws.openrepository.com

Fuente de Internet

< 1 %

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CORONEL HUANGA MARCIA DANIELA y ORELLANA GUAMAN ITATY PAULETTE, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Técnicas cognitivo conductuales para modificar conductas agresivas en consumidores de drogas, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

CORONEL HUANGA MARCIA DANIELA

0107125080

ORELLANA GUAMAN ITATY PAULETTE

0750184731

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestra gratitud a PSC. clin. Salamea Nieto Rosa Marianela De Los Dolores, PhD por brindar el conocimiento necesario y dar luces en la corriente epistemológica específica para nuestro estudio, de igual manera, a la docente de titulación Dra. Carmita Villavicencio Aguilar, PhD, por su guía, dedicación y apoyo durante todo el proceso de redacción e interpretación del análisis de caso.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de análisis de caso a mí, por mi perseverancia y dedicación, a mi familia, especialmente a mi madre quien me apoyado emocionalmente, económicamente y ha sido mi promotora para superarme profesionalmente, asimismo quisiera dedicar parte de mi trabajo a mi hermano menor quien ya no está con nosotros, por una enfermedad que se lo llevo con solo 15 años, y espero que desde lo alto vea mis logros y se llene de alegría, a Dios por brindarme la sabiduría y habilidad para resolver los obstáculos que se presentaron durante mi carrera y la investigación.

Coronel Huanga Marcia Daniela

Este trabajo de investigación lo dedico, a mi familia, quienes fueron el pilar fundamental en el proceso de mis estudios y sobre todo a mi abuelo quien día a día me motivaba a seguir adelante en mi carrera profesional, asimismo, agradezco a mi pareja por haberme apoyado emocional y económicamente en cada uno de los obstáculos que se me han presentado a lo largo de la carrera y a Dios por permitirme cumplir mis objetivos de vida.

Orellana Guaman Itaty Paulette

Técnicas cognitivas conductuales para modificar conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas

RESUMEN

Autores: Marcia Daniela Coronel Huanga
CI: 0107125080
mcoronel5@utmachala.edu.ec

Itaty Paulette Orellana Guaman
CI: 0750184731
iorellana2@utmachala.edu.ec

Coautor: Psc. Clin. Salamea Nieto Rosa Marianela De Los Dolores, Phd.
CI: 0300838992
rsalamea@utmachala.edu.ec

El abuso de diferentes sustancias se ha asociado con un aumento en la agresividad, lo que puede manifestarse a través de comportamientos impulsivos y la búsqueda de sensaciones intensas. Este problema de agresión vinculado al consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en una preocupación importante en términos de seguridad pública, y ha llevado a que profesionales de la salud mental se involucren en diversos entornos para abordarlo. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio de caso es identificar las técnicas cognitivo-conductuales para la modificación de las conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas. Esta investigación posee un enfoque mixto - no experimental, de tipo transversal y de alcance descriptivo. La muestra seleccionada fue de tipo no probabilístico-homogénea, compuesta por seis sujetos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: edades comprendidas entre los 20-29 años; y estar recibiendo tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas en el Centro de Rehabilitación N/N que se encuentra ubicado en la Provincia de El Oro, ciudad de Machala. Además de la participación de dos psicólogos que fueron entrevistados. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos cualitativos fueron la entrevista

semiestructurada y la observación cualitativa, por otro lado, los datos cuantitativos se obtuvieron mediante el uso del Inventario Estado-Rasgo de expresión de Ira (Staxi-2) compuesta por 49 preguntas, divididas en tres escalas: Estado de Ira consta de tres subescalas que miden el sentimiento, la expresión verbal y la expresión física de la ira, con un total de 15 preguntas; Rasgo de Ira contiene dos subescalas que evalúan el temperamento de ira y las reacciones de ira, con un total de 10 preguntas; La escala de Expresión y Control de la Ira incluye cuatro subescalas que miden la expresión interna y externa, así como el control interno y externo de la ira, con un total de 24 preguntas. Los resultados declaran la Reestructuración cognitiva, el Entrenamiento en habilidades sociales y el Role playing como las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas por los profesionales de la salud mental para mitigar comportamientos agresivos en consumidores de estas sustancias. Lo obtenido a través de Staxi-2 indica que cuatro de los evaluados estaban en un estado moderado de ira, uno en un estado alto y otro en un estado bajo. Sin embargo, todos mostraron niveles elevados en el rasgo de temperamento irritable. Además, de los seis casos, cinco manifestaron una expresión abierta de su ira y demostraron un escaso control sobre ella. También se plantea un plan terapéutico enfocado en la regulación de los niveles de ira y sus secuelas en las conductas agresivas de los consumidores. Se concluye que identificar los pensamientos y comportamientos que afectan tanto a los consumidores de sustancias psicoactivas como a los demás es un paso esencial en su proceso de recuperación, por lo que aplicar lo que han aprendido y cambiar conductas que solían considerar normales puede ser impactante, pero a través de esta transformación genuina, se verán resultados efectivos.

Palabras claves: Conductas agresivas, Sustancias psicoactivas, Cognitivo-conductual.

Cognitive behavioural techniques for modifying aggressive behaviours in psychoactive substance users

ABSTRACT

Autores: Marcia Daniela Coronel Huanga

CI: 0107125080

mcoronel5@utmachala.edu.ec

Itaty Paulette Orellana Guaman

CI: 0750184731

iorellana2@utmachala.edu.ec

Coautor: Psc. Clin. Salamea Nieto Rosa Marianela De Los Dolores, Phd.

CI: 0300838992

rsalamea@utmachala.edu.ec

Substance abuse has been associated with increased aggression, which can manifest itself through impulsive behaviour and intense sensation seeking. This problem of aggression linked to psychoactive substance use has become a major concern in terms of public safety, and has led mental health professionals to become involved in various settings to address it. Therefore, the main objective of this case study is to identify cognitive-behavioural techniques for the modification of aggressive behaviours in psychoactive substance users. This research has a mixed approach - non-experimental, cross-sectional and descriptive in scope. The selected sample was non-probabilistic-homogeneous, composed of six subjects who met the following inclusion criteria: age between 20-29 years; and being treated for addiction to psychoactive substances in the Rehabilitation Centre N/N located in the province of El Oro, Machala city. In addition, two psychologists were interviewed. The instruments used for qualitative data collection were the semi-structured interview and qualitative observation, on the other hand, quantitative data were obtained by using the State-Trait Anger Expression Inventory (Staxi-2) composed of 49

questions, divided into three scales: Anger State consists of three subscales measuring feeling, verbal expression and physical expression of anger, with a total of 15 questions; Trait Anger contains two subscales assessing anger temperament and anger reactions, with a total of 10 questions; The Anger Expression and Control scale includes four subscales measuring internal and external expression, as well as internal and external control of anger, with a total of 24 questions. The results declare Cognitive Restructuring, Social Skills Training and Role playing as the cognitive-behavioural techniques most used by mental health professionals to mitigate aggressive behaviours in substance users. The Staxi-2 results indicate that four of those assessed were in a moderate state of anger, one in a high state and one in a low state. However, all showed elevated levels of trait irritable temper. In addition, five of the six cases showed open expression of anger and poor control over it. A therapeutic plan focused on the regulation of anger levels and its sequelae in the aggressive behaviours of the users is also proposed. It is concluded that identifying the thoughts and behaviours that affect both substance users and others is an essential step in their recovery process, so applying what they have learned and changing behaviours they used to consider normal can be shocking, but through this genuine transformation, effective results will be seen.

Keywords: Aggressive behaviour, Psychoactive substances, Cognitive-behavioural.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	12
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.....	12
1.2 Hechos de interés.....	16
1.3 Objetivos de la investigación.....	21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO	22
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.....	22
2.2 Bases teóricas de la investigación	24
3. PROCESO METODOLÓGICO	30
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	30
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación	30
3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos	32
4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados	37
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas no solo es persistente, sino que ha adquirido mayor relevancia en el contexto actual debido a diversos factores como la globalización, el aumento del estrés y la incertidumbre social. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas, junto con un acceso más fácil y extendido, ha llevado a una proliferación de casos que abarcan diferentes grupos demográficos. Además, el cambio en la percepción social sobre ciertas sustancias, como el cannabis, ha generado un ambiente más permisivo, lo que puede contribuir a incrementar el riesgo de abuso y dependencia.

Según informes de organismos internacionales de salud, se ha registrado un notable aumento en el consumo de alcohol, drogas y medicamentos ansiolíticos, ampliando aún más el espectro de personas vulnerables a desarrollar comportamientos adictivos o autolesivos. Este escenario actual hace que la necesidad de investigación, tratamiento psicológico sean efectivas en este ámbito.

Estas consecuencias exhiben patrones similares en diversos países y se manifiestan en un incremento de las tasas de morbilidad, la disminución de la calidad de vida y la emergencia de problemas sociales (Boska et al., 2021). La interacción de factores sanitarios, sociales y jurídicos en un individuo puede exacerbar significativamente el daño. Esto se acentúa dado que la correlación entre adicciones y salud mental ha sido una constante histórica, lo que conlleva una relación compleja y bidireccional (Balanta, 2021).

Asimismo, investigaciones realizadas por Méndez-Díaz et al. (2017) sugieren una posible correlación entre ciertos rasgos de personalidad, como la impulsividad, y la propensión a desarrollar dependencia a sustancias psicoactivas. Factores de vulnerabilidad individuales y sociales pueden interactuar con el consumo de sustancias para potenciar comportamientos de riesgo (Benedetti et al., 2022).

Dada la gravedad del problema, abordar las complejidades del consumo de sustancias psicoactivas es vital. Este abordaje debe ser integral, incluyendo aspectos sociales, familiares y personales. El enfoque cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de las adicciones es especialmente valorado por su base empírica y su versatilidad. Esta metodología se centra en identificar y modificar tanto los pensamientos como los comportamientos que contribuyen al ciclo adictivo, ofreciendo así un tratamiento más holístico y sostenible. Además, la TCC es altamente adaptable a las necesidades individuales, lo que es crucial dado que la adicción a menudo es el resultado de una combinación única de factores psicológicos, sociales y ambientales.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio de caso es explorar técnicas cognitivo-conductuales para mitigar comportamientos agresivos en consumidores de estas sustancias.

La estructura de esta investigación se divide en cuatro capítulos:

El primer capítulo establece el contexto del problema, abarcando desde el impacto comunitario hasta las implicancias en la salud física y mental. Además, se ofrece una revisión cronológica de estudios que destacan la gravedad del consumo de drogas, concluyendo con los objetivos específicos de la investigación. El segundo capítulo profundiza en el enfoque teórico-epistemológico, abordando el origen y los fundamentos del enfoque Cognitivo-Conductual. Este capítulo también resalta las estrategias más empleadas en la intervención de casos de consumo de sustancias y comportamiento agresivo.

El tercer capítulo describe el diseño metodológico del estudio, detallando los instrumentos empleados para la recolección de datos cualitativos y cuantitativos, así como los recursos adicionales que facilitaron la creación de categorías de análisis. Finalmente, el cuarto capítulo presenta el análisis de los datos recolectados, enriquecido por una triangulación que integra elementos teóricos e interpretativos. Además, se propone un plan terapéutico como recurso complementario para la

comunidad científica y se concluye con recomendaciones alineadas a los objetivos del estudio.

Técnicas cognitivas conductuales para modificar conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

El consumo de drogas es un problema mundial que afecta a la mayoría de los países. El consumo del alcohol, cannabis, tabaco y otras sustancias están aumentando exponencialmente en todo el mundo, afectando a personas de todas las edades y convirtiéndose en un problema social.

En los últimos años se han producido profundas modificaciones acerca de la comercialización y compuestos dirigidos al consumo de sustancias psicoactivas, ha evolucionado los sistemas de compra y venta, incluso apareciendo nuevas sustancias y nuevos mercados (principalmente a través de internet), desconociéndose sus efectos negativos en lo que respecta a la toxicidad crónica (Simão et al., 2022).

Las sustancias psicoactivas tienen un impacto en el funcionamiento cerebral y causan modificaciones en el estado emocional, la percepción, el pensamiento, y el comportamiento, entre estas sustancias se encuentran el alcohol, la cafeína, la nicotina, la marihuana y ciertos analgésicos; también, se incluyen drogas ilegales como la heroína, el LSD, la cocaína y las anfetaminas (Hilte, 2019).

La etiología del consumo de sustancias psicoactivas es multifactorial, e identificar sus diversos factores determinantes es una tarea compleja; no obstante, se examinan los aspectos neurobiológicos y las comorbilidades sociales, genéticas y psiquiátricas, pues los factores causales del consumo de drogas están interrelacionados, modificando en cada factor la expresión clínica de los demás (Lopes et al., 2013).

Las consecuencias del consumo varían con cada sustancia, sin embargo, las más comunes suelen ser: afectación a las funciones cognitivas superiores (memoria visual y verbal), capacidad de atención y concentración, el aprendizaje, y la destreza visomotora, el

aparecimiento de enfermedades crónicas, infecciosas y cardiovasculares (Mendoza & Vargas, 2017).

Una de las zonas más afectadas del cerebro es la corteza prefrontal, cuya región está encargada de funciones como el pensamiento, la planificación, la resolución de conflictos, la elección consciente y el manejo de impulsos, destacando que durante la adolescencia, esta área cerebral aún se encuentra en desarrollo, lo que hace a los jóvenes más vulnerables a la adicción; además, la interacción entre la corteza prefrontal, los ganglios basales y la amígdala extendida puede provocar la búsqueda compulsiva de drogas y una disminución en el control de los impulsos (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020).

Aunque son numerosos los efectos negativos del consumo, algunas de las principales razones para empezar a consumir sustancias nocivas para la salud es la curiosidad y la búsqueda del placer o de los niveles elevados de euforia (Bechara et al., 2019). Asimismo, tienen la ventaja de ser estimulantes que disminuyen síntomas emocionales de trastornos como el estrés crónico y depresión (Bocanegra, 2022).

Muchas personas que son susceptibles a la adicción presentan indicadores y manifestaciones claras antes de comenzar a consumir drogas, algunos de estos signos son: (a) la impulsividad, pues no procesan las consecuencias de sus acciones y actúan rápidamente por un estímulo; (b) no pueden seguir planes; (c) tienen comportamientos autolesivos que no son suicidas; (d) control deficiente de la atención, lo que hace que tengan escaso interés en objetivos o metas; (e) agresivos, cuyo rasgo se agudiza al empezar el consumo, por lo que reaccionan de manera violenta ante estímulos que normalmente no tienen ese efecto en personas no adictas (Méndez-Díaz et al., 2017).

La agresividad mencionada se debe a la ira, y un activador común de esta es la provocación, que es un estímulo percibido como amenazante o aversivo, capaz de generar un intenso enfado que se manifiesta a través de múltiples expresiones, tanto verbales como no verbales; así como expresiones faciales específicas, manifestaciones corporales de amenaza y cambios en el tono de voz, incluyendo expresiones lingüísticas comunes que se utilizan para describir la experiencia cuando la persona se siente furiosa (Alia-Klein et al., 2020).

Incluso se relaciona un mayor consumo de sustancias psicoactivas con rasgos del trastorno de personalidad antisocial, lo cual conlleva conductas agresivas y una baja tolerancia para dejar de consumir, además del aumento de angustia por la adicción; por lo tanto, es necesario que los programas de intervención en violencia incorporen el desarrollo de habilidades para mejorar la regulación de las emociones y reducir el consumo problemático en las poblaciones con rasgos del trastorno de personalidad antisocial (Brem et al., 2018).

Se debe considerar que hay muchas formas en que un ser humano puede dañar a otro, por lo que Warburton y Anderson (2015) distinguen las diferentes formas de agresión, empezando por el daño físico (agresión física como golpear, morder, patear, apuñalar, y disparar), lastimar al otro con palabras (agresión verbal como gritar, maldecir, e insultar), dañar la reputación o amistades a través de lo que se dice a los demás verbal o digitalmente (es decir, agresión relacional).

Debido a que la agresividad que estos sujetos ejercen es intencional y se manifiesta de las formas ya mencionadas anteriormente, siendo las más comunes y frecuentes las de carácter físico y psicológico; el objetivo del daño varía en función del tipo y la magnitud con la que quieren perjudicar al otro, para terminar en consecuencias aversivas (Carrasco & González, 2006).

Los individuos con los rasgos anteriormente mencionados son más propensos a la impulsividad y la asunción de riesgos (Pelloux et al., 2019). En este sentido, el abuso de sustancias es el responsable de conducir a comportamientos agresivos que aumentan la morbilidad, la mortalidad, el encarcelamiento, y limitan la interacción social en comunidad (Legas et al., 2022). Además, el uso simultáneo de más de una sustancia a la vez conlleva a complicaciones médicas y psiquiátricas, como psicosis, comportamiento agresivo, e ideación suicida (Pichini et al., 2020).

Diversas sustancias están vinculadas a la agresividad, incluyendo el alcohol, que puede potenciar la agresión de múltiples maneras, aumentando la búsqueda de sensaciones y fomentando comportamientos impulsivos; por otro lado, el uso de esteroides anabólicos puede llevar a efectos psiquiátricos adversos, como distracción, delirio, psicosis, hipomanía, manía, insomnio, hostilidad y dependencia del estado de ánimo; asimismo se

destaca la cocaína, las anfetaminas, los sedantes, los opiáceos y los alucinógenos (Anderson & Bokor, 2012).

El consumo de sustancias nuevas en el mercado también resulta en comportamientos dañinos, incluyendo violencia hacia otros u objetos (Chiappini et al., 2021). Por lo general, la agresión se dirige a través de conductas que afectan el estado emocional de las personas que acompañan o comparten espacio y tiempo con el consumidor, siendo común los insultos, peleas acompañadas de gritos, amenazas, llegando al chantaje emocional (Lu et al., 2021). Estos actos de desprecio tienen como objetivo herir los sentimientos y el orgullo del otro; además, si se ofende a través de gritos, la falta de respeto es mayor, pues la voz se eleva desmesuradamente para intentar intimidar y ejercer poder sobre el otro (Beckmann et al., 2017).

Asimismo, las amenazas son afirmaciones violentas que anticipan consecuencias negativas en caso de no seguir una orden o acción en particular, muy parecidas a la manipulación emocional, que es usada por el agresor para controlar a la víctima y persuadirla de comportarse o actuar como él quiere (Al-Kreimeen et al., 2022).

En su mayoría, la conducta violenta de personas que consumen sustancias psicoactivas, ya sea de manera ocasional o habitual, afecta principalmente a sus parejas, por lo que suele manifestarse en forma de abuso psicológico y ocurre dentro del entorno doméstico, generando sentimientos de miedo, molestia y enojo; además, se confirma que tanto hombres como mujeres pueden ser agresores en sus relaciones de pareja, pero las mujeres que son víctimas de esta violencia suelen experimentar consecuencias más graves que los hombres víctimas (Deza, 2013).

El manejo de la agresión debido al consumo de sustancias psicoactivas es un problema importante de seguridad pública, que involucra a los trabajadores de la salud mental en una variedad de entornos, incluidos los centros de detención para jóvenes y adultos, escuelas, centros comunitarios de salud mental y hospitales psiquiátricos (Frazier & Vela, 2014).

Para abordar la agresividad, hay que centrarse en la rehabilitación psicosocial, en la enseñanza y el refuerzo de habilidades y comportamientos que ayudan a los pacientes a realizar una transición satisfactoria de las instituciones a entornos comunitarios más

integrados (Sheth, 2005). Los propósitos de integrar a estos grupos son: (a) aumentar el conocimiento de los síntomas y el tratamiento de las enfermedades mentales; (b) desarrollar habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas y manejo de la ira; (c) entender la importancia de abstenerse de alcohol y drogas; y (d) aprender a hacer ejercicio, relajarse y disfrutar de actividades de tiempo libre (Bisconer et al., 2006).

Para trabajar la agresividad en cualquiera de sus tipos se necesitan estrategias, que desde la psicología son definidas como acciones específicas aplicadas para lograr la mejora de las habilidades mediante el uso de una o más técnicas psicológicas (Birrer & Morgan, 2010). Algunas de las estrategias básicas para el manejo de la agresión son: (a) reconocer el comportamiento agresivo; (b) habilidades de comunicación; (c) escucha activa; (d) exploración de soluciones y (e) planteamiento de límites (Sim et al., 2011).

El propósito de esta investigación es identificar las estrategias que utilizan los profesionales psicólogos en la disminución de la agresión psicológica en personas adictas a las sustancias psicoactivas; se realiza la recolección de datos a través de la entrevista a dos psicólogos del Centro de Rehabilitación N/N que se encuentra ubicado en la Provincia de El Oro, ciudad de Machala.

1.2 Hechos de interés

La investigación de Moore et al. (2008) empleó procedimientos meta-analíticos para evaluar cuantitativamente la evidencia empírica sobre la relación entre el abuso de drogas y la agresión entre parejas, por lo que los datos de 96 estudios indicaron que el aumento en el uso de drogas y los problemas relacionados con las drogas se asociaron significativamente con aumentos en la agresión entre parejas, señalando a la cocaína como la sustancia ilícita con mayor relación con la agresión psicológica, física y sexual, también asociando significativamente a la marihuana con la agresión entre pareja.

La investigación abordada por Juárez et al. (2010) estuvo enfocada en analizar la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento, obteniendo que las conductas agresivas más habituales en los participantes han sido la agresión verbal, acompañada de un escaso manejo de la ira; así como la agresión física, por lo que es común observarlas en las relaciones interpersonales, dentro del entorno familiar o por razón económica.

Debido a que se sabe muy poco sobre las relaciones de crianza conjunta de los hombres que abusan de las drogas, Moore et al. (2011b) realizaron un estudio comparativo sobre las relaciones de crianza conjunta con hombres que abusan de las drogas, el objetivo fue examinar la prevalencia de por vida y la frecuencia reciente de la violencia de pareja en las relaciones de crianza compartida, encontrando que los padres dependientes de opioides informaron una mayor prevalencia de agresión física, sexual y psicológica dirigida a la madre de su hijo biológico durante el transcurso de la relación.

Por su parte, Deza (2013) investigó acerca del consumo de sustancias psicoactivas en los varones adultos que ejercen violencia familiar, por lo que, a través de una revisión bibliográfica de investigaciones nacionales e internacionales, logra enmarcar que, en cuanto a la relación entre género, drogas y violencia, es el género masculino el protagonista de conductas violentas dirigidas a su pareja y ejercidas dentro de casa.

Frazier y Vela (2014) hicieron una búsqueda exhaustiva de literatura con artículos desde 1998 hasta septiembre del 2013 para identificar, resumir y evaluar críticamente los artículos científicos existentes sobre el uso de la Terapia Conductual Dialéctica para el tratamiento de la ira y la agresividad, demostrando resultados potencialmente significativos en el abordaje del comportamiento desadaptativo (como las agresiones impulsivas), pues enseña regulación emocional, tolerancia a la angustia y habilidades para el manejo de relaciones interpersonales.

En el estudio realizado por Talavera (2016) se utilizó como instrumentos la Escala de Bienestar Espiritual y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. Los resultados mostraron una relación positiva significativa entre el bienestar espiritual y la agresión, específicamente en los componentes físico, verbal y hostilidad. Sin embargo, no se encontró relación significativa con el componente de ira. El estudio también encontró diferencias en el bienestar espiritual según el género y la religión.

La investigación desarrollada por Liakoni et al. (2018), exploró la relación entre sustancias psicoactivas y delitos violentos en un departamento de emergencias urbano en Suiza. El estudio encontró que el alcohol, el cannabis y la cocaína eran las sustancias reportadas con mayor frecuencia en casos de agresiones violentas. Sin embargo, la alta prevalencia del consumo conjunto de alcohol hizo difícil sacar conclusiones definitivas sobre la contribución individual de cada sustancia a los delitos violentos. Esto se debe a

que el alcohol se consumía a menudo en combinación con otras sustancias, como el cannabis y la cocaína, que también se asocian comúnmente con presentaciones en el departamento de urgencias relacionadas con delitos violentos.

El estudio realizado por Duke et al. (2018) identificó 32 metaanálisis que abarcaron casi 30 años y que incluían información sobre esta relación entre el uso de sustancias y la violencia en escenarios del mundo real. La relación parece ser bidireccional y está moderada por variables específicas, como el género y la presencia de enfermedades psicóticas. La relación entre el consumo de sustancias y la violencia parece ser más fuerte en personas con enfermedades psicóticas. La combinación de alcohol y drogas puede ser más dañina que el alcohol solo, lo que indica diferencias en la relación entre alcohol/drogas y violencia. Se encontró que el impacto del alcohol en la perpetración de violencia es mayor para los hombres que para las mujeres.

En el trabajo realizado por Brem et al. (2018) exploraron la relación entre los rasgos del trastorno de personalidad antisocial (ASPD), la tolerancia a la angustia, los problemas con el alcohol y la perpetración de violencia de pareja (IPV) en hombres arrestados por violencia doméstica. Los hallazgos indican que los rasgos del ASPD están asociados directa e indirectamente con la perpetración de agresión psicológica a través de la tolerancia al malestar y los problemas con el alcohol. Directamente, los hombres con rasgos de ASPD tienen más probabilidades de involucrarse en agresiones psicológicas. Indirectamente, estos rasgos pueden conducir a una baja tolerancia al malestar y a un aumento de los problemas con el alcohol, lo que a su vez puede conducir a una mayor agresión psicológica. El estudio sugiere que las intervenciones dirigidas a la tolerancia a la angustia y los problemas con el alcohol pueden ser efectivas para reducir la perpetración de violencia de pareja entre hombres con rasgos de ASPD.

Castaño y Páez (2019) llevaron a cabo un estudio que investigó la conexión entre factores familiares, como el tipo de familia, la composición del hogar, el funcionamiento de la familia y la satisfacción en el ámbito familiar con comportamientos adictivos como el consumo de sustancias, alcohol y el uso de internet en estudiantes universitarios. Los estudios encontraron que la dinámica familiar, las redes sociales y los componentes individuales pueden desempeñar un papel en las conductas adictivas. También destacan la prevalencia del consumo de alcohol y la adicción a Internet entre los estudiantes, así

como la influencia de factores como el abandono emocional y el deficiente amor en la familia en la drogadicción. El estudio también examinó diferentes tipologías de familias, incluidas las familias nucleares, extendidas, monoparentales, unipersonales, mononucleares, compuestas y reconstituidas. Sin embargo, el estudio no proporcionó correlaciones específicas entre estos tipos de familia y las conductas adictivas.

Asimismo, Nwabuzor et al. (2019) tuvieron como propósito examinar las asociaciones entre la violencia en pareja, el uso problemático de drogas, el uso problemático del alcohol y los síntomas depresivos; encontrando un efecto significativo en la interacción entre el uso problemático de drogas y los síntomas depresivos con prácticas agresivas a nivel psicológico y físico.

Knezevic et al. (2019) asociaron el uso de sustancias y la agresión, por lo que tuvieron como objetivo determinar la incidencia de adictos a sustancias psicoactivas en la población de infractores de delitos violentos, así como considerar posibles medidas para reducir los índices delictivos en esta población, se encontró que del total de 94 delincuentes con delitos violentos, el 25% padecía algún tipo de trastorno mental; más de la mitad de las personas con trastornos mentales de este grupo sufrían trastornos inducidos por sustancias psicoactivas, lo que significa que hasta un 15% de todos los infractores tenían algún tipo de adicción.

En su investigación, Pascale (2020) se enfocó en explorar si existían cambios en los patrones de consumo de alcohol, psicofármacos y analgésicos mayores, y si se producía un uso ocasional de otras sustancias que afectan el sistema nervioso central como una forma de lidiar con la angustia emocional. Los resultados del estudio sugieren que el consumo de estas sustancias podría tener el potencial de agravar o desestabilizar condiciones médicas concurrentes y estar relacionado con conflictos en el contexto familiar.

Por su parte, Vázquez-Colunga et al. (2020) investigaron la frecuencia de comportamientos violentos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria, así como las disparidades según el género y algunas variables escolares; encontrando resultados que indican que la violencia en el entorno escolar varía en función del género, el grado y el rendimiento académico; y en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, aproximadamente el 33.6% de los participantes

informaron haber consumido un vaso de alcohol en el último mes, el 14.3% había fumado cigarrillos de tabaco y el 9.1% había utilizado marihuana.

La investigación de Balanta (2021) tomó a las personas adictas a sustancias psicoactivas como las participantes víctimas de violencia, teniendo como propósito caracterizar el tipo, perfil y áreas de exposición a la violencia de 74 personas en tratamiento en un Centro de Atención a las Drogodependencias, identificando que el 84% de las personas vivieron situaciones violentas, el 13,5% identificó su primer hecho violento en la adolescencia, y en la población masculina, el 33% de los entrevistados se reconoce como una persona agresiva o que ha sido victimaria a lo largo de su vida.

Wang y Crook-Rumsey (2021) investigaron la relación entre una serie de diferencias individuales y el comportamiento agresivo en una muestra de usuarios consumidores de sustancias que reciben tratamiento por su uso de drogas; sus resultados informaron niveles más altos de agresión física, ira y hostilidad, correlacionándose positivamente con rasgos esquizotípicos (es decir, inconformidad impulsiva), estados emocionales negativos y estilo de afrontamiento emocional.

Bueno (2021) examinó las investigaciones relacionadas con la ingesta de alcohol y la violencia contra las mujeres durante la crisis de salud de la COVID-19; esto debido a la relevancia de este tema para la salud y la seguridad general de la población; detectando que las personas que sufren agresiones por parte de consumidores de alcohol a menudo experimentan problemas emocionales, como estrés, depresión y ansiedad.

Uno de los estudios más recientes asociados al fenómeno a estudiar, es el realizado por Mauri et al. (2022), tuvieron como objetivo evaluar el impacto del abuso de sustancias y los enfoques terapéuticos adoptados por los psiquiatras en pacientes ambulatorios agresivos versus no agresivos, que asisten a servicios psiquiátricos comunitarios; confirmando la relación entre el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos en pacientes psiquiátricos internados dentro de los servicios comunitarios.

Shima et al. (2022) tomó a la cafeína, el alcohol y la nicotina, que son las tres sustancias psicoactivas más utilizadas en el mundo, para encontrar si existe una relación entre estas sustancias y los comportamientos agresivos e impulsivos; encontrando datos que confirman un vínculo entre estos comportamientos de externalización y estas tres

sustancias psicoactivas legales y de consumo común en individuos clínicamente relevantes.

1.3 Objetivos de la investigación

Identificar las técnicas cognitivo-conductuales para la modificación de las conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas.

Evaluar el estado/rasgo de agresividad en los internos del centro de rehabilitación NN de la ciudad de Machala.

Diseñar un plan terapéutico para el control de agresividad en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.

El enfoque epistemológico que se ha seleccionado es el Cognitivo Conductual (CC), y como su nombre lo indica, es resultado de la unión de dos teorías psicológicas prominentes: Conductismo y Cognitismo. El enfoque CC consiste en un conjunto de intervenciones que se implementan tras una evaluación exhaustiva de las características biopsicosociales del sujeto, contemplando el valor, la participación activa y la cooperación del paciente (Sosa-Arteaga, 2021).

El presente enfoque se origina a partir de la combinación lógica de las teorías conductuales y cognitivas que exploran el comportamiento humano, los factores causales y de mantenimiento en los problemas de la esfera mental, estableciendo metas para su intervención; inspirándose en las primeras teorías del condicionamiento, así como las teorías cognitivas, e integrando el modelado y las estrategias de reestructuración cognitiva del aprendizaje social (Benjamin et al., 2011).

Wenzel (2017) sostiene que este enfoque consiste en un tratamiento activo, centrado en el problema, que tiene como objetivo reducir la angustia emocional y aumentar el comportamiento adaptativo en pacientes con una serie de problemas de salud mental; por lo que el terapeuta interviene de manera estratégica a partir de la formulación personalizada del caso y de manera colaborativa trabaja con el paciente para el cumplimiento de los objetivos de tratamiento.

Este enfoque requiere una combinación de principios: a) Corrección de creencias o interpretaciones negativas; b) Estudiar y probar formas para interpretar la propia experiencia; c) Ayudar al individuo a cambiar su comportamiento; d) Aprender a aceptar y probar nuevas formas de entenderse así mismo (propias experiencias y suposiciones sobre el futuro) (Ost & Skaret, 2013).

Los primeros teóricos que formaron parte del campo de la TCC, fueron Albert Ellis y Aaron T. Beck, quienes inicialmente se formaron en psicoanálisis e hicieron hincapié en la experiencia temprana, el proceso inconsciente y la dinámica de la personalidad; no

obstante, reconocieron que muchos aspectos de la teoría psicodinámica no parecían contribuir a un cambio significativo en la psicoterapia, por lo que ambos articularon una visión más simplista de la dinámica humana en el cambio de comportamiento (Wenzel et al., 2016).

Es el mismo Beck quien explica que la naturaleza humana se enfoca en la cognición, pues esta inicia desde el acceso a la comunicación interna a través de la introspección; incluyendo a las creencias individuales como significativas para llegar a una interpretación del encuentro del individuo consigo mismo (Chao, 2015).

Además, los desarrollos teóricos y clínicos más recientes en la TCC han surgido de un enfoque en la atención plena, una actitud de aceptación y de conciencia no crítica del momento presente, siendo una influencia que ha experimentado un crecimiento explosivo en la última década (Thoma et al., 2015).

Una intervención cognitivo-conductual bastante destacada es la Terapia de Aceptación y Compromiso, clasificada como una terapia de tercera generación, cuya importancia radica en ayudar al sujeto a comprender el proceso de la cognición negativa, a darle conciencia del tiempo y, finalmente, a lidiar con sus problemas aceptándolos de acuerdo a sus verdaderos valores; por estas razones es concebida como un método nuevo y eficaz para reducir la agresión, así como ayudar a la solución de problemas en personas que han sido adictas a sustancias o han estado arrestadas (Mohammadi et al., 2015).

La Terapia de Aceptación y Compromiso tiene dos objetivos principales: 1) aprobación y adopción de actitudes, pensamientos y sentimientos indeseables, cuya aparición o desaparición no se puede controlar; 2) el compromiso y la acción hacia vivir una vida consistente con los valores del individuo; en el caso de la agresividad, cuando las personas aceptan sus sentimientos de furia y pensamientos que conducen a la ira, logran evitar el conflicto y alcanzan la calma (Eifert & Forsyth, 2011).

Es así que hay una gran variedad de técnicas y estrategias para cambiar las cogniciones y comportamientos de las personas, pero Rice (2015) destaca que todas estas técnicas mantienen en común la evaluación continua del cliente y de su o sus problemas, así como sus objetivos específicos, un ejemplo de ellas es la reestructuración cognitiva.

Este mismo autor refiere que la reestructuración cognitiva consiste en sustituir pensamientos distorsionados con otros que sean más precisos y útiles, empezando por identificar los pensamientos o creencias que están influyendo en la emoción perturbadora, para luego evaluarlos por su exactitud y utilidad utilizando la lógica y la evidencia.

También se destacan las técnicas de relajación una de ellas es la: relajación muscular progresiva, que consiste en relajar un grupo de músculos a la vez hasta que todo el cuerpo esté en un estado de relajación (McCallie et al., 2006). Asimismo, se emplea la respiración diafragmática, donde la persona activa conscientemente su diafragma para respirar más profundamente, lo que implica la expansión natural del abdomen al inspirar y su retracción al exhalar, promoviendo la relajación al disminuir la frecuencia respiratoria (North Bristol, 2016).

Por otro lado, está la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), que se define como un modelo de tratamiento que combina técnicas de la terapia cognitivo conductual y se centra en alterar el contenido cognitivo, de manera que los sujetos cambien sus pensamientos, enseñándoles a afrontar y hacerse cargo del contenido de su mente y de sus emociones (Vásquez-Dextre, 2016).

La MBCT un programa grupal que consta de una primera entrevista individual y ocho sesiones de grupo (hasta 15 personas) a lo largo de ocho semanas, donde la sexta sesión se destaca por consistir en un día completo dedicado a la meditación; además, se trabaja bajo una fuerte atención a la práctica de la conciencia plena seis de los siete días de la semana, enfatizando que esta práctica es casi diaria desde la entrevista inicial (Garay et al., 2015).

Igualmente se distinguen las técnicas de exposición, como la exposición gradual, que implica exponer al sujeto a la fuente de su miedo gradualmente, es decir, partiendo desde el estímulo menos agradable hasta el más desagradable de afrontar (Espada et al., 2007).

2.2 Bases teóricas de la investigación

La terapia cognitivo-conductual se utiliza como método de tratamiento para una variedad de trastornos mentales, considerando que su enfoque principal radica en ayudar a los pacientes a modificar sus pensamientos, emociones, comportamientos y alteraciones

orgánicas, con el objetivo de adaptarse a patrones más saludables y efectivos para abordar sus dificultades (Sosa-Arteaga, 2021).

La TCC también se puede administrar en terapia de grupo en los que se combinan beneficios terapéuticos, siendo útil en pacientes con trastornos por uso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad, fobia social, y también en niños; por lo que estos pacientes aprenden sobre sus distorsiones cognitivas al observar a otros pacientes, y se proporciona un entorno seguro para aprender y practicar habilidades de comunicación en situaciones de la vida real (Bhattacharya et al., 2013).

Los problemas en la esfera mental se vinculan con el desarrollo emocional del sujeto, que está profundamente influenciado por el cuidado y el establecimiento de vínculos afectivos durante su infancia y adolescencia; por lo que es crucial fomentar el crecimiento de recursos emocionales y afectivos para establecer conexiones significativas dentro del entorno familiar; ocurriendo luego el periodo de individuación, donde el sujeto toma distancia del grupo familiar y se expone a explorar el mundo externo (Castaño & Páez, 2019).

También la familia puede desempeñar un papel como un elemento que aumenta el riesgo de comenzar conductas agresivas y de desarrollar comportamientos delictivos en el futuro; esto podría explicarse por el hecho de que aquellos individuos que han experimentado violencia física durante su niñez tienen una mayor probabilidad de involucrarse en el consumo de sustancias psicoactivas y convertirse en delincuentes (Caravaca et al., 2014).

A lo mencionado se suma el autoritarismo y la presión excesiva que ejerce la familia durante la crianza, mediante exigencias y la atribución de responsabilidades, llevando al individuo a la búsqueda de espacios externos a su hogar, como contraste a sentirse controlado, lo que puede figurar un riesgo para involucrarse en situaciones que generen conductas agresivas (Barbosa & Ruiz, 2019).

Además, el señalamiento de culpables desde una postura social, colectiva, y familiar apunta a que el sujeto agudice su consumo y ejerza el papel de “adicto”, desarrollando frustración, ira, tristeza e impotencia por su escaso manejo de las conductas adictivas, siendo sus grupos cercanos como familia y amigos los que estimulan la idea de buscar

una “cura” pero no intervienen explícitamente en el sufrimiento del consumidor, ni se centran en el tratamiento (Callejas & Sánchez, 2020).

Es así que el tratamiento CC es pertinente con los problemas de abuso de sustancias, y se caracteriza por elementos como: estrategias de aprendizaje operante hasta elementos relacionados con el pensamiento y la motivación, junto con intervenciones para el desarrollo de habilidades, diseñadas para contrarrestar los efectos reforzantes de las sustancias psicoactivas (McHugh et al., 2010).

Dado que el inicio más común del consumo suele ser la adolescencia, el primer paso es el uso experimental/recreativo, generalmente en un contexto social; luego, se pasa al uso casual y se produce una intensificación gradual en la frecuencia (uso regular), lo que aumenta el riesgo de desarrollar dependencia, con la posibilidad de recuperarse de esta (Pechansky et al., 2004).

Para lograr una mejora, la intervención CC consiste en múltiples sesiones de tiempo limitado enfocadas en los aspectos cognitivos, y en los riesgos afectivos y ambientales del uso de sustancias psicoactivas; en conjunto con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para ayudar al individuo a lograr y mantener la abstinencia o la reducción del daño (Magill et al., 2019).

Además, dado que esta población mantiene un comportamiento determinado, Chertok (2009) menciona que es necesario identificar la respuesta emocional, es decir, la experiencia de ira ante una frustración, y la expresión de dicha emoción en forma violenta o inadecuada; ofreciendo dos niveles de intervención desde el enfoque cognitivo conductual: (a) identificación de ideas erróneas y reestructuración cognitiva apuntando a expectativas más realistas; (b) expresión alternativa de conductas agresivas mediante ensayos reales e imaginarios.

Algunas de las técnicas de éxito en la reducción de la agresividad son: (a) entrenamiento en control de la ira; (b) entrenamiento en autoinstrucciones; (c) entrenamiento en autocontrol; (d) entrenamiento en solución de problemas sociales; (e) entrenamiento en habilidades sociales; (f) terapia de pares o iguales (González-Brignardello & Carrasco, 2006).

Entrenamiento en control de la ira: Este método consiste en realizar un reencuadre

cognitivo, usando fotografías, modelos de conducta adaptativos, y también el role-playing para entrenarse a través de la exposición de situaciones que estimulen el apareamiento de la ira, influyendo en un mejor manejo de la frustración frente a situaciones problemáticas, por lo que también se ejecutan técnicas de relajación (Lee & DiGiuseppe, 2018).

El juego de roles o role playing es una técnica muy útil que puede dar vida a situaciones abstractas, especialmente aquellas que estimulan la aparición de ira y agresividad. Al utilizar esta técnica, se impulsa al sujeto a interpretar el papel del otro y enfocarse en detalles significativos que de otro modo podría ignorar, lo que le ayuda a ver otros puntos de vista y a identificar las diferencias entre el concepto y la realidad durante el acto agresivo; esto permite una mayor comprensión y análisis de sus emociones y comportamientos, lo que puede ser beneficioso en el proceso terapéutico para abordar y gestionar adecuadamente la ira y la agresividad (Clawson & Haskins, 2006).

Entrenamiento en autoinstrucciones: Consiste en sustituir las conductas desadaptativas (en este caso agresivas), por autoinstrucciones más positivas y adaptativas que mejoren el control y regulen la propia conducta (Chandra et al., 2019).

El objetivo de las autoinstrucciones positivas es mejorar el lenguaje interno y conseguir suplantar las ideas negativas por pensamientos que refuercen la autoestima y ayuden a afrontar una situación problemática a través del autocontrol (Medina, 2013). Por ejemplo, en lugar de: “Yo no puedo”, “Seguro seré agresivo de nuevo”, “Por culpa de ellos voy a enojarme”; puede ser: “Puedo hacerlo y va a salir bien”, “Tengo el control de mi agresividad”, “Respira, no puedo adelantarme a algo que aún no sucede”.

Entrenamiento en autocontrol: El objetivo de esta intervención es conseguir que el sujeto autorregule sus conductas desadaptativas desde una toma autónoma de conciencia, además de aplicar autoinstrucciones, estímulos de autorreforzamiento y estrategias de activación fisiológica como técnicas de respiración (Soto, 2020).

Entrenamiento en solución de problemas sociales: Tiene como objetivo reforzar las habilidades de resolución de problemas interpersonales, evitando el riesgo de conflicto y comportamiento agresivo; incluye estrategias específicas como centrar la atención en ciertos aspectos de las tareas o situaciones; así como formar y fortalecer el

comportamiento prosocial en respuesta a diversas situaciones (Perry et al., 2019).

Entrenamiento en habilidades sociales: Se trata de una intervención psicológica que se enfoca en el crecimiento o la potenciación de la interacción social, el rendimiento social o las capacidades interpersonales, está compuesta por un conjunto de pasos destinados a desarrollar o mejorar las habilidades para responder adecuadamente a ciertas situaciones; comenzando con la comprensión del comportamiento agresivo como resultado de la falta de habilidades de negociación en situaciones de conflicto con sus iguales (Turner et al., 2018).

El reforzamiento social, según Kelly (1988) como se citó en Ruiz et al. (2012) distingue tres mecanismos que transforman esta conducta: (a) Reforzamiento positivo de las habilidades, desde la primera infancia se aprende que cada conducta tiene consecuencias, especialmente en el área social, distinguiendo las respuestas positivas como reforzadores interpersonales; (b) El aprendizaje vicario u observacional, al observar cierta conducta en un modelo, el observador procederá a ejecutarla y a añadirla a su repertorio de habilidades sociales; (c) Retroalimentación interpersonal, es la forma en la que otra persona reacciona ante alguna conducta (si es positiva se reforzará la conducta, si es negativa se debilitará).

Terapia de pares o iguales: Consiste en mitigar las experiencias de aislamiento, para promover más ampliamente un apoyo social de larga duración, se puede hacer uso del role-playing, dando a los participantes la libertad de expresarse abiertamente acerca de sus propias creencias, ideas, percepciones, sentimientos y conductas agresivas en situaciones de ira y descontrol (Cano et al., 2022).

Considerando la importancia del control de la agresión en pacientes que abusan de sustancias, es relevante tener en cuenta la experiencia de investigadores que han observado la frecuencia de agresión y conflictos físicos entre pacientes y enfermeras en entornos clínicos, lo que genera una creciente preocupación entre las familias sobre cómo manejar este comportamiento problemático después de que los pacientes sean dados de alta (Zarshenas et al., 2017).

En este contexto, se destaca la eficacia de la psicoeducación grupal en el manejo de la agresividad utilizando el enfoque de la terapia cognitivo-conductual desarrollado por Patrick Reilly, este tratamiento se basa en una combinación de intervenciones cognitivas,

de relajación y habilidades de comunicación en un marco cognitivo conductual; por lo que, durante las sesiones, se enseñan diversas estrategias para controlar la ira, tanto en su inicio como en su persistencia, y se asignan tareas que incluyen técnicas de relajación como la respiración y la relajación muscular progresiva, así como el bloqueo del pensamiento y el desarrollo de habilidades de asertividad (Reilly & Shopshire, 2014).

Además, la familia se establece como una herramienta útil en el tratamiento de las adicciones. Su participación dentro de las intervenciones con el sujeto describe la información necesaria para saber cómo son las relaciones dentro de este núcleo, destacando los patrones de conducta familiar, reproducción de secuencias, cohesión afectiva, comunicación y apego entre sus miembros (Ramírez, 2001).

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.

Dentro del campo de la psicología, los profesionales son conscientes de la importancia del proceso metodológico de investigación, por lo que existe un constante cuestionamiento acerca de los enfoques de investigación existentes, provocando un desarrollo continuo para lograr nuevas herramientas (especialmente estadísticas); además, se ha abierto paso a nuevos temas de estudio y se ha reconocido la importancia de la interdisciplinariedad a través de la colaboración con disciplinas como la educación y la sociología, con el objetivo de ampliar el campo de estudio de la psicología (Chow, 2002).

Este estudio fusiona lo mejor de los enfoques cualitativo y cuantitativo, convirtiéndose en un estudio de enfoque mixto. Esta investigación es no experimental, de tipo transversal y de alcance descriptivo. Dentro del enfoque de investigación mixto, está la estrategia de muestreo guiada por propósito. Para obtener homogeneidad en el estudio se ha seleccionado una muestra de tipo no probabilístico-homogénea, donde los sujetos comparten características comunes, lo que los convierte en el grupo social adecuado para la recolección y análisis de la información.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los participantes de este estudio fueron: Ser psicólogo/a clínico/a; trabajar en el Centro de Rehabilitación N/N que se encuentra ubicado en la ciudad de Machala, provincia de El Oro; tener experiencia de al menos dos años con pacientes adictos a las sustancias psicoactivas. Los pacientes a evaluar tuvieron en común: edades comprendidas entre los 20-29 años; y estar recibiendo tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas en el Centro de Rehabilitación N/N.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

Las entrevistas, junto con las observaciones de campo y el análisis de documentos, son algunas de las principales formas en que los investigadores recopilan información, y junto con el espíritu de realizar investigaciones orientadas al descubrimiento, estos investigadores se convierten en los instrumentos a través de los cuales se profundiza, recopilan o generan los datos para sus estudios (Poggenpoel & Myburgh, 2003).

La instrumentación dentro de la investigación es uno de los principales desafíos para los investigadores que emplean entrevistas como método de generación de datos en sus estudios, por lo que es necesario llevar a cabo un procedimiento habitual para probar la calidad del protocolo de entrevista y para identificar posibles sesgos del investigador en la entrevista previa cita, probando que los procedimientos planificados funcionen según lo previsto (Chenail, 2009).

En esta investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, compuesta por dos preguntas dirigidas a dos profesionales del Centro de Rehabilitación N/N, las preguntas fueron: ¿Cuáles son las drogas que tienen más prevalencia en este centro?; ¿Qué técnicas utiliza para abordar la agresividad en personas que sufren adicción a diferentes tipos de sustancias psicoactivas?

También se hace uso de la observación cualitativa, que es particularmente útil para obtener información sobre un entorno determinado y el comportamiento real de los participantes. En esta investigación se observó mucha seguridad en los psicólogos participantes, especialmente porque sus respuestas estaban respaldadas desde su experiencia en el centro de rehabilitación NN; por otro lado, los participantes evaluados se mostraron un poco incómodos cuando se entregaron las hojas del inventario STAXI-2.

Además de los métodos propuestos, también pueden apoyarse en los diarios o bitácoras de campo, que permiten archivar el recuerdo de los procesos interpersonales durante la entrevista, esto con el fin de examinar los pensamientos, los sentimientos y las impresiones que surgieron durante la entrevista que podrían sesgar la recopilación y el análisis de información, pues puede ayudar a los investigadores a identificar ideas que quedaron poco claras o que podrían sesgar los resultados del estudio (Meloy, 1994).

Las investigaciones mixtas se definen por la combinación y análisis de datos cuantitativos y cualitativos recolectados a través de diversos procedimientos (integración y análisis de la información) (Oliveira, 2020). En el caso de esta investigación, los datos cuantitativos se obtuvieron mediante el uso del Inventario Estado-Rasgo de expresión de Ira (Staxi-2), utilizado para medir el estado y rasgo de la ira de los pacientes del Centro de Rehabilitación N/N.

El STAXI-2 es una herramienta compuesta por 49 preguntas, divididas en tres escalas: (a) Estado de Ira consta de tres subescalas que miden el sentimiento, la expresión verbal y la expresión física de la ira, con un total de 15 preguntas; (b) Rasgo de Ira contiene dos subescalas que evalúan el temperamento de ira y las reacciones de ira, con un total de 10 preguntas; (c) La escala de Expresión y Control de la Ira incluye cuatro subescalas que miden la expresión interna y externa, así como el control interno y externo de la ira, con un total de 24 preguntas (Miguel-Tobal et al., 2001).

Los autores indican que las opciones de respuesta son de tipo Likert, con cuatro categorías: "casi nunca", "algunas veces", "a menudo" y "casi siempre", distribuidas en tres subescalas de valoración (García-Batista et al., 2018). Los autores de este instrumento informan una correlación test-retest de 0.71 y un coeficiente alpha de Cronbach de 0.89 para la escala de Estado de Ira, 0.82 para Rasgo de Ira y 0.69 correspondiente a la escala de Expresión de Ira.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos

Las categorías que han surgido en esta investigación son:

- **Técnicas cognitivo-conductuales:** Se caracterizan por identificar patrones de pensamiento, respuestas emocionales o comportamientos desadaptativos y reemplazarlos con conductas más saludables; en el caso de la agresividad, se aprenden estrategias para reconocer y regular la expresión de la ira, la resolución de problemas y técnicas de reestructuración cognitiva.

Tema: Técnicas cognitivo-conductuales.		
Categoría	Unidad de análisis	Regla y Memo
Reestructuración cognitiva (RC)	Psic 1 “Por lo general es más eficaz que uno como psicólogo cognitivo-conductual trabaje con la reestructuración cognitiva ¿por qué?, en el adicto principalmente se le generan cambios, y para un cambio debes aplicar reestructuración cognitiva, entonces, cambiar su forma de pensar, empieza a cambiar su forma de actuar”.	<i>Regla:</i> Técnica enfocada en la reestructuración de un pensamiento desadaptativo. <i>Memo:</i> Los profesionales de la salud mental mencionan RC como la técnica

	<p>Psic 1 “Es como el alcohólico que llega a la casa, maltrata a la mujer y a los hijos, de qué sirve que deje de consumir alcohol si va a seguir llegando a la casa a maltratar a la mujer y los hijos, entonces, para enfocarse en eso sería la técnica de reestructuración cognitiva, ahí te va a decir si ha cambiado de conducta”.</p> <p>Psic 2 “En mi experiencia, la reestructuración cognitiva es una de las técnicas más buenas, más que todo en la psicoterapia individual, por lo que tienes que generar empatía, confianza”.</p>	<p>más viable para mejorar el estado cognitivo del adicto.</p>
<p>Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)</p>	<p>Psic 1 “También les trabajamos las habilidades sociales, porque la mayoría de los adictos, al menos el alcohólico suele ser agresivo, y como que no sabe otra mejor manera de actuar, son como impulsivos”.</p> <p>Psic 2 “En nuestras terapias grupales sabemos enseñarles habilidades sociales, porque muchos de ellos ya vienen aprendiendo esa hostilidad de la calle, al menos los que empezaron a consumir desde muchachos siempre estuvieron en ese ambiente, entonces hacemos que aprendan a reemplazar lo agresivo por otra cosa, por ejemplo, que aprendan a dialogar para enfrentar algún problema”.</p> <p>Psic 2 “Es útil porque entre ellos se entienden, ya identifican cómo sí y cómo no deben comportarse.</p>	<p><i>Regla:</i> Técnica aplicada a la mejora de habilidades sociales para la resolución de conflictos.</p> <p><i>Memo:</i> Se mencionan las conductas agresivas como desenvolvimiento social, convirtiéndose limitaciones para reforzar relaciones interpersonales, por lo que se generan cambios desde las terapias grupales y el modelamiento.</p>

	Encuentran modelos y actúan como creen que actuaría esa persona, a veces me cogen a mí de ejemplo, entonces los veo más observadores, como que más amistosos”.	
Role playing (RPL)	<p>Psic 1 “Los ponemos a hacer role playing para que sean conscientes de muchas de sus conductas. Cuando los ponemos en pareja invierten los papeles entonces se imitan el uno al otro y eso los ayuda más en lo social, pero cuando los ponemos a que imiten a algún familiar del otro, se les hace duro, muchos lloran porque se acuerdan como trataban a la mujer, a los hijos, a la mamá, y eso los hace llorar bastante, se arrepienten”.</p> <p>Psic 2 “Aprovechamos para aplicar el role playing, cuando están en pares porque hacemos que vivan escenarios que sabemos que han vivido antes, pero queremos que pongan en práctica lo enseñado. Sabemos poner situaciones que puedan provocar una recaída, como que les ofrezcan la droga o el alcohol, que vayan a una fiesta y crean que se puedan controlar si les ofrecen y así, todo para ver sus diferentes maneras de decir: No”.</p> <p>Psic 2 “También pasa que algunos se molestan, porque los ponemos a que revivan situaciones que los hacen enojar, entonces se confunden o se alteran porque no saben cómo reaccionar, pero lo repetimos hasta que aprendan a afrontarlo y apliquen lo que hemos trabajado”.</p>	<p><i>Regla:</i> En el role playing, los participantes asumen nuevos roles o papeles que les permiten responder a una situación específica.</p> <p><i>Memo:</i> En esta categoría los psicólogos mencionan que las reacciones durante el empleo de la técnica son variadas, desde la expresión de la tristeza o el arrepentimiento hasta la ira y confusión.</p>

- **Agresividad:** La agresividad en consumidores de sustancias psicoactivas suele deberse a que, bajo los efectos de la sustancia, la persona se siente desinhibida y su capacidad para controlar los impulsos se debilita; esto hace que comportamientos que normalmente se controlarían salgan a la luz, como la agresividad.
- **Plan terapéutico:** Se convierte en un instrumento guía que dirige las sesiones hacia una intervención enfocada en los objetivos que se desean alcanzar para mejorar la salud mental del paciente.

Tema: Plan terapéutico	
Fases	Descripción
Fase 1: Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una entrevista inicial para recopilar información sobre el historial de consumo de sustancias, antecedentes de agresividad, factores desencadenantes y cualquier otro dato relevante. • Evaluar la salud mental y emocional de la persona, incluyendo la presencia de trastornos comórbidos como trastornos del estado de ánimo o trastornos de control de impulsos. • Establecer metas terapéuticas específicas y realistas.
Fase 2-4: Desintoxicación y tratamiento de la adicción	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información y educación sobre los efectos del consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos asociados. • Explorar las motivaciones y barreras para el cambio. • Establecer un plan de desintoxicación y tratamiento de la adicción, que puede incluir terapia individual, terapia de grupo, apoyo farmacológico si es necesario y participación en programas de recuperación. • Trabajar en la identificación y manejo de los factores desencadenantes del consumo y la agresividad.
Fase 5-8: Terapia cognitivo-conductual (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona a identificar y cuestionar pensamientos distorsionados o irracionales que pueden contribuir a la agresividad. • Explorar y practicar estrategias de resolución de problemas y toma de decisiones más saludables.

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar técnicas de manejo de la ira, como la relajación muscular progresiva, la respiración profunda y la visualización. • Fomentar la comunicación asertiva y el establecimiento de límites adecuados.
Fase 9-12: Terapia de manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas de relajación, como la meditación, la atención plena y el yoga. • Identificar las fuentes de estrés y desarrollar estrategias para manejarlas de manera saludable. • Practicar la resiliencia y el autocuidado. • Explorar actividades de ocio y pasatiempos que ayuden a reducir el estrés.
Fase 13-16: Terapia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar a la familia a participar en sesiones de terapia familiar para mejorar la comunicación y resolver conflictos. • Identificar y abordar las dinámicas familiares disfuncionales que pueden contribuir a la agresividad. • Establecer límites y expectativas claras dentro de la familia. • Fomentar la empatía y la comprensión mutua.
Fase 17-20: Apoyo social y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la importancia de un sistema de apoyo sólido y conectar a la persona con recursos comunitarios, como grupos de apoyo y servicios de rehabilitación. • Proporcionar información sobre las señales de advertencia de recaída y desarrollar un plan de prevención de recaídas personalizado. • Trabajar en habilidades de resistencia a la tentación y manejo de situaciones de alto riesgo. • Brindar apoyo continuo y seguimiento para mantener la motivación y el compromiso.

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados

Los datos recolectados para esta investigación han sido analizados desde el enfoque mixto, por lo que la información perteneciente a las entrevistas será analizada a partir de una codificación abierta, donde se considera un segmento de la entrevista y se lo compara con uno nuevo para encontrar similitudes (pertenecen a la misma categoría) o diferencias (se crea una nueva categoría), dicha clasificación se rige bajo la regla establecida para cada categoría, acompañada de su memo y código.

La codificación axial relacionó las categorías y permitió integrarlas para la creación del tema: Técnicas cognitivo-conductuales. En lo que respecta a lo cuantitativo, se llevó a cabo el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la calificación del Inventario Estado-Rasgo de expresión de Ira (Staxi-2) (anexo D).

Técnicas cognitivo-conductuales

Dentro de las técnicas cognitivo-conductuales, se establecen las categorías: Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades sociales y Role playing. En lo que respecta a: Reestructuración cognitiva, implica tomar las distorsiones cognitivas y transformarlas en pensamientos adaptativos y saludables para el desenvolvimiento del sujeto, por lo que inicia por identificar las cogniciones que influyen en el desarrollo de emociones desagradables, con la finalidad de evaluarlas desde una perspectiva lógica y certera (Rice, 2015).

Los participantes mencionan lo siguiente: El **Psic 1**. “Por lo general es más eficaz que uno como psicólogo cognitivo-conductual trabaje con la reestructuración cognitiva ¿por qué?, en el adicto principalmente se le generan cambios, y para un cambio debes aplicar reestructuración cognitiva, entonces, cambiar su forma de pensar, empieza a cambiar su forma de actuar”.

Asimismo, el **Psic 1** comentó: “Es como el alcohólico que llega a la casa, maltrata a la mujer y a los hijos, de qué sirve que deje de consumir alcohol si va a seguir llegando a la casa a maltratar a la mujer y los hijos, entonces, para enfocarse en eso sería la técnica de reestructuración cognitiva, ahí te va a decir si ha cambiado de conducta”.

Por otro lado, el **Psic 2** expresó: “En mi experiencia, la reestructuración cognitiva es una de las técnicas más buenas, más que todo en la psicoterapia individual, por lo que tienes que generar empatía, confianza”.

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas más mencionadas por los psicólogos participantes, su eficacia para abordar y modificar las distorsiones cognitivas la convierte en una promotora de conductas adaptativas y deseables para un desenvolvimiento saludable del consumidor en la sociedad.

En la categoría: Entrenamiento en habilidades sociales, Turner et al. (2018) sostiene que esta técnica busca la mejora en la adaptación social del sujeto, por lo que trabaja en el desarrollo de sus habilidades para hacer frente a las situaciones que impliquen su desempeño interpersonal; en el caso de la agresividad, propone iniciar por su comprensión para la mejora de conflictos. Alterar la conducta agresiva parte desde el reforzamiento social, comprendiendo que toda conducta produce un resultado, además, el aprendizaje vicario se suma en la internalización de nuevas habilidades, junto a la retroalimentación interpersonal, que se encarga de reforzar la conducta deseable (Kelly, 1988, como se citó en Ruiz et al., 2012).

Durante la entrevista el **Psic 1** expresó: “También les trabajamos las habilidades sociales, porque la mayoría de los adictos, al menos el alcohólico suele ser agresivo, y como que no sabe otra mejor manera de actuar, son como impulsivos”. En el caso del **Psic 2** dijo: “En nuestras terapias grupales sabemos enseñarles habilidades sociales, porque muchos de ellos ya vienen aprendiendo esa hostilidad de la calle, al menos los que empezaron a consumir desde muchachos siempre estuvieron en ese ambiente, entonces hacemos que aprendan a reemplazar lo agresivo por otra cosa, por ejemplo, que aprendan a dialogar para enfrentar algún problema”.

Además, el **Psic 2** añade: “Es útil porque entre ellos se entienden, ya identifican cómo sí y cómo no deben comportarse. Encuentran modelos y actúan como creen que actuaría esa persona, a veces me cogen a mí de ejemplo, entonces los veo más observadores, como que más amistosos”.

El entrenamiento en habilidades sociales es empleado para la mejora del desempeño social a través de un cambio comportamental. El apoyo y comprensión se desarrolla

durante las sesiones en que los sujetos interactúan y aprenden a mejorar en conjunto, por lo que los cambios se vuelven evidentes y son objeto de un refuerzo positivo.

Referente a la categoría: Role playing, es una técnica que recrea escenarios diseñados para estimular respuestas en el sujeto, pues tiene que interpretar el papel de otra persona y empatizar con una nueva perspectiva, además de considerar los detalles de una situación donde el protagonista se deja llevar por la ira y no desarrolla la gestión de sus emociones, ni mejora su proceso terapéutico (Clawson & Haskins, 2006).

En la entrevista, el **Psic 1** comentó: “Los ponemos a hacer role playing para que sean conscientes de muchas de sus conductas. Cuando los ponemos en pareja invierten los papeles entonces se imitan el uno al otro y eso los ayuda más en lo social, pero cuando los ponemos a que imiten a algún familiar del otro, se les hace duro, muchos lloran porque se acuerdan como trataban a la mujer, a los hijos, a la mamá, y eso los hace llorar bastante, se arrepienten”.

Por su parte, el **Psic 2** manifestó: “Aprovechamos para aplicar el role playing, cuando están en pares porque hacemos que vivan escenarios que sabemos que han vivido antes, pero queremos que pongan en práctica lo enseñado. Sabemos poner situaciones que puedan provocar una recaída, como que les ofrezcan la droga o el alcohol, que vayan a una fiesta y crean que se puedan controlar si les ofrecen y así, todo para ver sus diferentes maneras de decir: No”.

Asimismo, el **Psic 2** dijo: “También pasa que algunos se molestan, porque los ponemos a que revivan situaciones que los hacen enojar, entonces se confunden o se alteran porque no saben cómo reaccionar, pero lo repetimos hasta que aprendan a afrontarlo y apliquen lo que hemos trabajado”.

La práctica del role playing crea varios beneficios para el sujeto, ya que se trabaja áreas fundamentales para su reintegración a la sociedad. Los escenarios que introducen desde lo familiar hasta lo social permiten al sujeto involucrarse vívidamente en su papel mediante la empatía y se ve en la obligación de responder con los recursos con los que cuenta en ese entorno.

Agresividad

En el **Caso A**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 43 en Estado, 13 en Sentimiento, 15 en Expresión física; y 15 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 95; en Temperamento un 95; en Reacción un 90; en Expresión externa un 90; en Expresión interna un 90; en Control externo un 10; en Control interno un 20; y en el Índice de expresión de la ira un 95.

En el **Caso B**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 43 en Estado, 13 en Sentimiento, 15 en Expresión física; y 15 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 85; en Temperamento un 85; en Reacción un 70; en Expresión externa un 90; en Expresión interna un 75; en Control externo un 10; en Control interno un 20; y en el Índice de expresión de la ira un 95.

En el **Caso C**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 47 en Estado, 13 en Sentimiento, 18 en Expresión física; y 16 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 95; en Temperamento un 95; en Reacción un 90; en Expresión externa un 95; en Expresión interna un 85; en Control externo un 10; en Control interno un 30; y en el Índice de expresión de la ira un 95.

En el **Caso D**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 40 en Estado, 15 en Sentimiento, 12 en Expresión física; y 13 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 85; en Temperamento un 90; en Reacción un 60; en Expresión externa un 95; en Expresión interna un 95; en Control externo un 75; en Control interno un 20; y en el Índice de expresión de la ira un 90.

En el **Caso E**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 39 en Estado, 13 en Sentimiento, 13 en Expresión física; y 12 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 90; en Temperamento un 95; en Reacción un 95; en Expresión externa un 90; en Expresión interna un 85; en Control externo un 10; en Control interno un 25; y en el Índice de expresión de la ira un 95.

En el **Caso F**, el participante presenta las siguientes puntuaciones: 32 en Estado, 16 en Sentimiento, 8 en Expresión física; y 8 en Expresión verbal. En cuanto a Rasgo, muestra un centil de 95; en Temperamento un 95; en Reacción un 70; en Expresión externa un 65; en Expresión interna un 90; en Control externo un 45; en Control interno un 95; y en el Índice de expresión de la ira un 35.

Debido a que las distribuciones de las puntuaciones de la escala Estado y sus subescalas están sesgadas en sentido positivo, no se realiza una valoración en centiles; no obstante, las escalas Rasgo e Índice de Expresión de la Ira, junto con sus subescalas, son puntuadas a través de centiles, por lo que una puntuación por encima de 75 indica sentimientos de ira que pueden interferir con un desenvolvimiento óptimo (Miguel-Tobal et al., 2001).

Se constata que en la escala Estado en los Casos A, B, D, y E tienen puntuaciones que se encuentran dentro del rango moderado (33-45), el Caso C está dentro del rango alto (46-60), y el Caso F dentro del rango bajo (16-32). En la subescala Sentimiento todos los casos están dentro del rango moderado (12-19); en Expresión Física los Casos A, B, D, y E tienen puntuaciones moderadas (10-16), el Caso C está dentro del rango alto (17-20), y el Caso F es bajo (6-9); en Expresión Verbal los Casos A, B, C, D, y E están dentro del nivel moderado (12-19), mientras que el Caso F es bajo (6-11)

En la escala Rasgo, todos los casos obtuvieron un centil superior a 75 lo que evidencia que todos los participantes experimentan ira con regularidad. En la subescala Temperamento, todos los participantes puntuaron alto, por lo que pueden ser irritables e impulsivos; en Reacción se destacaron los Casos A, C, y E con los puntajes más altos, lo que indica una sensibilidad mayor a la crítica negativa por parte de los demás.

En la subescala Expresión Externa, los Casos A, B, C, D, y E presentan puntuaciones altas que corresponden a la dirección de conductas agresivas hacia otras personas u objetos; en Expresión Interna los Casos A, C, D, E, y F presentan niveles elevados de ira que pueden ser reprimidos; en la dimensión de Control Externo todos los casos presentaron niveles bajos, lo que significa escaso manejo de la expresión de la ira; asimismo en Control Interno se observaron puntuaciones bajas en la mayoría de los casos, a excepción del Caso F que obtuvo un puntaje elevado, lo que indica que este participante ha desarrollado control interno para mitigar y disminuir su ira.

Finalmente, en el Índice de Expresión de la Ira los Casos A, B, C, D, y E muestran resultados altos, lo que apunta a que estos sujetos poseen intensos sentimientos de ira que pueden manifestarse a través de comportamientos agresivos.

Plan terapéutico

El plan terapéutico desarrollado se enfoca en la regulación de los niveles de ira y sus secuelas en las conductas de los consumidores a sustancias psicoactivas (VÉASE ANEXO A).

CONCLUSIONES

- Dentro de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas para la modificación de la conducta agresiva en consumidores a sustancias psicoactivas, se ha constatado que los psicólogos del centro de rehabilitación NN las han utilizado tanto a nivel individual como en sesiones grupales, empleando los recursos necesarios para inducir cambios comportamentales en individuos con adicciones. La reestructuración cognitiva es percibida como una de las principales técnicas para detectar y modificar los pensamientos desadaptativos por respuestas saludables, al igual que el entrenamiento en habilidades sociales y role playing, donde ambos comparten el uso de más de un participante para mejorar conductas y fomentar aspectos psicológicos que faciliten la reintegración social de estos individuos.
- Al evaluar los niveles de ira entre los participantes seleccionados del centro de rehabilitación NN, se observa que cuatro de ellos se encontraban en un estado moderado de ira, uno en un estado alto y otro en un estado bajo; sin embargo, todos mostraron niveles elevados en el rasgo de temperamento irritable. Además, de los seis casos, cinco evidenciaron una expresión abierta de su ira y presentaron un escaso control sobre la misma, destacándose solo uno de los participantes por su mayor habilidad para controlar y expresar la ira de manera reducida.
- El manejo de la ira y su expresión agresiva constituye un componente de los comportamientos de las personas adictas a sustancias psicoactivas. Reconocer los pensamientos y conductas que los afectan a ellos mismos y a los demás representa uno de los pasos fundamentales en su proceso de rehabilitación, aunque también uno de los más desafiantes. Poner en práctica lo aprendido y modificar conductas que antes eran consideradas normales puede generar cierto impacto, pero es a través de esta transformación real que se manifestarán los cambios efectivos.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al centro de rehabilitación NN la implementación de sesiones terapéuticas que involucren a familiares o personas cercanas al círculo social del paciente, esto permitirá una mayor práctica y mejora de las habilidades sociales aprendidas durante las sesiones grupales.
- Es crucial destacar la relevancia de las consecuencias generadas por la agresividad en los consumidores de sustancias psicoactivas; por lo tanto, es necesario acentuar el abordaje de los pensamientos y emociones que desencadenan conductas agresivas y reemplazarlos con otros que internalicen recursos para una expresión saludable y manejo consciente de la ira.
- Se recomienda a los organismos de salud pública ampliar las campañas de prevención a comunidades y centros educativos con mayor riesgo de consumo, además de detectar posibles casos e intervenir directamente con las personas afectadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alia-Klein, N., Gan, G., Gilam, G., Bezek, J., Bruno, A., Denson, T. F., Hendler, T., Lowe, L., Mariotti, V., Muscatello, M. R. A., Palumbo, S., Pellegrini, S., Pietrini, P., Rizzo, A., & Verona, E. (2020). The feeling of anger: from brain networks to linguistic expressions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *108*, 480-497. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.002>
- Al-Kreimeen, R. A., Alghafary, N. A., & Samawi, F. S. (2022). The Association of Emotional Blackmail and Adjustment to College Life Among Warned Female Students at Al-Balqa University Students. *Health Psychology Research*, *10*(2). <https://doi.org/10.52965/001c.34109>
- Anderson, P. D., & Bokor, G. (2012). Forensic Aspects of Drug-Induced Violence. *Journal of Pharmacy Practice*, *25*(1), 41–49. <https://doi.org/10.1177/0897190011431150>
- Ataro, G. (2020). Methods, methodological challenges and lesson learned from phenomenological study about OSCE experience: Overview of paradigm-driven qualitative approach in medical education. *Annals of Medicine and Surgery*, *49*, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.11.013>
- Balanta, M. (2021). Historical assessment of the exposure to violence of people in treatment for addiction to psychoactive substances. *PSYCHOLOGY AND EDUCATION*, *58*(5), 1553-6939. https://www.researchgate.net/publication/353889510_Historical_assessment_of_the_exposure_to_violence_of_people_in_treatment_for_addiction_to_pschoactive_substances
- Barbosa, J., Ruiz, V., y Muñoz, N. (2019). Factores de riesgo familiares asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales en adolescentes. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5516/1/DDMESPA6.pdf>
- Bechara, A., Berridge, K. C., Bickel, W. K., Morón, J. A., Williams, S. B., y Stein, J. S. (2019). A neurobehavioral approach to addiction: Implications for the opioid epidemic and the psychology of addiction. *Psychological Science in the Public*

Interest, 20(2), 96–127. <https://doi.org/10.1177/1529100619860513>

- Beckmann, L., Bergmann, M. C., Fischer, F., & Mößle, T. (2017). Risk and Protective Factors of Child-to-Parent Violence: A Comparison Between Physical and Verbal Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3–4), NP1309-1334NP. <https://doi.org/10.1177/0886260517746129>
- Benedetti, E., Colasante, E., Cerrai, S., Gerra, G., Tadonio, L., Pellegrini, P., & Molinaro, S. (2022). Violent behaviours among adolescents and young adults: Association with psychoactive substance use and parenting styles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3756. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073756>
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settapani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Birrer, D., & Morgan, G. J. (2010). Psychological skills training as a way to enhance an athlete's performance in high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 78-87. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01188.x>
- Bisconer, S. W., Green, M. G., Mallon-Czajka, J., & Johnson, J. R. (2006). Managing aggression in a psychiatric hospital using a behaviour plan: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 515-521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00973.x>
- Bhattacharya, L., Chaudari, B., Saldanha, D., & Menon, P. (2013). Cognitive behavior therapy. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*, 6(2), 132. <https://doi.org/10.4103/0975-2870.110294>
- Bocanegra, V. (2022). *Factores de riesgo psicosocial que influyen en la adicción a sustancias psicoactivas en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium - UNICATÓLICA). Repositorio Institucional - UNICATÓLICA. <http://hdl.handle.net/20.500.12237/2382>

- Boska, G. D. A., Seabra, P. R. C., Oliveira, M. a. F. D., Fernandes, I. F. D. a. L., Claro, H. G., & Sequeira, R. M. R. (2021). Consequences of psychoactive substance use: a comparative study of two services in Brazil and Portugal. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0138>
- Brem, M. J., Florimbio, A. R., Elmquist, J., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2018). Antisocial traits, distress tolerance, and alcohol problems as predictors of intimate partner violence in men arrested for domestic violence. *Psychology of Violence*, 8(1), 132–139. <https://doi.org/10.1037/vio0000088>
- Bueno, V. (2021). Consumo de alcohol violencia en contra de la mujer en la emergencia sanitaria de la COVID-19. *Retos de la Ciencia*, 5(11), 25-35. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.03>
- Callejas-Callejas, A., & Sánchez-Jiménez, M. H. (2020). Conflictos y cambios familiares: significados asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(2), 1-22. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.18212>
- Cano, I., Simó, S., & Prat, G. (2022). Peer Interventions in Severe Mental Illnesses: A Systematic Review and its Relation to Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1–38. <https://doi.org/10.1080/0164212x.2022.2085645>
- Caravaca, F., García-Jarillo, M., Sánchez-Alcaraz Martínez, C., y Luna Maldonado, A. (2014). Estudio del Consumo de sustancias Psicoactivas y conflictividad familiar en sujetos condenados por delitos de violencia de género. *Cuadernos De Medicina Forense*, 20(2-3), 92–98. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062014000200004>
- Carrasco, M., & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos [Theoretical issues on aggression: concept and models]. *Acción Psicológica*, 4(2), 7–38. <https://doi.org/10.5944/ap.4.2.478>
- Castaño, J. J., y Páez, M. L. (2019). Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet ya sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 177-206. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.378.2>

- Chao, R. (2015). *Counseling psychology: An integrated positive psychological approach*. John Wiley & Sons. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JzH-CAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Chao,+R.+C.+L.+\(2015\).+Counseling+psychology:+An+integrated+positive+psychological+approach&ots=FM04VLkrQb&sig=ZIic5xsIO86Fj1N8HEzcAAATLrU#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JzH-CAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Chao,+R.+C.+L.+(2015).+Counseling+psychology:+An+integrated+positive+psychological+approach&ots=FM04VLkrQb&sig=ZIic5xsIO86Fj1N8HEzcAAATLrU#v=onepage&q&f=false)
- Chenail, R. J. (2009). Interviewing the Investigator: Strategies for Addressing Instrumentation and Researcher Bias Concerns in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 13(4), 14-21. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2009.2821>
- Chertok, A. (2009). Desarrollo y Tratamiento de los Comportamientos Agresivos Enfoque cognitivo–conductual. *Trabajo presentado en la Sociedad de Psiquiatría de Uruguay, Uruguay*. <http://www.google.com.uy/url>
- Chiappini, S., Mosca, A., Miuli, A., Santovito, M. R., Orsolini, L., Corkery, J., Guirguis, A., Pettorusso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Schifano, F. (2021). New Psychoactive Substances and Suicidality: A Systematic Review of the Current Literature. *Medicina-Lithuania*, 57(6), 580. <https://doi.org/10.3390/medicina57060580>
- Chow, S. (2002). Methods in psychological research. *Encyclopedia of Life Support Systems*. <https://core.ac.uk/download/pdf/85328.pdf>
- Clawson, J., & Haskins, M. (2006). Role-playing. *Teaching Management*, 141–153. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511617850.010>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/CRESWELLQualitative-Inquiry-and-Research-Design-Creswell.pdf>
- Deza, S. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen Violencia. *Avances En Psicología*, 21(1), 35–46. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.304>
- Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A., & McKee, S. A. (2018).

- Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249. <https://doi.org/10.1037/vio0000106>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2011). The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Problem Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.04.004>
- Espada, J. P., Román, C. J. V. H., & Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(7) 217-232. https://www.researchgate.net/publication/290264359_In_vivo_exposure_and_cognitive-behavioral_techniques_in_a_case_of_panic_attacks_with_agoraphobia
- Frazier, S., & Vela, J. E. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.001>
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. G. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXVI, 49–56. https://www.researchgate.net/profile/Cristian-Garay-5/publication/281519109_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_MBCT_and_the_'Third_Wave'_of_Cognitive-Bahavioral_Therapies_CBT/links/55fb1bad08aec948c4afaa69/Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy-MBCT-and-the-Third-Wave-of-Cognitive-Bahavioral-Therapies-CBT.pdf
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., Flores-Kanter, P. E., & Medrano, L. A. (2018). Evidencias de validez y fiabilidad de las Puntuaciones del STAXI-2 para población general y hospitalaria: Estudio con una muestra de adultos de República Dominicana. *Suma Psicológica*, 25(1), 21–29. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n1.3>
- González-Brignardello, M. P., & Carrasco, M. A. (2006). Intervención Psicológica en agresión: Técnicas, programas y prevención [psychological intervention on

- aggression: Techniques, programmes and intervention]. *Acción Psicológica*, 4(2).
<https://doi.org/10.5944/ap.4.2.481>
- Hilte, M. (2019). Psychoactive drugs and the management of Time. *Sociologisk Forskning*, 56(2), 111–124. <https://doi.org/10.37062/sf.56.19750>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIH). (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción* (Vols. 20-DA-5605). Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 7120. <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>
- Juárez, F., Galindo, B., y Santos, Y. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud*, 20(1), 41–53.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/616>
- Knezevic, V., Ratkovic, D., Vejnovic, A., Ivanovic-Kovacevic, S., Milatovic, J., & Knezevic, J. (2019). The association between psychoactive substance use and violence. *Medical Review*, 72(11–12), 363–366.
<https://doi.org/10.2298/mpns1912363k>
- Lázaro, S. M. (2019). *Desarrollo de habilidades sociales y de trabajo en equipo en el contexto universitario: aprendizaje cooperativo y entrenamiento en habilidades sociales* (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=246089>
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology*, 19, 65–74.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.004>
- Legas, G., Belete, H., y Asnakew, S. (2022). Prevalence and determinants of aggressive behavior among adults with problematic substance use in northwest Ethiopia: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888->

- Liakoni, E., Gartwyl, F., Ricklin, M., Exadaktylos, A. K., & Krähenbühl, S. (2018). Psychoactive substances and violent offences: A retrospective analysis of presentations to an urban emergency department in Switzerland. *PLOS ONE*, *13*(3), e0195234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195234>
- Lopes, G. M., Nobrega, B. A., Del Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *35*(suppl 1), S51–S61. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-s105>
- Lu, H., Xie, C., Lian, P., Yu, C., & Xie, Y. (2021). Psychosocial Factors Predict the Level of Aggression of People with Drug Addiction: A Machine Learning Approach. *Psychology, Health & Medicine*, *27*(5), 1168–1175. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1910321>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Mauri, M. C., Ciriigliaro, G., Piccoli, E., Vismara, M., De Carlo, V., Girone, N., & Dell’Osso, B. (2022). Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00842-w>
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *13*(3), 51-66. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J137v13n03_04
- Medina Guerra, M. C. (2013). Aprendizaje en autoinstrucciones. *Jameos: publicación del*

CEP de Lanzarote. <http://hdl.handle.net/11162/171231>

- Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., & Próspero García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 6-16. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000100006&script=sci_arttext
- Mendoza, Y. L., y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7581>
- Meloy, J. M. (1994). *Writing the qualitative dissertation: Understanding by doing*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Can-Vindel, A. & Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. TEA Ediciones. https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STAXI-2_extracto-web.pdf
- Mohammadi, M., Farhoudian, A., Shoaee, F., Younesi, S., & Dolatshahi, B. (2015). Aggression in Juvenile Delinquents and Mental Rehabilitation Group Therapy Based on Acceptance and Commitment. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2), 5–9. https://www.researchgate.net/publication/322726389_Aggression_in_Juvenile_Delinquents_and_Mental_Rehabilitation_Group_Therapy_Based_on_Acceptance_and_Commitment
- Moore, B. C., Easton, C. J., & McMahon, T. J. (2011b). Drug abuse and intimate partner violence: A comparative study of opioid-dependent fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 218–227. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01091.x>
- Moore, T., Stuart, G., Meehan, J., Rhatigan, D., Hellmuth, J., & Keen, S. (2008a). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247–274. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.003>

- Moscoso, L., y Díaz, L. (2017). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(34-1), 51-67. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2955>
- Morse, J. M. (2010). How different is qualitative health research from qualitative research? do we have a subdiscipline? *Qualitative Health Research*, 20(11), 1459–1464. <https://doi.org/10.1177/1049732310379116>
- North Bristol. *The Pain Management Programme: Diaphragmatic Breathing*. (2016). Pain Management Centre North Bristol NHS Trust. <https://www.nbt.nhs.uk/sites/default/files/attachments/Diaphragmatic%20Breathing.pdf>
- Nwabuzor, I., Keeney, A. J., & Villodas, M. T. (2019). The role of co-occurring intimate partner violence, alcohol use, drug use, and depressive symptoms on disciplinary practices of mothers involved with child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 90, 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.002>
- Oliveira, J. L. C. (2020). Integración de datos en investigación de métodos mixtos: desafío y oportunidad para la enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0002-0003>
- Ost, L.-G., & Skaret, E. (2013). *Cognitive behaviour therapy for dental phobia and anxiety*. Wiley-Blackwell. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118499825>
- Otero, A. O. (2018). Enfoques de investigación. *Métodos para el diseño urbano—Arquitectónico*, 1. https://www.researchgate.net/profile/Alfredo-Otero-Ortega/publication/326905435_ENFOQUES_DE_INVESTIGACION/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUES-DE-INVESTIGACION.pdf
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 247-251. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n3/1688-0390-rmu-36-03-247.pdf>

- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 26(suppl 1), 14–17. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462004000500005>
- Pelloux, Y., Giorla, E., Montanari, C., y Baunez, C. (2019). Social modulation of drug use and drug addiction. *Neuropharmacology*, 159, 107545. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.02.027>
- Perry, A., Waterman, M., House, A., & Greenhalgh, J. (2019). Implementation of a problem-solving training initiative to reduce self-harm in prisons: a qualitative perspective of prison staff, field researchers and prisoners at risk of self-harm. *Health & Justice*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40352-019-0094-9>
- Pichini, S., Di Trana, A., Torrens, M., Scherbaum, N., & Zaami, S. (2020). Editorial: New Trends of Substance Abuse: Looking for New Psychotropic Effects of Chem Sex Drugs, Cognitive Enhancers, and New Psychoactive Substances. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.612192>
- Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2003). The Researcher as Research Instrument in Educational Research: A Possible Threat to Trustworthiness? (A: Research_instrument). *Education*, 3-13, 124(2), 418. <https://www.questia.com/library/journal/1G1-112480018/the-researcher-as-research-instrument-in-educational>
- Ramírez, M. A. (2001). Terapia familiar y adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de Psicología*, 2(01), 1-10. <https://doi.org/10.33670/18181023.v2i01.9>
- Ramos-Galarza, C. A. (2020). Alcances de una Investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Reilly, P. M., & Shopshire, M. S. (2014). Anger Management for Substance Abuse and Mental Health Clients: A Cognitive Behavioral Therapy Manual. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 10(1-2), 199-238. https://www.researchgate.net/publication/277719312_Anger_management_for_s

ubstance_abuse_and_mental_health_clients_A_cognitive_behavioral_therapy_m
anual_DHHS_Pub_No_SMA_02-3661

- Reyes-Ruíz, L., Carmona Alvarado, F. A., Méndez Morón, S. M., Morales Márquez, J. M., Morrón Gómez, C., y Pérez Castro, C. P. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios entre los 16 y 24 años. *Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud*, 4, 34–43. <https://doi.org/10.23850/25393871.2876>
- Rice, R. (2015). Cognitive-behavioral therapy. *The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy*, (1), 194–199. <https://doi.org/10.4135/9781483346502.n77>
- Ruiz, M. Á. F., Díaz, M. I. G., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sheth H. (2005). Common problems in psychosocial rehabilitation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 10, 53–60. https://www.researchgate.net/publication/274854888_Common_Problems_in_Psychosocial_Rehabilitation
- Shima, C., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2022). Associations of aggression and use of caffeine, alcohol and nicotine in healthy and aggressive individuals. *Journal of Psychiatric Research*, 146, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.015>
- Simão, A. M. V., Antunes, M., Cabral, E., Oliveira, P., Rosendo, L. N., Brinca, A., Alves, E., Marques, H., Rosado, T., Passarinha, L. A., Andraus, M. H., Barroso, M., & Gallardo, E. (2022). An Update on the Implications of New Psychoactive Substances in Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4869. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084869>
- Sim, M., Wain, T., & Khong, E. (2011). Aggressive behaviour - prevention and management in the general practice environment. *PubMed*, 40(11), 866-872. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22059214>

- Sosa-Arteaga, F. J. (2021). Tratamiento de tricotilomanía desde un enfoque cognitivo conductual. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, 4(8 Ed. esp.), 237–250. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0051>
- Soto, J. M. (2020). Autoeficacia percibida de las técnicas de autocontrol en el entrenamiento policial. *Cuadernos De La Guardia Civil: Revista De Seguridad Pública*, 61, 203–223. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7606528>
- Talavera, J. (2016). Bienestar espiritual y agresividad en internos con adicciones a sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Lima, Perú. *Informes Psicológicos*, 16(2), 69–86. <https://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a05>
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., Van Der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475–491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>
- Van Der Geest, S. (2006). Participeren in ziekte en zorg: meer over kwalitatief onderzoek. *Huisarts En Wetenschap*, 49(4), 283–287. <https://doi.org/10.1007/bf03084704>
- Vázquez-Colunga, J. C., Ángel-González, M., Colunga-Rodríguez, C., Colunga-Rodríguez, B. A., Pedroza-Cabrera, F. J., & Vazquez-Juarez, C. L. (2020). School violence and substance use in middle school Mexican students. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(3), e930. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i3.930>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista De Neuro-psiquiatría*, 79(1), 42. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767>
- Wang, G. Y., & Crook-Rumsey, M. (2021). Aggression in substance use treatment seekers. *Personality and Individual Differences*, 180, 110997.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110997>

- Warburton, W., & Anderson, C. A. (2015). Aggression, Social Psychology of. In *Elsevier eBooks* (pp. 373–380). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.24002-6>
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- Wenzel, A., Dobson, K. S., & Hays, P. A. (2016). Introduction. In A. Wenzel, K. S. Dobson, & P. A. Hays, *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies* (3–14). <https://doi.org/10.1037/14936-001>
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, *11*(4), 522–537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>
- Zarshenas, L., Baneshi, M., Sharif, F., & Sarani, E. M. (2017). Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study. *BMC Psychiatry*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1511-z>

ANEXOS

ANEXO A

El plan terapéutico para disminuir la agresividad, en personas consumidoras de sustancias psicoactivas

El objetivo principal	Ayudar a la persona a desarrollar estrategias saludables para manejar su agresividad y prevenir la violencia, al mismo tiempo que se aborda el problema subyacente del consumo de sustancias.
Los objetivos específicos	
1. Reducción de la agresividad:	Ayudar a la persona a identificar las causas de su agresividad y desarrollar estrategias para controlarla de manera efectiva. Esto puede incluir técnicas de manejo de la ira, habilidades de comunicación asertiva, resolución de conflictos y establecimiento de límites adecuados.
2. Abstinencia de sustancias:	Apoyar a la persona en el proceso de desintoxicación y tratamiento de la adicción, ayudándola a mantener la abstinencia de sustancias psicoactivas. Esto implica trabajar en la identificación y manejo de los factores desencadenantes del consumo y en el desarrollo de habilidades de resistencia a la tentación.
3. Mejora de la salud mental y emocional:	Abordar cualquier trastorno comórbido o síntomas de salud mental que puedan contribuir a la agresividad, como trastornos del estado de ánimo, trastornos de control de impulsos o trauma. Esto implica proporcionar apoyo terapéutico y, si es necesario, medicación adecuada.
4. Mejora de las relaciones interpersonales:	Trabajar en la mejora de las habilidades de comunicación y en el establecimiento de relaciones saludables y satisfactorias. Esto puede incluir la participación de la familia en

	el proceso terapéutico y el desarrollo de estrategias para resolver conflictos y establecer límites adecuados.
5. Prevención de recaídas:	Proporcionar educación y apoyo continuo para prevenir recaídas en el consumo de sustancias y en la agresividad. Esto implica identificar las señales de advertencia de recaída, desarrollar un plan de prevención de recaídas personalizado y fomentar el autocuidado y el apoyo social.
Componentes del tratamiento:	
1. Evaluación completa:	Es importante llevar a cabo una evaluación exhaustiva para comprender el perfil individual de la persona, incluyendo su historial de consumo de sustancias, factores desencadenantes de agresividad, antecedentes de violencia, salud mental y emocional, y cualquier otra información relevante.
2. Desintoxicación y tratamiento de la adicción:	La primera etapa del plan terapéutico puede ser ayudar a la persona a dejar de consumir sustancias psicoactivas a través de un programa de desintoxicación y tratamiento de la adicción. Esto puede incluir terapia individual, terapia de grupo, apoyo farmacológico si es necesario, y la participación en programas de recuperación como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.
3. Terapia cognitivo-conductual (TCC):	La terapia cognitivo-conductual es un enfoque terapéutico eficaz para abordar la agresividad. Puede ayudar a la persona a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento destructivos, aprender habilidades de manejo de la ira y resolver conflictos de manera más saludable.
4. Terapia de manejo del estrés:	La agresividad a menudo está relacionada con altos niveles de estrés. La terapia de manejo del estrés puede enseñar a la persona técnicas de relajación, respiración profunda, meditación y otras estrategias para reducir el estrés y controlar la ira.

5. Terapia familiar:	La participación de la familia en el proceso terapéutico puede ser crucial para abordar la agresividad. La terapia familiar puede ayudar a mejorar la comunicación, resolver conflictos y fortalecer los lazos familiares.
6. Apoyo social:	Es importante que la persona consumidora de sustancias psicoactivas tenga un sistema de apoyo sólido. Esto puede incluir la participación en grupos de apoyo, la búsqueda de amigos y familiares que brinden apoyo positivo, y la conexión con recursos comunitarios, como centros de rehabilitación y servicios de salud mental.
7. Educación y prevención de recaídas:	Proporcionar información sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas y cómo prevenir recaídas puede ser fundamental en el plan terapéutico. Esto puede incluir educación sobre los efectos de las drogas, habilidades para resistir la tentación y estrategias para mantener la sobriedad a largo plazo.

Tema: Plan terapéutico	
Categoría	Descripción
Fase 1: Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una entrevista inicial para recopilar información sobre el historial de consumo de sustancias, antecedentes de agresividad, factores desencadenantes y cualquier otro dato relevante. • Evaluar la salud mental y emocional de la persona, incluyendo la presencia de trastornos comórbidos como trastornos del estado de ánimo o trastornos de control de impulsos. • Establecer metas terapéuticas específicas y realistas.
Fase 2-4: Desintoxicación y tratamiento de la adicción	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información y educación sobre los efectos del consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos asociados. • Explorar las motivaciones y barreras para el cambio. • Establecer un plan de desintoxicación y tratamiento de la adicción, que puede incluir terapia individual, terapia de grupo, apoyo farmacológico si es necesario y participación en programas de recuperación.

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la identificación y manejo de los factores desencadenantes del consumo y la agresividad.
Fase 5-8: Terapia cognitivo-conductual (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona a identificar y cuestionar pensamientos distorsionados o irracionales que pueden contribuir a la agresividad. • Explorar y practicar estrategias de resolución de problemas y toma de decisiones más saludables. • Implementar técnicas de manejo de la ira, como la relajación muscular progresiva, la respiración profunda y la visualización. • Fomentar la comunicación asertiva y el establecimiento de límites adecuados.
Fase 9-12: Terapia de manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas de relajación, como la meditación, la atención plena y el yoga. • Identificar las fuentes de estrés y desarrollar estrategias para manejarlas de manera saludable. • Practicar la resiliencia y el autocuidado. • Explorar actividades de ocio y pasatiempos que ayuden a reducir el estrés.
Fase 13-16: Terapia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Invitar a la familia a participar en sesiones de terapia familiar para mejorar la comunicación y resolver conflictos. • Identificar y abordar las dinámicas familiares disfuncionales que pueden contribuir a la agresividad. • Establecer límites y expectativas claras dentro de la familia. • Fomentar la empatía y la comprensión mutua.
Fase 17-20: Apoyo social y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la importancia de un sistema de apoyo sólido y conectar a la persona con recursos comunitarios, como grupos de apoyo y servicios de rehabilitación. • Proporcionar información sobre las señales de advertencia de recaída y desarrollar un plan de prevención de recaídas personalizado. • Trabajar en habilidades de resistencia a la tentación y manejo de situaciones de alto riesgo. • Brindar apoyo continuo y seguimiento para mantener la motivación y el compromiso.

ANEXO B



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



PSICOLOGÍA CLÍNICA

Calidad, Pertinencia y Calidez

Consentimiento Informado

Tema de Investigación: Técnicas cognitivas conductuales para modificar conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas

Objetivo de la Investigación: Identificar las técnicas cognitivo-conductuales para la modificación de las conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas.

Objetivo del Consentimiento Informado: Obtener el permiso correspondiente para realizar el estudio en personas adictas a sustancias psicoactivas.

De nuestra consideración:

Las señoritas Coronel Huanga Marcia Daniela a, con número de cédula 0107125080 y Orellana Guaman Itaty Paulette, con número de cédula 0750184731, estudiantes de la Universidad Técnica de Machala de la Facultad de Ciencias Sociales, quienes cursan el noveno semestre de Psicología Clínica, por medio del presente se da a conocer los siguientes puntos:

- a** La participación es estrictamente voluntaria y confidencial.
- b.** La obtención de la información mediante test Staxi-2 y estas serán utilizados con fines académicos.

Por su parte

Yo. _____ con número de cédula _____
entiendo y estoy de acuerdo con los puntos manifestados anteriormente, manifiesto mi colaboración voluntaria y activa durante todo el proceso de la entrevista profunda. Así mismo conozco que la información será utilizada académicamente lo que no implica un riesgo inminente.

Fecha: ___/___/ 2023

Firma del Participante

ANEXO C



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

Calidad, Pertinencia y Calidez



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tema de investigación: Técnicas cognitivas conductuales para modificar conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas

Objetivo de investigación: Identificar las técnicas cognitivo-conductuales para la modificación de las conductas agresivas en consumidores de sustancias psicoactivas.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estrategias eficaces para disminuir la agresión psicológica

1. ¿Cuáles son las drogas que tienen más prevalencia en este centro?
2. ¿Qué técnicas utiliza para abordar la agresividad en personas que sufren adicción a diferentes tipos de sustancias psicoactivas?

ANEXO D

Parte 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A NO, EN ABSOLUTO **B** ALGO **C** MODERADAMENTE **D** MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1	Estoy furioso	A B C D
2	Me siento irritado	A B C D
3	Me siento enfadado	A B C D
4	Le pegaría a alguien	A B C D
5	Estoy quemado	A B C D
6	Me gustaría decir tacos	A B C D
7	Estoy cabreado	A B C D
8	Daría puñetazos a la pared	A B C D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A B C D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A B C D
11	Quiero romper algo	A B C D
12	Me dan ganas de gritar	A B C D
13	Le tiraría algo a alguien	A B C D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A B C D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A B C D

NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO

Parte 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A CASI NUNCA **B** ALGUNAS VECES **C** A MENUDO **D** CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

16	Me caliento rápidamente	A B C D
17	Tengo un carácter irritable	A B C D
18	Soy una persona exaltada	A B C D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A B C D
20	Tiendo a perder los estribos	A B C D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A B C D
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A B C D
23	Me cabreo con facilidad	A B C D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A B C D
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	A B C D

NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO

Parte 3

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A CASI NUNCA

B ALGUNAS VECES

C A MENUDO

D CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

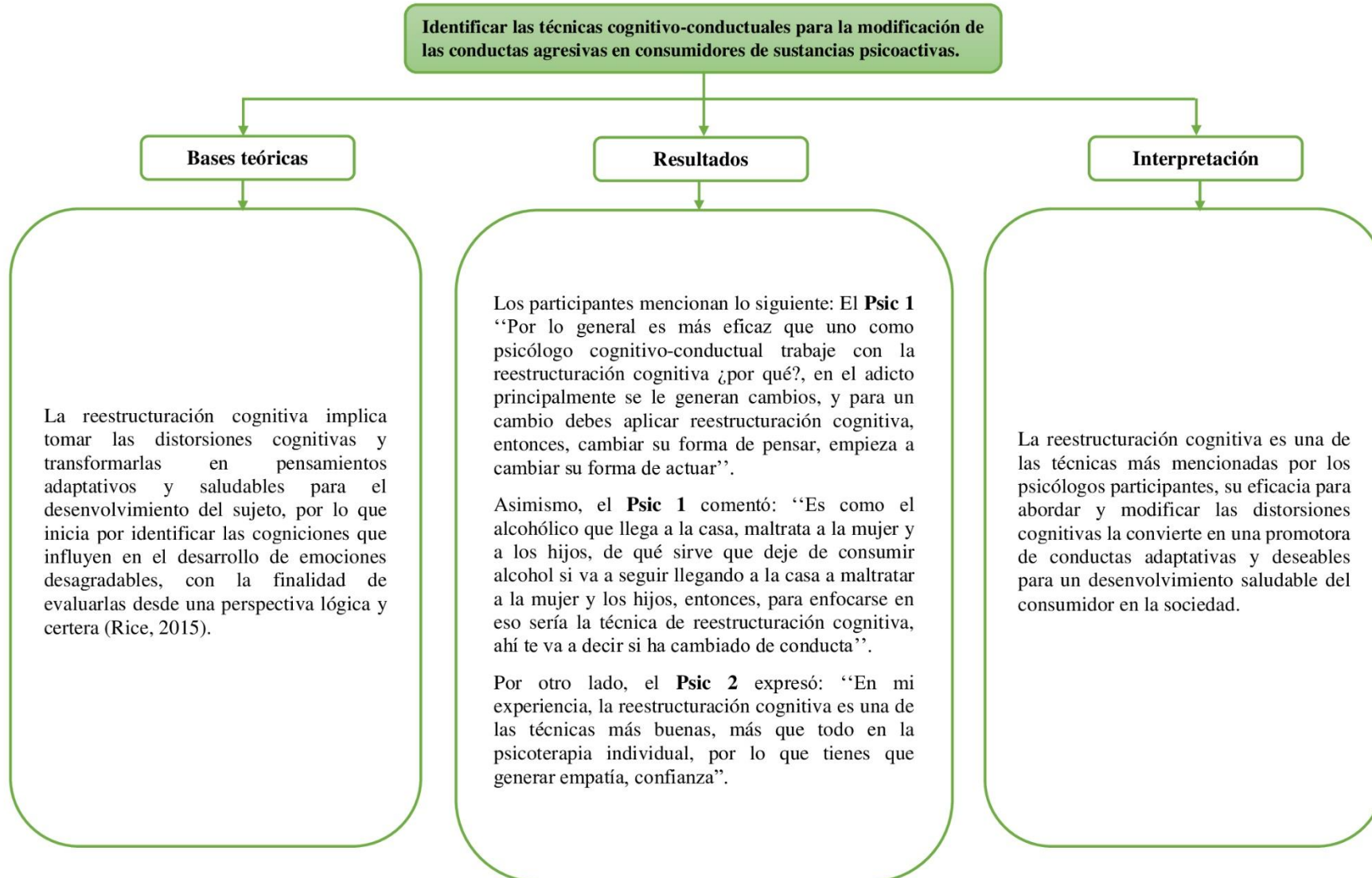
26. Controlo mi temperamento A B C D
27. Expreso mi ira A B C D
28. Me guardo para mí lo que siento A B C D
29. Hago comentarios irónicos de los demás A B C D
30. Mantengo la calma A B C D
31. Hago cosas como dar portazos A B C D
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro A B C D
33. Controlo mi comportamiento A B C D
34. Discuto con los demás A B C D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie A B C D
36. Puedo controlarme y no perder los estribos A B C D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir A B C D
38. Digo barbaridades A B C D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree A B C D
40. Pierdo la paciencia A B C D
41. Controlo mis sentimientos de enfado A B C D
42. Rehuyo encaramme con aquello que me enfada A B C D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira A B C D
44. Respiro profundamente y me relajo A B C D
45. Hago cosas como contar hasta diez A B C D
46. Trato de relajarme A B C D
47. Hago algo sosegado para calmarme A B C D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado A B C D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme A B C D

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

ANEXO E

Tema: Técnicas cognitivo-conductuales



En el entrenamiento en habilidades sociales, Turner et al. (2018) sostiene que esta técnica busca la mejora en la adaptación social del sujeto, por lo que trabaja en el desarrollo de sus habilidades para hacer frente a las situaciones que impliquen su desempeño interpersonal; en el caso de la agresividad, propone iniciar por su comprensión para la mejora de conflictos. Alterar la conducta agresiva parte desde el reforzamiento social, comprendiendo que toda conducta produce un resultado, además, el aprendizaje vicario se suma en la internalización de nuevas habilidades, junto a la retroalimentación interpersonal, que se encarga de reforzar la conducta deseable (Kelly, 1988, como se citó en Ruiz et al., 2012).

Durante la entrevista el **Psic 1** expresó: “También les trabajamos las habilidades sociales, porque la mayoría de los adictos, al menos el alcohólico suele ser agresivo, y como que no sabe otra mejor manera de actuar, son como impulsivos”. En el caso del **Psic 2** dijo: “En nuestras terapias grupales sabemos enseñarles habilidades sociales, porque muchos de ellos ya vienen aprendiendo esa hostilidad de la calle, al menos los que empezaron a consumir desde muchachos siempre estuvieron en ese ambiente, entonces hacemos que aprendan a reemplazar lo agresivo por otra cosa, por ejemplo, que aprendan a dialogar para enfrentar algún problema”.

Además, el **Psic 2** añade: “Es útil porque entre ellos se entienden, ya identifican cómo sí y cómo no deben comportarse. Encuentran modelos y actúan como creen que actuaría esa persona, a veces me cogen a mí de ejemplo, entonces los veo más observadores, como que más amistosos”.

El entrenamiento en habilidades sociales es empleado para la mejora del desempeño social a través de un cambio comportamental. El apoyo y comprensión se desarrolla durante las sesiones en que los sujetos interactúan y aprenden a mejorar en conjunto, por lo que los cambios se vuelven evidentes y son objeto de un refuerzo positivo.

El role playing es una técnica que recrea escenarios diseñados para estimular respuestas en el sujeto, pues tiene que interpretar el papel de otra persona y empatizar con una nueva perspectiva, además de considerar los detalles de una situación donde el protagonista se deja llevar por la ira y no desarrolla la gestión de sus emociones, ni mejora su proceso terapéutico (Clawson & Haskins, 2006).

En la entrevista, el **Psic 1** comentó: “Los ponemos a hacer role playing para que sean conscientes de muchas de sus conductas. Cuando los ponemos en pareja invierten los papeles entonces se imitan el uno al otro y eso los ayuda más en lo social, pero cuando los ponemos a que imiten a algún familiar del otro, se les hace duro, muchos lloran porque se acuerdan como trataban a la mujer, a los hijos, a la mamá, y eso los hace llorar bastante, se arrepienten”.

Por su parte, el **Psic 2** manifestó: “Aprovechamos para aplicar el role playing, cuando están en pares porque hacemos que vivan escenarios que sabemos que han vivido antes, pero queremos que pongan en práctica lo enseñado. Sabemos poner situaciones que puedan provocar una recaída, como que les ofrezcan la droga o el alcohol, que vayan a una fiesta y crean que se puedan controlar si les ofrecen y así, todo para ver sus diferentes maneras de decir: No”.

Asimismo, el **Psic 2** dijo: “También pasa que algunos se molestan, porque los ponemos a que revivan situaciones que los hacen enojar, entonces se confunden o se alteran porque no saben cómo reaccionar, pero lo repetimos hasta que aprendan a afrontarlo y apliquen lo que hemos trabajado”.

La práctica del role playing crea varios beneficios para el sujeto, ya que se trabaja áreas fundamentales para su reintegración a la sociedad. Los escenarios que introducen desde lo familiar hasta lo social permiten al sujeto involucrarse vívidamente en su papel mediante la empatía y se ve en la obligación de responder con los recursos con los que cuenta en ese entorno.