



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE  
REHABILITACIÓN POR EL CONSUMO DE COCAINA

OROZCO PINTA MICHELLE MADELAYNE

MACHALA  
2016



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE  
REHABILITACIÓN POR EL CONSUMO DE COCAINA

OROZCO PINTA MICHELLE MADELAYNE

MACHALA  
2016



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO DE TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN  
POR EL CONSUMO DE COCAINA

OROZCO PINTA MICHELLE MADELAYNE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

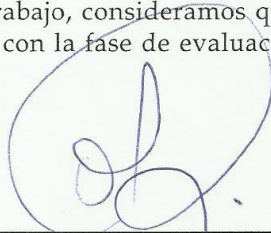
SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

Machala, 12 de octubre de 2016

MACHALA  
2016

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben SERRANO POLO OSCAR RODOLFO, SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES, ZAMBRANO CEDEÑO ELECTRA AUXILIADORA y CARRION MACAS MARLON ESTUARDO, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN POR EL CONSUMO DE COCAINA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

SERRANO POLO OSCAR RODOLFO  
0701356552  
TUTOR



---

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES  
0300838992  
ESPECIALISTA 1



---

ZAMBRANO CEDEÑO ELECTRA AUXILIADORA  
0702021551  
ESPECIALISTA 2



---

CARRION MACAS MARLON ESTUARDO  
0703253039  
ESPECIALISTA 3

Machala, 12 de octubre de 2016

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE RECUPERACION POR ADICCION A LA COCAINA - Mich.docx (D21520633)  
**Submitted:** 2016-08-28 01:37:00  
**Submitted By:** michellepinta@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

Sources included in the report:

[http://www.juconicomparte.org/recursos/17510206\\_mmz3.pdf](http://www.juconicomparte.org/recursos/17510206_mmz3.pdf)

Instances where selected sources appear:

1

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

El que suscribe, OROZCO PINTA MICHELLE MADELAYNE, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN POR EL CONSUMO DE COCAINA, otorga 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 tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara 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.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume 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.

Machala, 12 de octubre de 2016



OROZCO PINTA MICHELLE MADELAYNE  
0703763755

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi madre Francisca Cacao que ha sido mi fuente de fortaleza en todos estos años debido a su apoyo incondicional con su dulzura y su rigidez en encaminarme. También va dedicados a mis tíos que han estado apoyándome incondicionalmente.

**MICHELLE MADELAYNE OROZCO PINTA**

**070376375-5**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme permitido alcanzar este logro universitario que me permitirá ser la guía de aquellas personas que buscan estabilidad y acompañamiento emocional

Quiero agradecer a mi familia, en especial mi madre que ha sido una fuente de apoyo en todo este trayecto académico y en la elaboración de esta investigación.

A mis amistades establecidas en esta querida universidad por los buenos momentos compartidos.

**MICHELLE MADELAYNE OROZCO PINTA**

**070376375-5**



# CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES DE REHABILITACIÓN POR CONSUMO DE COCAÍNA

## RESUMEN

**Autora:** Michelle Madelayne Orozco Pinta

**C.I:** 070376375-5

michellepinta@hotmail.com

**Coautor:** Dr. Oscar Rodolfo Serrano Polo

CI: 0701356552

oserrano@utmachala.edu.ec

La investigación efectuada busca identificar las conductas resilientes en pacientes de rehabilitación por consumo de cocaína mediante del Enfoque Cognitivo Conductual. Se procedió a realizar el proceso de investigación en un paciente que inicio su tratamiento en un centro de rehabilitación psicoterapéutica denominado “Divino Cristo” donde tuvo asistencia profesional.

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo que permitió analizar las conductas resilientes y los factores que la estimulan mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos y la entrevista. Los reactivos aplicados fueron el Cuestionario de Personalidad de Eysenk (EPQ) y la Escala de ansiedad de Halminton acompañado de una entrevista estructurada realizada al paciente con la finalidad de obtener información bibliográfica que fue posteriormente reforzada mediante una entrevista a la madre para estudiar la estructura familiar que un factor imprescindible en el fortalecimiento de la resiliencia . El psicólogo de la Institución proporcionó información necesaria para evaluación del desenvolvimiento social con respecto a otros pacientes que continúan el proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos en esta investigación determinaron la existencia de conducta resilientes en adictos a la cocaína los cuales deben de ser fortalecidos mediante lazos saludables en sus relaciones para mantener su abstinencia mejorando consigo su autocontrol y autoeficacia que será posteriormente evidenciada en actividades futuras. Se recomienda que el estudio de esta temática convenga de ser profundizada con posteriores investigaciones seguido por planes para promover la resiliencia en el tratamiento psicoterapéutico.

**PALABRAS CLAVES:** Resiliencia, Factores resilientes, Conductas de riesgo, Proceso Terapéutico

## RESILIENT BEHAVIOUR IN PATIENTS REHABILITATION FOR COCAINE USE

### ABSTRACT

**Author:** Michelle Orozco Madelayne Pinta

**C.I.:** 070376375-5

michellepinta@hotmail.com

**Co-author:** Dr. Oscar Rodolfo Serrano Polo

CI: 0701356552

oserrano@utmachala.edu.ec

Research conducted seeks to identify resilient behavior in patients rehabilitation for cocaine use through Cognitive Behavioral Approach. He proceeded to make the research process in a patient beginning treatment in a psychotherapeutic rehabilitation center called "Divine Christ" where he had professional assistance.

This study is a qualitative approach that allowed analyzing the impact strengths behaviors and factors that stimulate it by applying psychological tools and interview. The reagents applied were the Personality Questionnaire Eysenck (EPQ) and the Scale of anxiety Halminton accompanied by a structured interview with the patient in order to obtain bibliographic information was later strengthened by interviewing the mother to study the family structure an essential factor in strengthening resilience. Institution psychologist provided information necessary for evaluation of social development compared to other patients who continue the therapeutic process.

The results obtained in this investigation determined the existence of resilient behavior in cocaine addicts which must be strengthened through healthy relationships in their relationships to maintain their abstinence improving your self-control and self-efficacy with them that will later be evident in future activities. It is recommended that the study of this subject agrees to be deepened with further research followed by plans to promote resilience in the psychotherapeutic treatment.

**KEYWORDS:** Resilience, Resilient factors, risk behaviors, Therapeutic Process

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	II
RESUMEN .....	III
ABSTRACT .....	IV
INTRODUCCIÓN .....	VII
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO .....	9
1.1. Definición y hechos de interés .....	9
1.2. Causas del problema de estudio .....	11
1.3. Tipología y Síntomas asociados .....	13
1.4. Pronósticos del objeto de estudio .....	13
1.5. Contextualización del objeto de estudio y Objetivos.....	14
2. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLOGIA DEL OBJETO DE ESTUDIO	17
2.1. Descripción del apartado teórico .....	17
2.2. Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte.....	19
2.3. Argumentación teórica de la investigación.....	22
3. METODOLOGÍA .....	28
3.1 Diseño de Investigación.....	28

<b>3.2 Técnicas e Instrumentos Utilizados .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3. Categorías de Análisis .....</b>	<b>29</b>
<b>4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>6. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas se ha convertido en una problemática mundial debido al aumento del consumo en la población, pero son poco porcentaje de dichas personas las cuales desarrollan características de dependencia ante determinada sustancia. Esto demuestra la fortaleza psíquica de ciertos individuos a superar los efectos nocivos de estas sustancias.

Esta investigación es de interés para los profesionales que realicen intervenciones en drogodependientes y sus familias debido a que pretende indagar cuales son los factores que cooperan a que el paciente tras a ver culminado un proceso terapéutico se mantenga en abstinencia a comparación de otros consumidores que persisten en la recaída del consumo de cocaína.

Una fortaleza interna denominada resiliencia ayuda a los seres humanos a superar los momentos de crisis. En los consumidores de cocaína, se desarrolla una dependencia fisiología y psicológica cuando no hay factores resilientes que impidan el deterioro de la productividad en el sujeto.

En el primer capítulo se procederá a detallar como actúa la resiliencia en las personas procediendo posteriormente a detallar los factores vinculados al abuso de sustancias, los efectos psicológicos y biológicos de esta sustancia en el organismo.

En el siguiente capítulo se mostrará las teorías de autores influyentes en el enfoque Cognitivo Conductual para describir la manera en a los factores personales, sociales y biológicos establecen la conducta adictiva debido a los símbolos otorgados en cada uno de estas categorías.

En el capítulo tres se explicara los instrumentos utilizados en el caso que se escogido procedente del centro psicoterapéutico "Divino Cristo" en donde ha continuado su

proceso de rehabilitación. Posteriormente se culminara con los resultados obtenidos mediante esta investigación con las teorías infundidas en este proyecto.

## 1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

### 1.1. Definición y hechos de interés

La personalidad es un factor individual que contiene causas internas que determinan las conductas del sujeto (Cloninger, 2003), La personalidad contiene significantes otorgados por las circunstancias adquiridas que son aprendizajes que van a conformar la subjetividad en el individuo.

Se considera personalidad adictiva cuándo se presentan acciones repetitivas que generan deterioro psíquico y físico, pueden ser: La obsesión por coleccionar determinados objetos de un personaje, juegos de azar, compras de objetos impulsivamente, ingesta descontrolada de cualquier tipo de sustancias entre otros (Bobes, Casas, y Gutiérrez, 2015). La conducta está dirigida hacia determinada actividad o cosa de una manera descontrolada y de manera automática que causan deterioro en la salud humana.

La adicción a la cocaína es una problemática que se originó desde tiempos pasados. Al inicio, la cocaína se extrajo de la hoja de coca polvo blanco, fino y cristalino por Albert Niemann quien la descubrió en 1859 (Del Bosque, y otros, 2014) .Esta droga se empezó a utilizar a finales del siglo XIX como anestésico en las operaciones quirúrgicas para que no generen complicaciones en el paciente (Velasco & Muñoz, 1997). La utilización de esta droga fue con fines terapéuticos recomendados por profesionales de la salud, su consumo fue aumentando considerándolo abuso en dosis más elevadas lo que ocasionó su prohibición años más tarde.

Sus formas de consumo son: En polvo, para obtener sus efectos se la aspira por la nariz, la siguiente se denomina Basuko o pasta de cocaína, que se obtiene mezclándola con otra droga usualmente es la marihuana y por el ultimo el Crack o base de cocaína que para obtener sus efectos es necesario fumarla con tabaco (Junta Nacional de Drogas, 2007). La que genera más adicción es la base de cocaína debido a que sus efectos aparten de ser inmediato y con bastante fuerza.

La droga ejerce una ansiedad incontrolable en el organismo del sujeto llevándolo así a que aumente gradualmente sus cantidades de consumo. La adicción es considerada como una patología que perjudica el cerebro y esto se manifiesta en el

comportamiento del individuo que la consume, haciendo que por motivos genéticos esta enfermedad vaya desarrollándose progresivamente (Volkow, 2014). Lo que origina un daño en la salud de quien la consumen.

Las conductas adictivas manifiestan una desestructuración de la salud mental del individuo. Al respecto, Morelato (2011) postula que al analizar esta problemática es necesario considerar los vínculos que se hayan establecidos con su progenitores en la infancia. Walsh (1996) citado por (Rubio, 2013) menciona que necesario identificar los estímulos positivos dentro del entorno familiar con el fin de conocerlos y convertirlos en recursos y herramientas psicológicas para el individuo, reduciendo la vulnerabilidad ante una situación de estrés. Una buena relación familiar ayuda al que el individuo obtenga recursos positivos ante diferentes circunstancias traumáticas en su vida.

En la vida cotidiana es muy usual que se presenten sucesos que nos hagan perder el equilibrio emocional haciéndonos actuar de una manera inestable con nuestro entorno, pero hay individuos que pueden sobrellevarla mucho mejor que otras. Kotliarenco, Cáceres y Álvarez (1963) afirman que el ser humano posee una cualidad denominada resiliencia que consiste en la capacidad de sobresalir de las adversidades de una manera victoriosa. La resiliencia en el ser humano se exterioriza en los momentos de crisis, con la finalidad de poder enfrentar estas circunstancias.

Holling (1973) citado por Folke y otros (2010) percibe a la resiliencia como la capacidad de permanecer igual a pesar de las diversas perturbaciones. No se refiere a no tener sentimientos de incomodidad, tristeza o cualquier tipo de negatividad ante algún suceso, sino que a pesar de este sentimiento de dolor o angustia sobreponerse y ajustarse nuevamente a la realidad, la diferencia radica en la habilidad de estas personas para poder sobresalir de eventos que les generan tensión para posteriormente adecuarse a cualquier tipo de acontecimientos.

Los sujetos considerados resilientes sacan lo positivo de las circunstancias difíciles de la vida cotidiana tomándolo como aprendizaje. Kobasa y Maddi (1972) citado por Crespo (2010) son los primeros en referirse al hardiness para explicar cómo determinadas personas poseen la capacidad de resistir el estrés con mayor éxito que otras, es decir algunas situaciones pueden enfermar a unos sujetos mientras que otros no, y tales diferencias constituyen la personalidad resistente.



Posteriormente Wolin y Wolin establecieron una teoría acerca de la resiliencia que los denominaron como “mándala de la resiliencia”, en la que explican que hay siete resiliencias que son: introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, sentido del humor, creatividad y moralidad que fortalecen al “Yo” (Uriarte, 2005). La fortaleza interna se va desarrollando al aumentar estas cualidades anteriormente mencionadas, que permitirán el incremento de la resiliencia en el individuo.

La resiliencia se exterioriza para realizar un cambio entre un momento traumático por otro de fortaleza a través de mecanismos de protección como: la negación, el retiro, la huida ante un suceso similar en el futuro, la racionalización del suceso negativo ocurrido y la esperanza (Cyrulnik, 2002). La forma de adaptarse y superar una situación de estrés lleva un proceso de cambio que comienza por el sufrimiento y culmina en acciones de cambio en la vida del individuo.

## **1.2. Causas del problema de estudio**

El consumo de drogas es ocasionado por factores individuales, culturales y sociales. Navarro, Megías y Gómez (1999) las clasifica de la siguiente manera:

- Los factores personales ocurren cuando el sujeto no consigue enfrentar una situación estresante como conflictos emocionales, deseo de adrenalina, disgusto, enfermedades entre otras.
- Los factores culturales influyentes son la discriminación, bullying, deseo de no obedecer las reglas y conflictos laborales.
- Los factores sociales son encasillados por conflictos familiares o grupos de amistades.

La disponibilidad de drogas es un factor riesgo debido a su fácil accesibilidad para su consumo, lo que genera una mayor tendencia al consumo en cada población (Rodríguez-Arias & López, 2010). Actualmente los jóvenes tiene mayor disposición a consumir drogas debido a que hay más facilidad de adquirirlas a comparación de las antiguas generaciones, esto repercute en que aumente su adicción (Del bosque, y otros, 2014). En cada sector sin importar el nivel social hay multitud de gente involucrada en el negocio de la venta de drogas haciendo que aumente sus compradores sin considerar su edad o su condición económica.

También se debe considerar el progreso académico del individuo. El bajo nivel educativo y una mala situación laboral forma parte del perfil de los adictos a las drogas (Arias, y otros, 2013). La poca instrucción y el bajo nivel socioeconómico son

elementos que predisponen al consumo sustancias, debido a que los individuos tienen mayores limitaciones y un menor acceso al conocimiento sobre las drogas y sus efectos.

Existen otros aspectos que deben de ser considerados como influyentes en el consumo de cocaína. El exceso de tiempo libre, los conflictos dentro del hogar, antecedente de consumo por parte de sus familiares, amistades que consuman, son factores predisponentes en el sujeto (Tirado, y otros, 2011). Si las personas poseen uno o más de estos factores de riesgos es más propenso a adquirir una adicción a las sustancias psicotrópicas con la finalidad de olvidar los problemas y su realidad.

La familia es un elemento imprescindible en el estudio de las adicciones a las drogas, debido a que es un factor protector necesario en la adolescencia. La comunicación, necesidades tanto emocionales como de salud, la restauración de las reglas y los antecedentes relacionados sobre el consumo en el círculo familiar instaurarán en la persona factores de fortaleza o peligro según como se haya establecido en el sujeto (Meana, Reno, & Batista, 2012). La disfuncional familiar es la mayor causa relacionada al consumo de drogas, debido a que es la primera fuente de soporte en la niñez.

De la relación que el individuo establezca con su entorno familiar durante la infancia, dependerá su forma de establecer futuras relaciones. Un individuo que se desarrolle en un hogar conflictivo, problemas en la comunicación y ausencia física o emocional de algunos de los miembros son factores que pueden hacer vulnerable a un sujeto a que consuma drogas (Cid Monckton & Pedrão, 2011). Una persona que tenga una buena relación en su entorno familiar desarrollará recursos psicológicos y sociales que eviten el consumo de sustancias y conductas conflictivas

Los factores protectores son aquellos que robustecen a la persona en una situación que genere daño psíquico o emocional. El fortalecimiento en el sujeto puede estar presente a pesar de tener situaciones de peligro (Aguar, 2012). Los incrementos de factores protectores ayudan a que el individuo no presente conductas catalogadas como problemáticas, en el caso de las adicciones, fortaleciendo estos factores protectores contribuirá a que el individuo sea capaz de resolver cualquier circunstancia en un futuro.

### **1.3. Tipología y Síntomas asociados**

Los problemas relacionados con el consumo de drogas tienen sus debidas clasificaciones. El término tolerancia , describe a la disminución de los efectos de la sustancia ingerida que genera que el consumidor cada vez aumente más las cantidades esperando el mismo efecto que se obtiene al comienzo del consumo de determinada sustancia, mientras que la dependencia describe al uso excesivo de la droga de manera automática y sin considerar sus repercusiones, por otra parte, la abstinencia consiste en la interrupción o reducción del consumo que genera cambios físicos y emocionales (Organización Mundial de la Salud, 2009). Las clasificaciones deben de ser consideradas en la evaluación psicológica para poder determinar la situación actual del paciente.

El consumo de drogas genera perturbaciones físicas y conductuales que depende de la sustancia ingerida. Los efectos que genera el consumo de cocaína depende de su cantidad de consumo, en pocas dosis inducen a un estado de euforia, ansiedad, insomnio, acompañado de un estado extremo de alerta (Ripoll, 2008). La cocaína es considerada como un estimulante por lo que ocasiona agitación psicomotora que reduce la fatiga corporal y genera energía.

Para poder realizar un diagnóstico se debe de considerar los manuales diagnósticos que contienen las diversas clasificaciones de patologías psíquicas. En el Manual de Clasificación internacional de enfermedades o más conocido como cie 10 (2003) considera que existe una dependencia a la cocaína cuando hay conflictos para dejar de consumir esta sustancia llevando al sujeto a realizar lo imposible para obtenerla y seguir manteniendo los efectos de euforia una vez que haya acabado el efecto. El individuo deja de un lado las actividades que realizaba para enfocarse en mantenerse estimulado por la droga dejando a un lado su familia, trabajo, amistades e incluso de sí mismo.

### **1.4. Pronósticos del objeto de estudio**

Se han elaborado bastantes tratamientos psicológicos con la finalidad de solucionar esta problemática mundial como la adicción a la cocaína. El consumo de drogas es una problemática mundial debido a las consecuencias que esta patología ejerce en el organismo de los consumidores y a la poca accesibilidad que poseen para su rehabilitación (Unodc, 2015). El tratamiento realizado a la drogodependencia debe de

ser de mayor acceso debido a la demanda social con la finalidad de prevenir problemáticas posteriores.

El tratamiento aplicado debe de inicialmente estudiarse con el fin de conseguir efectos positivos el consumidor para mejor su salud física y mental. Las terapias cognitivas conductuales han demostrado resultados indiscutibles con respecto a la dependencia de la cocaína sobretodo la técnica del manejo de contingencia (Sánchez, y otros, 2011). La drogodependencia se trabaja mediante la reestructuración de la subjetividad del individuo para obtener resultados favorables que lo llevaría a desarrollar la resiliencia.

La terapia Racional Emotiva es la técnica más aplicada en la drogodependencia, consiste en modificar las creencias que se tengan con respecto a cierto suceso o personas que ocasionan un desajuste en la conducta (Oblitas, 2008). La técnica de la modificación de la subjetividad del individuo mediante el cuestionamiento de las creencias erróneas debe de estar integrada en el proceso terapéutico ya que está comprobado que los clientes que recibieron esta terapia muestran mejores actitudes en el proceso y sus conductas mejoran con respecto a su entorno social (Pedrero Pérez, Rojo Mota, Ruiz Sánchez, & Llanero Luque, 2011). Como objetivo terapéutico centrarse en la abstinencia del paciente trae resultados poco favorables, es necesario emplear mencionada técnica para enfocarse en otros aspectos del individuo como aumentar la autoeficacia, autoestima, autocontrol y asertividad dejando a un lado la patología de la adicción.

La abstinencia del consumo de cocaína en el sujeto debe de ser producto de la reestructuración de las relaciones entre los miembros de la familia, la fomentación de las actividades recreativas, amistades, la realización de proyectos e interés con respecto al ámbito profesional (Secades & Fernández, 2001). Mediante este tratamiento se espera un restablecimiento en las relaciones debido al desarrollo de los factores protectores de carácter social en especial una buena relación familiar.

### **1.5. Contextualización del objeto de estudio y Objetivos**

Se han generado investigaciones con la finalidad de comprobar la relación entre la resiliencia y el consumo de cocaína. Un estudio con el tema: "Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios" realizado en el hospital Psiquiátrico "Rafael Serrano" junto con la Universidad Autónoma de Puebla

en México se efectuó mediante la aplicación de reactivos psicológicos como: La Cédula de Factores Personales del Estudiante Universitario FAPEU (elaborado por las investigadoras); la Escala de Resiliencia ; Cédula Perfil de Estilo de Vida PEPSS-II y la Sección F de la Encuesta de Uso de Tabaco, Alcohol y Drogas aplicados en los estudiantes de la facultad de Ciencias de la comunicación que dio como resultado que la resiliencia influye en la salud y en las conducta de consumo de drogas (López, y otros, 2015). Este estudio señala que si el organismo da respuesta adecuadas ante una situación que genere estrés es algo permite enfrentar circunstancias sin perder las buenas condiciones de salud debido a una buena estabilidad emocional.

Becoña, López y Fernández del Río (2013) realizaron una investigación en la ciudad de Galicia en España en tres zonas específicas con el fin de determinar la relación entre la resiliencia y el consumo de drogas mediante la escala de Wagnild y Young llegando al resultado que las personas que consumen sustancias psicotrópicas tiene menor resiliencias que las que no consumen, con respecto al consumo de cocaína punta mayor resiliencia aquellos que no han consumido en estos últimos 6 meses seguido de lo que no consumen ninguna sustancia. Es decir que aquellos individuos que hayan llegado a consumir drogas y llevan considerado tiempo de abstinencia es resultado a un aumento de resiliencia por aprendizaje de afrontamiento ante situaciones de estrés que a comparación de su inicio de consumo no ejecutaban.

En Ecuador también existen investigaciones por la Dirección Nacional de Observatorio de drogas (2015) para saber el porcentaje de consumo de drogas en universitarios a nivel nacional sacando a relucir que los 2,43% de estudiantes universitarios que han consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el último año, el 66,5% son hombres y el 35,5% son mujeres, mientras que un 63,1% tienen una edad comprendida entre 17 y 21 años, el 32,6% entre 22 y 26 años y el 4,2% tiene una edad superior a los 27 años. Son pocos los que preparándose para obtener su título profesional han consumido sustancias entre ellos son más los hombres con mayor porcentaje.

El Consejo Nacional de control de sustancias (2012) ejecutó un estudio a estudiantes de 12 a 17 años con respecto al uso de cocaína obteniendo los siguientes resultados: El 0,53% de estudiantes declaró un uso experimental pues la habría usado una sola vez al año, con respecto a su frecuencia de uso el 0,24% presenta un uso ocasional, el 0,04% tendría un uso regular, el 0,32% presenta un uso frecuente, y el 0,07% podría

presentar un abuso de la sustancia. Llegando así a la conclusión que el comienzo de su consumo inicia por el deseo de saber cuáles son los efectos de las drogas incentivos la mayoría de veces por amistades.

En la ciudad de Machala, consta con la mayor población en la provincia del oro según la Inec (2010) con un porcentaje de 40,4% dividiéndose en 123.02 hombres y 122.948 mujeres haciendo un total de 245.972.

No se han realizado investigaciones en Machala que tengan relación con la temática que se ha establecido. Debido a las escasas investigaciones se originó esta problemática planteada con el objetivo de poder identificar las conductas resilientes en pacientes que tienen adicción a la cocaína, conociendo cuales son los factores que predispone el consumo de esta droga, efectos y los tratamiento psicológico que se pueden aplicar para mencionada patología.

## **2. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLOGIA DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

#### **2.1. Descripción del apartado teórico**

La terapia cognitiva se desarrolló con la finalidad de darle otra perspectiva psicológica al concepto de personalidad que fue otorgado por la terapia conductual en donde alegaban que la conducta no un componente de la personalidad que esta desligado del medio. La comprensión de la conducta debe hacerse relacionándose al ambiente en que la conducta ocurre (Peña, 2010). La conducta del ser humano depende del estímulo que la ocasione, esta variable siendo un objeto de estudio psicológico hasta la actualidad.

El aporte acerca del desarrollo cognitivo fue de gran utilidad para esta corriente Psicológica. Piaget (1991 ) alega que el desarrollo intelectual de individuo tiene su transcurso, primero se asimila los conceptos de los sucesos y grupos sociales ya instituidos en la infancia para posteriormente reaprender estos conceptos mediante las experiencias vividas con el fin de adaptarse a la realidad. Los niños asimilan el mundo que le rodean, consecutivamente realizan discrepancia entre los conceptos ya establecidos por otras concepciones según lo que experimentan.

La conducta humana que fue la variable de estudio por varios años del conductismo no fueron desplazados como objeto de análisis para el cognitivismo. El conductismo contribuyo al desarrollo en este enfoque tomando el aporte de Pavlov en la que demostró que el organismo presenta respuestas automáticas a un estímulo, esta teoría fue fortalecida por un experimento en que demostró que el proceso fisiológico de la salivación del perro se ejecutaba ante una campana que representa la llegada de la comida (Stallard, 2007). El condicionamiento clásico demuestra que la conducta es producto de un aprendizaje ante un estímulo repetitivo, en el experimento se comprobó que la campana para el perro significa la llegada de la comida.

Posteriormente el estudio de la conducta se amplió definiendo así la influencia de procesos mentales en la reacción de un individuo hacia un estímulo. Watson consecutivamente oriento al estudio de la conducta a través de su unidades constitutivas, debido a que mencionados elementos influyen en la conducta del

individuo (Suárez, 2013). Conociendo las unidades que están relacionadas a la conducta permitiría conocer las conductas que va a realizar posteriormente el sujeto.

Subsiguientemente otro autor del conductismo demostró que las conductas pueden ser aprendidas. Bandura (1974) demostró las conductas no necesitan un estímulo estable que las origine, sino solo alguien de la misma especie que proyecten la misma conducta que se espera instruir. A partir de la percepción del sujeto y de la observación se analizan los procesos mentales al igual que las relaciones de la persona con el medio (Ruiz Y. , 2010). Las concepciones del individuo comenzaron a dar importancia temporadas posteriormente donde comenzó el enfoque cognitivo a tomar impulso.

La sociedad otorga símbolos y conceptos al individuo que asimilara posteriormente en la psiquis. El desenvolvimiento social es una cualidad que se puede adquirir y modificar según la trayectoria del sujeto (Gutiérrez, Villatoro, López, & Álamo, 2009). Las normas sociales que asimila el sujeto formaran parte del pensamiento que luego se expresara en la conducta.

La psicología individual mediante su principal autor indicó la importancia de las representaciones cognitivas en el ser humano. Adler (2004) demostró que mediante nuestros sentidos se elaboran esquemas cognitivos con respecto a nuestra realidad. Los sentidos recogen información del entorno que luego va a ser procesada con el fin de otorgarle un concepto que va a formar parte de la subjetividad del sujeto que luego determinara su conducta.

Wolpe (1961) citado por Galán y Preciado (2014) fue el primero en elaborar la primera técnica para tratar el miedo denominada desensibilización sistemática que tiene el objetivo de disminuir la angustia ante determinado objeto que la ocasiona. Las fobias fueron asistidas de una manera efectiva mediante este tratamiento psicológico que posteriormente ayudo a que se amplíen más tratamientos para esta patología.

La primera terapia en establecerse fue denominada como Racional Emotiva, fue la muestra que permitió el desarrollo de este nuevo enfoque al que se le considero como "Cognitivo Conductual". Ellis y Dryden (1989 ) fueron los que definieron a la terapia Racional Emotiva como la prueba de la interacción entre los pensamientos, emociones y acciones que forman parte de la psiquis del ser humano. Los pensamientos erróneos presentan sincronidad con las emociones que luego serán



exteriorizadas en el comportamiento del sujeto, se considera que los pensamientos negativos eran lo que generaban la sintomatología en paciente.

La meta de esta técnica psicoterapéutica fue tratar con la parte cognitiva del sujeto. La terapia Racional Emotiva permite a los beneficiarios luchar contra las ideas ilógicas que le causan malestar (Ellis & Grieger, 1990). Las ideas irracionales son las que originan la inestabilidad emocional en el sujeto que no permite desenvolverse adecuadamente en su entorno.

Las ideas irracionales fueron una variable de estudio para el avance de la terapia cognitiva. Beck (2010) indicó que las representaciones mentales que abarcan: ideas, acontecimientos, emociones, se basan en esquemas mentales ya planteados por sucesos posteriores. Examina las estructuras mentales que son significantes otorgados por el observador, es decir el sujeto.

Beck inicio sus estudio en lo trastornos del estado de ánimo, explicando que las ideas irracionales establecidas en los sujetos que padecen de depresión son lo que genera su actual estado de ánimo. Demostró que los pensamientos influyen en las emociones y la mejor manera de tratarla era aprenden a controlar los sentimientos y combatir esas creencias irracionales (Rosselló & Bernal, 2007, pág. 3). Este representante de la psicología cognitiva mostro que las personas que padecen de depresión tiene unas ideas negativas y pesimistas con respecto a si mismo y a las circunstancias, al ser restablecidas estas ideas su emoción de tristeza desaparecía.

## **2.2. Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte**

La influencia simultánea entre pensamiento y emoción ha sido objeto de estudio desde generaciones pasadas. Damasio afirma que la mente y el cuerpo están relacionados, los pensamientos influyen en las emociones y de la misma manera los sentimientos nublan el pensamiento (Verdejo García & Tirapu Ustárrroz, 2011). La emoción que mostramos ante determinada situación es causada por los pensamientos que con el tiempo se almacenaran en nuestra mente.

La psicología cognitiva se encarga del estudio de los procesos cognoscitivos que almacenan el significado a cada experiencia del sujeto y la manera en que estos esquemas mentales ya establecidos se proyecta en la conducta (Rivas, 2008). Los significantes otorgados ante determinada persona o situación serán expresadas

mediante su conducta, por ejemplo, si un niño mete el dedo en una vela encendida por primera vez le generara el sentimiento de dolor haciendo que luego otorgue el significado de “peligro” a este objeto que es vela, esto ocurre debido a los procesos mentales que se realizaron ante esta situación.

Las técnicas que utiliza este enfoque tienen como objetivo estudiar las ideas y emociones establecidas en el sujeto para lograr un replanteamiento de nuevas ideas que reemplacen a las ideas que originan el malestar en el paciente. El cuestionamiento de las ideas que generan el desequilibrio emocional en el individuo se combate mediante otros pensamiento con un significado opuesto (Caballo, 2007). Si el paciente manifiesta una preocupación excesiva con respecto al divorcio se aplicaría un cambio de roles con su esposa para que experimente esta situación estresante con la propósito de modificar la concepción sobre el divorcio reduciendo así la ansiedad.

Los esquemas, reflejos y funciones son instancias de nuestra psiquis. Las instancias no son estáticas se van moldeando e incorporándose ante la experiencia vivida con el fin de que el individuo se adapte a la realidad según requiera la situación o exigencia social para poder así lograr una estabilidad emocional (Cárdenas, 2011). Las situaciones anteriores permiten una mayor facilidad de aprender de las circunstancias presentes alcanzando una adaptación se genera otro aprendizaje en el sujeto.

Las actividades habituales son estímulos que generan aprendizaje sin importar el contenido que aporten al sujeto. Cualquier tipo de actividad de contenido artístico o intelectual conservan símbolos que a continuación será descifrado por la psiquis humana obteniendo un valor significativo (Rivas, 2008). La nueva información es enlazada con conocimiento ya existente en la psiquis mediante procesos mentales lo que ayudara en el desenvolvimiento diario.

Desde la infancia las interpretaciones almacenadas sobre determinada circunstancia influyen en su desenvolvimiento ante otro suceso que tenga una misma similitud debido a que las significaciones influyen en las emociones ante tal acontecimiento. Las emociones son producto de la forma en que se interpretan y piensan acerca de una situación (Beck J. , 2011). Es decir que si una persona considera que terminar con su pareja es un suceso catastrófico, al ocurrirse sus emociones de tristeza serán expresadas de manera intensa.

Los seres humanos que cursan por momentos de crisis mostraran conductas según la creencia que posean acerca de este acontecimiento estresante (Ellis & MacLaren, 2004). La resiliencia no es una barrera ante el entorno sino como se devuelve el sujeto en ella, buscando así condiciones beneficiosas en situaciones conflictivas. Aprovechar lo positivo de un entorno estresor permitirá que el sujeto prevalezca en la adversidad (Gómez & Kotliarenco, 2010). Sobreponerse ante las dificultades es algo imprescindible en la recuperación de un suceso catastrófico.

Las escasas gratificaciones del ambiente generan una perspectiva catastrófica en la mente del individuo que serán expresadas mediante conductas desadaptativas. Los reforzadores sociales son los que generan bienestar interno, los sujetos que tienen pocos estimuladores exteriorizará conductas inadecuadas que si elimina ocasionara inmediatamente varias sintomatologías (Bandura & Walters, 1974). En la niñez, si existe una mala relación con el entorno el malestar será manifestado en acciones como: orinar la cama, romper los juguetes, golpear a otros niños, entre otras conductas que la familia debe tomar en cuenta ya que si no son tratados a tiempo por un profesional puede originar conductas de riesgo como drogas, robos, entre otros.

El exceso de elementos de riesgo producen decepción en la persona lo cual lleva a la resignación de sus proyectos de vida por la apreciación de dificultad acerca del futuro (González & Hernández, 2012). La percepción de desaliento genera la disminución de actividades que ocasionan la pérdida de interés en el entorno social y su propia vida.

Los factores que causan las conductas adictivas en el sujeto son factores personales, hereditario, sociales y destrezas que ocasionen estrés en el sujeto (Pedrero Pérez, Rojo Mota, Ruiz Sánchez, Llanero Luque, & Puerta García, 2011). Si una persona no posee estabilidad en alguno de estos ámbitos anteriormente detallados pierda el interés en su vida lo que genera que encuentre su refugio en el consumo de drogas.

Actualmente el consumo de drogas, sirve como método de evasión ante conflicto propio, familiar, amistades, con el fin de no afrontarlos (Rossi, 2008). Los conflictos entre padres e hijos, poca comunicación, pelea con amistades y parejas, entre otros son factores que contribuyen a que la persona considere a la droga como una manera de escape por la satisfacción que inducen sus efectos. En la psiquis del drogodependiente esta almacenada la perceptiva de debilidad ante sí mismo por el exceso de elementos estresores generando así que se considere incapaz de asumir los retos en su vida.

La existencia de situaciones conflictivas en el hogar como la inadecuada relación entre los miembros, la percepción de los padres ante el problema de adicción del adolescente son los principales factores de riesgo en el sujeto que si hay escasos factores protectores generan el consumo de sustancias. Pero es indudable que el consumo por parte de los padres y otros familiares cercanos no sólo afecta el empleo de las mismas sustancias en individuos de estas edades sino que también incrementa la probabilidad de utilizar otras drogas, e incluso de llegar al policonsumo (Ruiz , Herrera, Martínez, & Supervielle, 2014). Estos factores si nos fortalecidos son causantes de recaídas en los consumidores debido al aprendizaje que aprender del medio que se almacena como una conducta apropiada y reforzada.

### **2.3. Argumentación teórica de la investigación.**

La dependencia a las drogas genera comportamientos adictivos que se serán manifestados en su vida cotidiana. Las conductas adictivas son de manera inconsciente debido a su actitud involuntaria ocasionados por emociones fuertes y poco autocontrol que involucra en situaciones estresantes por las malas decisiones del consumidor (Echeburúa, 2012). Las acciones efectuadas por los consumidores bajo el efecto de las drogas son consideradas como situaciones de riesgos debido a que son ocasionados por la poca conciencia de la realidad.

La patología de la adicción es originado por las distorsiones del pensamiento que causan sufrimiento en el consumidor con el propósito de justificar el abuso de drogas para calmar ese sufrimiento sin importar que sean actividades de riesgo (Polo, y otros, 2011). Los sujetos consumen sustancias con el objetivo de afrontar las dificultades y situaciones de estrés o conflictos internos (Tatarsky, 2002). El afrontamiento ante los estímulos estresores en los consumidores de cocaína se manifiestan de una manera evitativa con respecto a su situación actual lo que los lleva a consumir drogas debido a su auto apreciación de fragilidad y los escasos métodos de afrontamiento aprendidos.

Los pensamientos en los consumidores de drogas causan la falta de felicidad ante la vida y el poco autocontrol, lo que llevan al individuo a considerar a la droga como un estimulante ante su vida (Fernánde, Rodríguez, Villa, Hermida, & Sánchez , 2010).. Los pensamientos de los consumidores de cocaína son especialmente autodestructivos y llenos de culpabilidades sobre acontecimientos que le hayan ocurrido en su infancia o en la actualidad, esto crea en el sujeto una auto perspectiva de víctima o como alguien incapaz de ser feliz.

Con respecto a los sujetos resilientes, Naranjo Álvarez (2010) demuestra que los sujetos que tienen poca o carecen de resiliencia tienen constantes recuerdos de aquellos momentos en cuales les parecen dolorosos. El conflicto radica en que no pueden superar aquel suceso traumático debido a que es revocado en cada momento de su vida, esto repercute en varios ámbitos de su vida y sobre todo en otras fases de vida si este periodo de crisis fue en la infancia del individuo.

Grotberg (1995) citado por Munist y otros (1998, pág. 27) afirman que existen tres grupos de verbalizaciones que caracterizan a la resiliencia los cuales son:

- **Yo tengo:** En las cuales se clasifican el ambiente facilitador en las que se considera el apoyo de la familia, amigos.
- **Yo soy:** Se considera al auto concepto y la estimulación interna.
- **Yo estoy:** Es la condición de saber interpretar las propias emociones y el desenvolvimiento social, este proceso solo se ejecuta mediante la introspección.
- **Yo puedo:** Catalogan a la eficacia que se desenvuelve el sujeto en sus actividades, la forma cómo afronta las circunstancias debido a su autocontrol, la toma de decisiones, seguridad y habilidades.

Estos componentes forman parte de la resiliencia y pueden ayudar a desarrollar esta cualidad en un individuo en el caso de que esté ausente. Los mayoría de consumidores de cocaína presentan hogares disfuncionales (Cogollo Milanés, y otros, 2011). Ahí radica la importancia de una buena funcionalidad familiar para que el sujeto desarrolle un fuerte “Yo” sujetándose a la realidad mediante el apoyo del medio.

Un sujeto resiliente es aquel que después de haber pasado por una período de trauma o en un contexto de peligro continua con su vida normalmente sin ninguna repercusión (Bermejo R. , 2010). Las personas resilientes muestran cualidades de adaptarse a situaciones de riesgo con conductas de fortaleza y consciencia de sus acciones lo que manifiesta vitalidad interna.

La relación entre los consumidores de cocaína y la resiliencia es algo innegable. La consumidores de cocaína han mostrado resiliencia en alguna etapa de su vida, ya sea en su adolescencia o en la adultez sin importar que hayan pasado por traumas graves (Pimentel Jaimes , Telumbre Terrero, Ruiz Gómez, Higuera Sainz, & Bautista Álvarez, 2015). La resiliencia es un factor que se encuentra presente en todos los seres

humanos debido a que por lo menos en alguna instancia en la vida han mostrado fortaleza en un momento de estrés ya sea en el trabajo, hogar o amistades.

Las disfuncionalidades en el trayecto de vida los consumidores de drogas provocan un deterioro físico, emocional y poca estabilidad en los lazos sociales lo generan preocupación en la familia y entorno lo que ocasiona que asista a un tratamiento psicológico.

Beck (1999) afirma que estas creencias adictivas provienen de los esquemas nucleares disfuncionales que ocasionan vulnerabilidad emocional que influyen al consumo de drogas los cuales se clasifican en:

- **Personales:** Donde se encasillan las ideas de victimización.
- **Sociales:** Que son conjunto de ideas están relacionadas a la sociedad, entre ellos desprecio del medio social.

Los consumidores de drogas al comenzar un proceso terapéutico pasan por varias etapas donde se va modificando su conducta. Buscar ayuda terapéutica es una forma directa de afrontamiento con respecto al problema con las adicciones debido a la acción y la racionalización del problema (Hernández & Londoño, 2012) (Hernández Serrano & Londoño, 2012). En el caso que el paciente que no haya asistido voluntariamente mostrara mecanismos de defensa en cuales el profesional deberá trabajar para obtener resultados favorables

Al comenzar el procedimiento psicoterapéutico los pacientes no se consideran capaces de resistir las ganas de consumir drogas en situaciones de crisis, por lo que los objetivos terapéuticos deben centrarse en fomentar la idea de que son capaces de mantenerse sin consumir (Castro, 2012). Los pacientes se encuentran en estado de negación ante su dependencia a las drogas y las repercusiones que hubo por esta patología.

El modelo transteórico del cambio conductual es un modelo de la psicología de la salud que explica los cambios que se realizan en las conductas adictivas de individuos que siguen tratamiento psicológico (Esparza del Villar, y otros, 2013).

Los estados de cambios generan una reestructuración cognitiva en el consumidor los cuales Beck (1999) clasifico en:

- **Estadio de pre contemplación:** Los individuos en esta fase no muestran interés en superar los problemas con respecto a la adicción y manifiestan resistencia al cambio
- **Estadio de contemplación:** El paciente toma conciencia de su adicción a las drogas y sus deseos de cambio no son llevados a cabo debido a que se presentan de manera ambivalente.
- **Estadio de preparación:** Los pensamientos con respecto a los cambios forman parte de los proyectos de vida del sujeto, los cuales estaban ausentes en las fases anteriores pero todavía las acciones a realizar no están muy claras.
- **Estadio de acción:** La reducción de conductas inapropiadas son más evidentes debido al compromiso que ha adoptado el paciente en la terapia.
- **Estado de mantenimiento:** Los sujetos se mantienen claros con respecto a su problema con las drogas y mantienen sus cambios ya establecidos.

Para poder identificar en que estadio se encuentra el paciente es importante considerar la actitud y manifestaciones durante la entrevista mediante un cuestionario o cualquier otro tipo de reactivos.

Con respecto al afrontamiento de los pacientes en recuperación, no enfrentan situaciones de estrés hasta que no hayan cursado por el estadio de acción. En las etapa de acción ya hay modificaciones de conducta debido al tiempo y energía invertidos en este cambio (Esparza del Villar, y otros, 2013). La efectividad del tratamiento depende del avance del sujeto en las etapas anteriormente mencionadas.

En la intervención psicológica debe de considerarse el craving o pensamientos de consumo que consiste en detección de situaciones que pueden impulsar la recaída del sujeto mediante técnicas de visualización. Si el paciente consigue identificar circunstancias de riesgo lo siguiente seria aumentar los factores protectores para reducir las conductas inadecuadas mediante la elaboración de metas, reconocer fortalezas, debilidades personales y sociales, habilidades de afrontamiento adaptadas y la predisposición al cambio (Agrelo, 2011) . Al instante de provocar el cambio en el

paciente se está amplificando los factores resilientes personales que generan fortaleza ante situaciones de riesgo

Los esquemas mentales son de análisis en las sesiones terapéuticas debido a que serán modificadas según como avance el tratamiento. Mientras el paciente se encuentre en la etapa de abstinencia, el control de las ideas y emociones relacionadas con el deseo de volver a consumir deberá ser identificadas y reformadas para que no sean causantes de la interrupción del tratamiento. La reincidencia en el consumo es producto del poco control y escaso afrontamiento ante situaciones que le inciten a su adicción (Barragán, Flores, Ramírez, & Ramírez, 2008).

Si el terapeuta logra en el paciente la comprensión de su trauma al reestructurar la posición de víctima comenzará una nueva etapa en su vida debido al desarrollo de resiliencia en el sujeto (García Vesga & Domínguez de la Ossa, 2012). En la terapia al lograr que el paciente supere los acontecimientos catastróficos no tratados ayudarán a mejorar sus mecanismos de afrontamiento.

El afrontamiento en las adicciones son aquellas acciones que generan el progreso en la patología de la adicción a la cocaína. Dentro de las estrategias de afrontamiento se encuentra la búsqueda de apoyo en el entorno con la finalidad de adaptarse (González, Amado, Fernández, & Tinajer, 2011). La ayuda social interviene como un fortalecedor ante situaciones de peligro, pero hay otras variables a analizar para determinar las acciones que impidan la recaída en el consumidor.

El sentimiento de bienestar por afrontar un desafío forma parte de la autoeficacia, cualidad que presentan ciertos consumidores de cocaína. En las adicciones para evaluar la autoeficacia se debe considerar la edad, sentimientos de desaliento, las ideas, historia de sustancias consumidas, el tiempo que se mantuvo en abstinencia hasta su recaída (Sánchez Hervás & Llorente, 2012). Los pacientes que poseen escasa autoeficacia son más propensos a las recaídas mientras que los consumidores de cocaína con una alta autoeficacia se mantienen mucho más tiempo en abstinencia (Monras, Mondon, & Jou, 2010). La autoeficacia son las actitudes y sucesos que ayudan a obtener las metas planteadas, los consumidores que se conciben poco capaces de mantenerse en abstinencia son más propensos a las recaídas.



Las investigaciones realizadas han comprobado que la autoeficacia varía según como sea el avance terapéutico. El sujeto va adquiriendo más seguridad de dejar su consumo mientras progresa en el tratamiento hasta su inserción social lo que eleva su autoeficacia en varios ámbitos (Torrentsa, Mora, Massana, Robert, & Tejero, 2011). Un alto nivel de autoeficacia mejora su perspectiva ante los desafíos generando confianza en la realización de nuevas actividades y aumentando la productividad en el sujeto.

La autoeficacia no es una cualidad estática, se pueden aumentar si fomentada. En el caso de los consumidores de cocaína, mientras más tiempo se conserven en abstinencia aumentan su capacidad para afrontar situaciones de estrés si ya han cumplido aproximadamente tres meses en la reinserción social, lo que hay que analizar es si es producto del tratamiento o su cambio de perspectiva hacia el estrés (Pedrero & Olivar, 2010). La resiliencia en los pacientes se va fortaleciendo mientras más tiempo se mantenga en abstinencia, lo que demuestra que ha superado situaciones de estrés.

A partir de los seis meses de tratamiento se espera que el sujeto presente cambios notable. La comunidad terapéutica tiene como objetivo que el sujeto adquiera : La abstinencia a consumo de cocaína, el control de sus reacciones ante situaciones conflictivas, mejorar relaciones interpersonales, reconocer las conductas de riesgos adquiridas en el trayecto del consumo y su influencia en las relaciones mejorando los factores protectores ( Pérez , 2011). Hay que considerar si se han aplicado los reactivos y técnicas psicológicas correspondientes para obtener estos resultados.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño de Investigación

Esta investigación se realizó mediante un estudio cualitativo, con el fin de investigar al individuo en su entorno social, logrando así la obtención de su estilo de vida incluido pensamiento, sentimiento y auto concepto que se han formado a través de sus vivencias cotidianas.

La investigación cualitativa busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva (Matínez, 2011). Estudiar la interacción del individuo con su entorno permite analizar su evolución de una manera subjetiva debido a la significancia que le otorga a cada estímulo.

La recolección de información se procedió mediante el método biográfico, ya que nos accede a conocer sucesos del sujeto desde su punto de vista permitiéndonos analizar las conductas resilientes del sujeto que es una de las variables a investigar.

#### 3.2 Técnicas e Instrumentos Utilizados

Las técnicas que se aplicaron fueron las siguientes:

Para poder realizar una evaluación psicológica se aplicó la entrevista. La entrevista es un dialogo entre dos personas, es decir, el profesional y la persona que requiere intervención psicológica, que se da de manera privada y ética (Archundia, 2012). Se aplicó la entrevista al individuo con el fin de evaluar la función psíquica y los constructos mentales ya establecidos desde la infancia hasta la actualidad (**Anexo B**), posteriormente para colaborar la información del individuo y evaluar vínculos familiares se realizó una entrevista con la madre (**Anexo C**).

Debido a que al individuo realizo su tratamiento en un centro de recuperación por su excesivo consumo de cocaína, se realizó una entrevista al Psicólogo de la institución con el fin de conocer su colaboración en el proceso y sus actitudes con respecto al resto de compañeros internos en esta institución (**Anexo D**).

Otra herramienta es la observación científica directa que consiste en que el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata

de investigar (Díaz, 2010)(Díaz Sanjuan, 2010). Todos los datos otorgados fueron colaborados mediante esta técnica que se realizó en la terapia grupal y en las charlas vivenciales efectuadas en el mencionado centro psicoterapéutico con el fin de conocer su conducta y la interacción con sus compañeros (**Anexo E**).

Con todos estos datos obtenidos se pudo armar la historia Personalógica del sujeto determinando como estas áreas personales de este individuo se manifiestan en sus acciones cotidianas y con el resto de personas (**Anexo H**).

Esta investigación cabe mencionar que se realizó en el centro Psicoterapéutico “Divino Cristo” y se pidió la determinada autorización para poder realizar la entrevista al internos llenando así también las fichas observación sin ningún problema (**Anexo A**).

Mediante todos estos datos obtenidos se procedió a analizar la triangulación de los datos con el fin de comprender el caso y llegar a la conclusión de esta investigación (**Anexo I**).

Los instrumentos realizados fueron:

**Cuestionario de Personalidad de Eysenk – Epq:** Se aplicó el test de Eysenk con la finalidad de medir características de la personalidad como: Introversión, Extroversión y Neuroticismo (estabilidad- inestabilidad del individuo, con el propósito de reconocer la personalidad que tiene el usuario (**Anexo F**).

**Escala de ansiedad de Hamilton:** Este reactivo psicológico permite evaluar la ansiedad psicológica y física mediante 14 ítems. Se aplicó este reactivo con la finalidad de determinar el grado de ansiedad presentando en el sujeto debido a su estado actual de abstinencia con respecto a la cocaína (**Anexo G**).

### **3.3. Categorías de Análisis**

**Personalidad:** Conocer los rasgos de personalidad permitirá conocer y predecir las futuras conductas, pensamientos, emociones del sujeto. Las creencias adictivas ocasionan malestar significativo en el individuo y sus relaciones (Ruiz, Manual Básico de adicciones, 2003). El diagnóstico psicológico se realizó mediante la entrevista y el cuestionario de personalidad de Eysenk anteriormente mencionado.

**Resiliencia:** La capacidad en que el sujeto de estudio se desarrolló en contextos conflictivos desde su infancia hasta la reinserción social. Esta variable fue medida mediante los datos otorgados en la entrevista psicológica.

**Adicciones:** En el tratamiento de las adicciones se evalúan los elementos individuales que debe de poseer el paciente al culminar el procedimiento en los cuales se encuentra: La motivación, apoyo social, cambios de conductas adictivas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010). Mediante la entrevista psicológica se realizó un historial de consumo, causas y posibles tratamientos para esta patología.

#### 4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Las categorías analizadas fueron

##### **Personalidad**

La personalidad del sujeto fue un elemento a considerar en esta investigación. Eysenk clasifica a la personalidad entre dos categorías: Introversión y Extroversión. Los sujetos extrovertidos presentan conductas impulsivas, una actitud espontánea y poca sensibilidad hacia el resto (Zambrano, 2011). Las características de los sujetos extrovertidos son conductas impulsivas, agresividad, amabilidad, optimismo y un buen sentido del humor.

El individuo analizado presenta un alto puntaje en la categoría de extroversión en el Cuestionario de Personalidad de Eysenk, lo que determina que sus conductas son impulsivas con grado de agresividad y su relación sociales son muy ampliamente estimulantes. Sus amistades son bastantes numerosas pero existe poco compromiso y confianza en su desenvolvimiento con ellas.

La estabilidad emocional es otra categoría a estudiar en el temperamento porque permite determinar las fluctuaciones entre sus emociones y su influencia en las actividades cotidianas. Los rasgos de neurosis en la personalidad está relacionado a los trastornos neuróticos (Schmid, y otros, 2010). Fayombo (2010) citado por González y Valdez (2011) alega que el Neuroticismo en una característica de la personalidad que impide a la persona actuar con compromiso, empatía, extroversión en los conflictos percibiéndolos como problemas insuperables a comparación de otras personas. La neurosis consiste en una predisposición psíquica que no permite al sujeto aceptar situaciones estresantes, lo que ocasiona que muestre resistencia a afrontar las emociones e ideas que le generan inestabilidad.

Las emociones negativas forman parte de las vida de los neuróticos (Schmidt, 2010). Los sujetos que poseen una estructura de personalidad neurótica prefieren mantener en las situaciones dolorosas. En el caso estudiado se muestra la fragilidad emocional ante situaciones que considera conflictivas como fueron: El divorcio de sus padres debido a exceso de maltratados, la pérdida de su abuela, el divorcio con su esposa, la distancia de sus hijas por conflictos con ex conviviente. El usuario no afronto estos elementos estresores de una manera efectiva, sino que su refugio fue el consumo de

cocaína. Los neuróticos no consiguen afrontar los retos cotidianos debido a que las situaciones de estrés son conflictos de intensidad exagerada para los neuróticos.

Eysenk define que una alta inestabilidad emocional y extroversión son características de una persona con temperamento colérico. Las personas con temperamento coléricos poseen: Una buena inteligencia, firmeza, apasionamiento y liderazgo (Hock & otros autores, 2008). El temperamento colérico abarca características como: Impulsividad, sensibilidad, apertura a los estímulos que exigen bastante atención, y adaptabilidad.

La capacidad de liderazgo se encuentra presente en el sujeto de análisis desde su adolescencia hasta la actualidad por su desenvolviendo social acompañado de su gran facilidad para plantear ideas de cambios dentro de un círculo social. Otro aspecto que proporciona su facilidad de relacionarse con sus compañeros de tratamiento fue entusiasmo y buen humor ante cualquier circunstancia.

### **Resiliencia**

Los resultados de esta investigación demuestran la importancia de la resiliencia en el individuo. La resiliencia es un producto de sincronidad entre el entorno y el sujeto que está presente en todas las personas y que se manifiesta en los momentos de estrés en el entorno con la finalidad de mantenerse intacto ante tales (Gil, 2010). La fortaleza interna en los drogodependientes es considerada como inadecuada debido a la existencia de conflictos existenciales (Nuévalos, 2011). La vulnerabilidad es un factor de peligro que lleva a considerar a las drogas como un método de escape ante su situación actual.

Otras características que permiten tener una personalidad resilientes son: Identidad, Autonomía, Satisfacción, Pragmatismo, Vínculos, Redes, Sistemas de apoyo, Modelos, Metas, Afectividad, Auto eficacia, Aprendizaje, Generatividad. (Saavedra, Castro, y Inostroza, 2012). Para la evaluación se debe de considerar cada uno de estos puntos determinando las deficiencias y fortalezas del sujeto.

El sujeto a quien se le realizó la pertinente investigación no tiene intereses en establecer relaciones personales estables debido a que las considera momentáneas por este motivo mantiene bastantes relaciones superficiales pero cabe recalcar el afecto que mantiene con sus hijas y madre a quienes considera como su fuente de

apoyo. Se considera capaz de tomar decisiones rápidas lo que le beneficia al momento de plantearse metas que actualmente son observadas en su proceso de recuperación.

Para medir la resiliencia también es necesario analizar la creencia de vulnerabilidad en el individuo. Los problemas emocionales como tristeza prolongada, frustración, poco control, entre otros y los problemas sociales como la necesidad de ser el centro de atención, problemas de identidad se encuentran presentes en pacientes con problemas a las (Moral, Rodríguez, & Ovejero, 2010). La baja autoestima del sujeto está disimulada bajo un complejo de superioridad debido a su deseo de tener atención lo cual se observó con respecto a su desenvolvimiento con sus compañeros de recuperación. Actualmente no siente interés en ser el centro de atención a excepción de sus hijas que son su alegría y su razón de vivir.

En el aspecto social, un buen desenvolvimiento en un círculo social y apoyo del mismo permitirá que se tenga un pronóstico favorable en el tratamiento de las adicciones (Nivia Morales, 2011). Una buena capacidad de expresar ideas o emociones hacen que sea menos vulnerable en un grupo de amistades. La falta de compromiso en las relaciones es un factor a reforzar en el tratamiento, mientras que la habilidad de expresar y desenvolverse que ya está presente en este individuo contaría como factor de fortalecimiento, la cual se recomienda incentivarla con la finalidad de prevenir futuras recaídas.

El fortalecimiento de lazos familiares del paciente analizado se deben a la madre que ha demostrado ser una fuente de apoyo en el proceso de recuperación debido a las constantes demostraciones de afecto y apoyo económico que fue por poca duración debido a que se encuentra laborando en una agencia de viajes como chofer., La familia es necesaria para poder sanar de forma completa los efectos psicológicos que se produjeron tras las adicciones en un paciente en proceso de recuperación (Yanchapanta, 2011). Una vez que la familia posee conocimiento sobre la patología de adicciones e influyen de manera positiva, ayudan a fortalecer e incentivar al paciente (Serrano, Rodríguez, & Louro, 2011).

El centro psicoterapéutico "Divino Cristo" mediante talleres y terapias dirigidas a los familiares de los drogodependientes, les otorgaron la información necesaria sobre esta patología y la codependencia mostrando la importancia de realizar intervenciones tanto a la familia como al paciente, con la finalidad de que cuenten con las herramientas necesarias para poder ayudar al familiar en proceso de recuperación.

La resistencia a las drogas está asociada al aumento de la autoestima debido a la fortaleza auto percibida en el individuo para afrontar correctamente las situaciones de estrés (Chicharro , Pedrero , & Pérez , 2007). La abstinencia es considerada como un elemento que aumenta la autoestima del paciente en recuperación debido a que es considerado como una acción que beneficia a su salud. Actualmente el sujeto de estudio tiene tres meses de abstinencia, lo que demuestra que ha podido enfrentar situaciones de riesgo y un fortalecimiento interno, su objetivo es tener sus ganancias económicas siendo chofer en una cooperativa de buses debido a que es importante contar con dinero para sus gastos y el de sus hijas.

### **Adicción**

La adicción a las drogas es la última variable a examinar. La adicción a la drogas es el abuso a cualquier sustancia química que ocasiona daño psicológicos y físicos interrumpiendo su vida, de un grupo o comunidad ( Pérez , 2011). Las sustancias psicotrópicas en el organismo producen un deterioro mental en el sujeto.

En el hogar si hay antecedentes de que alguno de los miembros familiares es o era un consumidor de drogas existe la posibilidad de una inclinación genética o de aprendizaje con respecto al consumo de drogas, se debe considerar también las creencias que fueron inculcadas con respecto a la drogas y leyes, si existe divorcios o situaciones conflictivas en el entorno como muerte de miembros, enfermedades entre otras (Rojas, Rodríguez, Zereceda, & Otiniano, 2013).

El entorno familiar donde se desarrolló el paciente fue disfuncional, debido a los constantes maltratos que observo entre sus padres lo que llevo posteriormente al divorcio y la inadecuada comunicación familiar generando un distanciamiento físico y emocional entre los miembros, volviéndose un factor de riesgo en el sujeto con respecto al consumo de sustancias. Sus conflictos emocionales radicaban en los problemas con respecto a sus padres y a la mala relación entre su esposa por sus conductas inadecuada por su agresividad, robos y descuidos a sus hijas.

La zona de residencia del sujeto en estudio, presenta una gran accesibilidad a las drogas y gran desorganización con respecto a la seguridad de los habitantes. La poca incentivar a actividades en comunidad es considerada como un elemento a analizar, debido a que la comunidad influye en el desarrollo biopsicosocial del niño. La movilidad del lugar de residencia, la poca organización entre la directiva y los



miembros de la comunidad, la venta ilícita de droga y el poco respeto de las leyes dentro de ella generan un factor de vulnerabilidad en el individuo , ya que el entorno no es considerado saludable (López & Rodríguez Arias , 2012). Los lugares donde existe la venta ilícita de drogas es considerada como un factor de riesgo debido a la accesibilidad a las drogas. Con respecto al usuario analizado, al iniciar su consumo, su residencia estaba ubicada en un barrio peligroso, en este lugar vivía con su ex conviviente y su primera hija. Al momento de fallecer su abuela, que significaba para el su fuente de apoyo recurrió fácilmente al consumo de drogas con amistades que Vivian cerca de su vivienda. Actualmente vive en un departamento cerca del domicilio de su ex conviviente e hijas, la finalidad de estar más cerca de ellas debido a su deseo de ser un buen padre ya que tiene mayor facilidad de poder pasar más tiempo con ellas.

En recuperación, según el Servicio de Prevención de adicciones (2012), los acontecimientos y las personas que pueden generar un fortalecimiento interno son: Mantener una buena relación por lo menos un miembro de la familia, tener patrones de identificación aparte de la familia, Haber control y buena comunicación en el hogar , poseer metas con respecto al hogar e hijos, escuchar por lo menos de una persona un mensaje de aliento, tener momentos de alegría entre los miembros familiares, sentirse a gusto en un lugar o con determinadas personas Estos factores previenen futuras recaídas porque cuentan como fortalecedores ante las conductas desaptativas y el consumo de cocaína.

En el proceso de recuperación el padre ha ofrecido su apoyo y credibilidad en el paciente mientras que la madre es la persona más cercana en su entorno. Con respecto a los metas planteadas en el paciente se centran en ser un buen padre para sus hijas lo cual se observan conductas ya realizadas con la finalidad de mejorar su relación con ella debido a que comparte momentos agradables. Actuales su relación social es beneficiosa, debido a que su apoyo consta de dos amigos que conoció en clínica donde culmino su tratamiento.

## 5. CONCLUSIONES

✚ Asistir y permanecer en un tratamiento terapéutico, mantenerse en abstinencia o reducir su consumo y el apoyo familiar genera autocontrol debido a que estos factores actúan como una barrera de protección ante situaciones de estrés. En el sujeto de estudio estas conductas resiliencia ayudan a que sus conductas adictivas disminuyan debido a que se están realizando cambios para su resolución.

✚ La disfuncionalidad familiar es asociada como un factor de vulnerabilidad en el sujeto analizado y es una de las principales de consumo de cocaína, a comparación de otras drogas.

✚ La presente investigación demuestra la importancia de fomentar la resiliencia como medio de resolución para la problemática relacionada a las adicciones a la cocaína debido a que su origen radica en el desenvolvimiento diario del individuo ante factores de riesgo y los escasos de factores de protectores que tiene como función fortalecer en momentos de crisis. Si el sujeto aprende a enfrentar de manera adecuada los problemas, la adicción dejaría un método de evitación ante tales circunstancias y la recaída sería menos propensa en pacientes en proceso de recuperación

## 6. RECOMENDACIONES

✚ Se recomienda fortalecer la resiliencia familiar informando acerca de los efectos que ocasiona el consumo de cocaína y como la calidez entre los miembros familiares contribuye a prevenir recaídas en el familiar que ha cursado por un proceso de rehabilitación con la finalidad de aumente sus factores protectores para que pueda afrontar de una manera efectiva circunstancias estresoras.

✚ El proceso terapéutico no debe centrarse solo en la abstinencia, sino en trabajar en áreas personales como: autoestima, responsabilidad, sociabilidad, afrontamiento y asertividad mediante el cuestionamiento de ideas erróneas que causan el malestar en el paciente para fortalecer sus herramientas de afrontamiento en momentos de riesgos.

✚ La prevención debe de ser un aspecto a tratar en los adolescentes mediante charlas de prevención debido a que actualmente este problema de adicciones se da nivel mundial por la poca facilidad de seguir un tratamiento psicoterapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adler, A. (2004). *El sentido de la vida*.
- Agrelo, A. (2011). Sistematización de intervenciones Psicoterapéuticas La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 40.
- Aguiar, E. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas. *Acta colombiana de psicología*, 12.
- Aires, R. -R. (Diciembre de 2001). *Monografías*. Obtenido de Monografías: <http://www.monografias.com/trabajos10/prefo/prefo2.shtml>
- AIRES, R. -R. (Diciembre de 2001). *Monografías* . Obtenido de Monografías : <http://www.monografias.com/trabajos10/prefo/prefo2.shtml>
- Allport. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Edigraf.
- Archundia, V. (2012). *Técnicas para la realización de la entrevista*. México: D. R.
- Arias, F., Szermanb, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., . . . Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Salud Mental*, 8.
- Bados, A., & García Grau , E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*, 63.
- Bandura , A., & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Bandura, A., & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barragán , L., Flores , M., Ramírez , A., & Ramírez, C. (2008). *Manual de prevención de recaídas*. México: Tri- Ciclo.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Desclée de Brower.

- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. México: Book Print Digital.
- Beck, J. (2011). *Terapia de comportamiento cognitivo*. New York: The Guilford Press.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Pedrero Pérez, E., Fernández Hermida, J., Casete Fernández, L., Bermejo González, M., . . . Tomás Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en adicciones*.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, Características y utilizad del concepto. *Psicopatología y Psicología Clínica* , 22.
- Becoña, E., López Durán, A., & Fernández , E. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica, legal y forense*, 14.
- Bermejo, R. (2010). RESILIENCIA. UNA VISIÓN POSITIVA PARA LA PREVENCIÓN. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 1.
- Bermejo, R. C. (2010). Resiliencia una visión positiva para la prevención. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13.
- Bermejo, R. C. (2010). RESILIENCIA. UNA VISIÓN POSITIVA PARA LA PREVENCIÓN. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* , 13.
- Bleger, J. (s.f.). *Psicología de la conducta*.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2015). *Manual de trastornos adictivos*. España: Enfoque Editorial.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. España: efca, s.a.
- Cárdenas, A. (2011). Piaget: lenguaje, conocimiento y educación. *Revista Colombiana*, 21.
- Carlos Damin, G. G. (2015). Cocaína. *Toxicología*, 8.

- Carvalho Ferriani, M., & Medina Arias, N. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en el municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10.
- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Vill, R., Fernández-Hermid, J. R., & Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión, en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19.
- Castro, I. (2012). Autoestima y Autoeficacia en pacientes adictos en el centro de Ñaña. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"*, 20.
- cbcbc. (s.f.).
- Cedro. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidades familiar*. Perú.
- Chicharro , J., Pedrero , E., & Pérez , M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 13.
- Cid Monckton, P., & Pedrão, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9.
- Cloning , S. C. (2003). *Teoría de la personalidad*. México .
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Education, Inc.
- Cogollo Milanés, Z., Arrieta Vergara, K., Blanco Bayuelo, S., Ramos Martínez, L., Zapata, K., & Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *salud pública*, 10.
- Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicotrópicas. (2012). *Cuarta encuestas sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Machala: Observatorio Nacional de Drogas.

- Córdova Alcaráz , A. J., Andrade Palos , P., & Eréndida Rodríguez , S. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas . *Revista intercontinental de psicología y educación*.
- Crespo, V. F.-L. (2010). Resiliencia, Personalidad resistente y crecimiento en cuidadores. *Clínica y Salud*, 20.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos - La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Del bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencia. *Salud Mental*, 9.
- Del Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencia. *Salud Mental*, 8.
- Díaz, L. (2010). *La observación*. Departamento de Publicaciones.
- Dirección Nacional del observatorio de drogas. (2015). *Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes universitarios*.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*, 13.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. New York: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de la terapia racional emotiva*. España: Industrias Gráficas.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás*. España: Editorial Océano.
- Esparza del Villar, Ó., Carrillo , I., Quiñones, J., del Castillo, A., Guzmán, R., Ochoa, S., . . . Sánchez, J. (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el modelo transteórico de la conducta en una muestra Mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18.

- Esparza del Villar, Ó., Carrillo, I., Quiñones, J., Arreola, A., Guzmán, R., Ochoa, S., . . . Sánchez, J. (2013). Cuestionario de los ejercicios basado en el modelo transtórico de la conducta en una muestra mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18.
- Esteban Gómez, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación. *Revista de Psicología*, 30.
- Fernández, G., Rodríguez, G., Villa, S., Hermida, F., & Sánchez, H. (2010). Evolución de las funciones ejecutivas de adictos a la cocaína tras un año de tratamiento. *Originales*, 15.
- Fernández D'Adam, G., & Federico Ré, R. (2006). *Resiliencia Ética y prevención*. Buenos Aires : Gabas.
- Folke, C., carpintero, S. R., Walker, B., Scheffer, M., Marten, T., & Rockstrom, J. (2010). Resilience Thinking: Integrating Resilience, Adaptability and Transformability. *Ecology and Society*.
- Galán, J., & Preciado, M. (2014). Desensibilización a la violencia una revisión teórica para la delimitación de un constructo. *Uarich*, 12.
- Garaigordobil, M., & Oñederra, J. A. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 14.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y adicciones. *Health and Addictions*, 10.
- García Vesga, M., & Domínguez de la Ossa, E. (2012). Desarrollo teórico de resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión Analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 15.
- Gil, G. (2010). La resiliencia: Conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *El Guiniguada*, 16.
- Gómez Moreno, B. (2010). *Resiliencia Individual y Familiar*.
- Gómez, E., & Kotliarenko, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación. *Revista de Psicología*, 30.



- González , N., & Valdez , J. (2011). Resiliencia y Personalidad en adultos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22.
- González, J., & Hernández , A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: Análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16.
- González, V., Amado, J., Fernández, B., & Tinajer, S. (2011). La importancia de evaluación cognitiva como parte de las estrategias de intervención para el control del dolor. *Revista Electrónica del CICS-UST*, 14.
- Gutiérrez, M., Villatoro, J., López, L., & Álamo, A. (2009). *Infancia, adicciones y salud mental*. México: 157.
- Hernández , M., & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 17.
- Hock , C., & otros autores. (2008). *Los temperamentos: Reconocerlos, aprovecharlos, enriquecerlos*. Santo Domingo: Sol Poniente interior.
- Inec. (2010). Fascículo Provincial El Oro. *Resultados del censo 2010 población y vivienda en el Ecuador*, 8.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. *Salud*, 124.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción*. Estados Unidos: Nih.
- Jesús del Bosque, A. F. (2014). *Cocaína y consumo*.
- José Juan Amar Amar, M. A. (2003). factores psicosociales asociados con. *Resiliencia en niños víctimas de violencia*, 36.
- José Juan Amar Amar, M. A. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamilia. *Investigación & Desarrollo*.

- Junta Nacional de Drogas. (2007). *Drogas: Más Información, Menos Riesgos*. Uruguay: Publicaciones Oficiales.
- Karatsoreos, I. N., & McEwen, B. S. (2013). Resilience and vulnerability: a neurobiological perspective. *Prime Reports*.
- Linde Navas, A. (2010). Síntesis y valoración de la teoría sobre el desarrollo moral de Lawrence Kohlberg. *Ágora*, 24.
- Linde Navas, A. (2010). Síntesis y valoración de la teoría sobre el desarrollo moral de Lawrence Kohlberg. *Ágora*, 24.
- López Larrosa, S., & Rodríguez Arias Palomo, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescente y jóvenes españoles. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH*, 9.
- López, M., Arrijoja, G., De León, A., Velasco, L., Torres, A., Morales, F., . . . Torres, M. (2015). Resiliencia, conducta de salud y conducta de consumo de drogas en estudiantes universitarios. *European Journal of Child Development*, 13.
- López, S., & Rodríguez Arias, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 9.
- Louis Comfort, A. B. (2010). *Designing Resilience*. United States: University Pittsburg Press.
- María Angélica Kotliarenco Ph.D, I. C. (1997). Estado de Arte Resiliencia. *Organizacion Mundial de la salud*, 60.
- María Angélica Kotliarenco Ph.D, I. C. (s.f.). Estado de arte en Resiliencia . *Organización Panamericana de la Salud*.
- Maria Angelica Kotliarenco, I. C. (1963). *Resiliencia contruyendo en la adversidad*. Santiago de Chile: Ceanim.
- Martínez López, A. (2015). *Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína*. Albacete.

- Matínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo*, 43.
- Meana, L., Reno, S., & Batista, Y. (2012). Factores de riesgo familiares e inicio de drogas. *Psicología de las Adicciones*, 4.
- Méndez, R. (2012). Ciudades y metáforas: sobre el concepto. *Estudios*, 18.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Drogas*. Avenida Grafica .
- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 8.
- Moral, M., Rodríguez, F., & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Publica*, 10.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo. *Pensamiento Psicológico*, 16.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una nueva revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 14.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: ASDI.
- Naranjo Álvarez, R. J. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública*, 7.
- National Institute on drug abuse. (2010). Cocaína: uso y adicción . *National Institute on drug abuse*.
- Navarro, J., Megías, E., & Gómez, E. (1999). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*. Madrid: Generalitat Valenciana.
- Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes, J. L. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situaciones de la calle. *Psicología y Salud*, 14.
- Nuévalos, C. (2011). La conducta antisocial desde una psicopedagogía positiva (una aproximación desde la logoterapia y la resiliencia). *Revista Fuentes*, 14.

- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporaneas*. México: D.r.
- Organización de los estados americanos . (2007). *El problema de las drogas en America* .
- Organización Mundial de la Salud . (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al consumo de alcohol*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe . *Organización Panamericana de la Salud*, 47.
- Organización Panamericana de la salud. (2003). *Cie 10*. Ginebra: OPS.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Analisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 11.
- Pedrero , E., & Olivar, Á. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de psicología*, 8.
- Pedrero Pérez, E., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez, J., & Llanero Luque, M. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revisión*.
- Pedrero Pérez, E., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez, J., Llanero Luque, M., & Puerta García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 10.
- Peña, T. (2010). Es viable el conductismo en el siglo XXI. *Revista de Psicología*, 6.
- Pérez del Río, F. (2011). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento terapéutico. *Revista Adicción y Ciencia*, 13.
- Piaget, J. (1991 ). *Seis estudios de Psicología*. España: Labor. S. A.
- Pimentel Jaimes , J., Telumbre Terrero, J., Ruiz Gómez, G., Higuera Sainz, J., & Bautista Álvarez, T. (2015). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 14.

- Polo, I., Restrepo, M., Cerra, C., Parra, M., Medina, V., & Paez, A. (2011). Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 12.
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Artículo de Revisión*, 7.
- Ripoll, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Barcelona: Laburo.tv.
- Rius, L. F. (2009). *Pensando en la personalidad*. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la facultad de ciencias psicologicas.
- Rivas Navarro, M. (2008). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. España: Bocm.
- Rivas, M. (2008). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. España: Bocm.
- Rodríguez Chacón, A. (s.f.). *Prevención del uso de drogas*.
- Rodríguez-Arias, J. L., & López, S. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencia entre edades y sexo. *Psicothema*, 6.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*.
- Rojas, M., Rodríguez, A., Zereceda, J., & Otiniano, F. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad Familiar*. Perú: Industria Gráfico.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (2007). *Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva Conductal*. San Francisco: San Francisco, CA .
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes*. Madrid: Tébar.
- Rubio, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 18.
- Ruiz , H., Herrera, A., Martínez, A., & Supervielle, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo en el consumo de drogas en jóvenes adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 8.

- Ruiz, J. (2003). *Manual Basico de adicciones*. La Plata: Cooperativa Gráfica Los Tilos Ltda.
- Ruiz, J. (2003). *Manual Basico de adicciones*. La Plata: Cooperativa Gráfica Los Tilos Ltda.
- Ruiz, Y. (2010). Aprendizaje vicario: Implicaciones educativas en el aula. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 6.
- Saavedra Guajardo, E., Castro Ríos, A., & Saavedra Castro, P. (2012). Autopercepción de los jóvenes universitarios y resiliencia: Construcción de particularidade. *Katharsis*.
- Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequén*, 24.
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa Peruana. *Periódicos Electrónico en Psicología*, 8.
- Sánchez Hervás, E., & Llorente, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 12.
- Sánchez, L., Díaz Morán, S., Grau López, L., Moreno, Á., Eiroa Orosa, F., Roncero, C., . . . Colom, J. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitiva conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 7.
- Schmid, V., Firpo, L., Vion, D., de Costa Oliván, M., E., C., Cueny, L., . . . Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 21.
- Schmidt, V. (2010). La bases biológicas de neuroticismo y la extroversión ¿Por qué nos comportamos como lo hacemos? *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7.
- Secades, R., & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. *Psicothema*, 16.
- Serrano, A., Rodríguez, N., & Louro, I. (2011). Afrontramiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Escuela Nacional de Salud Pública*, 7.

- Servicio de Prevención de Adicciones - PAD. (2012). *Servicio de Prevención de Adicciones*. Madrid: Adi.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien Sentirse bien*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Suárez, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 11.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de daños*. USA: Open Society Foundations.
- Tirado, A., Álvarez, M., Velásquez, J., Gómez, L., Ramírez, C., & Vargas, A. (2011). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en una universidad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 7.
- Torrentsa, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A., & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 9.
- Unodc. (2015). *Informe mundial sobre las drogas*. Naciones Unidas: Unodc.
- Uriarte, J. (2005). Revista de Psicodidáctica. *La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología*, 20.
- Velasco, R., & Muñoz, B. (1997). *¿Qué dice la ciencia? Cocaína*. México: Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A.C.
- Verdejo García, A., & Tirapu Ustárruz, J. (2011). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en retos presentes. *Revista de Neurología*, 7.
- Volkow, M.D, N. D., Fowler, J. S., Jack Wang, G., Telang, F., Logan, J., Jayne, M., . . . Swanson, J. D. (2010). Cognitive Control of Drug Craving Inhibits Brain Reward Regions. *Neuroimage*, 18.
- Volkow, N. (2014). *Las Drogas, el cerebro y el comportamiento La ciencia de la adicción*. Estados Unidos: Nih.

Yanchapanta, R. (2011). *La carencia afectiva familiar y su incidencia en el proceso de recuperación en los pacientes de la clínica antiadicciones Procupana en el periodo Junio-Diciembre del 2010*. Ambato.

Zambrano, R. (2011). Revisión Sistemática del Cuestionario de Personalidad de Eysenck. *Liberabit*, 9.

# ANEXOS



## ANEXO A

  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
D.L. N° 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969  
*Calidad, Pertinencia y Calidez*  
**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Oficio No. 0039-CPC-UACS-2016  
Machala, abril 04 de 2016

Ing. Danilo Cabrera  
**DIRECTOR DEL CENTRO PSICOTERAPÉUTICO DIVINO CRISTO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted para informarle que la señorita Michelle Madelayne Orozco Pinta, con número de cédula 070376375-5, egresada de la Carrera de Psicología Clínica, en la Universidad Técnica de Machala, se encuentra realizando su trabajo de titulación con el tema "FACTORES PSICOSOCIALES QUE PROPICIAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS", motivo por el cual solicito de la manera más atenta le permita a la señorita, realizar una entrevista y aplicar reactivos psicológicos a tres pacientes del Centro Psicoterapéutico al cual usted dirige y representa.

Es importante mencionar que la información que la egresada recabe será utilizada con total confidencialidad y responsabilidad.

Por la atención que brinde a la presente, le anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

  
Psic. Gerardo Peña Loiza, Mgs  
Coordinador de la Carrera de Psicología Clínica





Dirección: Comodoro Laguna, km. 1.2 Vía Aventura Píez. Telf: 0997562 - 0993895 - 2803065 - 2877666

[www.utfmachala.edu.ec](http://www.utfmachala.edu.ec)

ANEXO B



UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSIOLOGÍA CLÍNICA

ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMIESTRUCTURADA

Nombre y Apellidos Completos:		
Carrera:	Código:	Documento de Identidad:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:
Lugar de Procedencia:	¿Con quién vive actualmente en la Ciudad?:	
Dirección de residencia en la ciudad:		
Número de Teléfono fijo:	No. de Celular:	e-mail:
Ciudad y Dirección de residencia familiar:		
Persona a comunicarse en caso de emergencia:	Parentesco:	
Teléfono en caso de Emergencia:	Número de celular:	

**DATOS INFORMATIVOS:**

FECHA \_\_\_\_\_

DD MM AA

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

### 7. FACTOR DEMOGRÁFICO

**Factores de riesgo observados:**

**1.1 Edad:** Menor de 17 años \_\_\_\_\_ Entre 17 y 25 años \_\_\_\_\_ Mayor de 25 años \_\_\_\_\_

**1.2 Sexo:** Hombre \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

**1.3 Estado Civil:** Soltero \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

**1.4 Paridad:** Sin Hijos \_\_\_\_\_ Con hijos \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

**1.5 Lugar de Procedencia:** A.M.B. \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### 8. FACTOR PSICOLÓGICO

Espacio para consignación de los datos obtenidos de las preguntas. Presentar una síntesis de la información recolectada que a juicio del profesional sea la más importante y anotar los factores protectores que se evidencien en la evaluación de este aspecto.

ψ *¿Cómo son sus relaciones interpersonales?*

.....  
.....  
.....

ψ *¿Le es fácil establecer y mantener nuevas amistades?*

.....  
.....  
.....

ψ *¿Evita relacionarse con otras personas?*

.....  
.....  
.....

ψ *¿Expresa sus sentimientos, deseos y opinión con facilidad?*



.....  
.....  
Ψ ***¿Cree que hay muchos aspectos que debe mejorar en usted? ¿Cuáles?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Se siente satisfecho(a) con los logros conseguidos hasta el momento?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿A veces quisiera ser otra persona?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Considera que es una persona segura?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Es demasiado sensible a las actitudes y comportamientos de los demás?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Le cuesta tomar decisiones?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Es consciente de sus sentimientos la mayor parte del tiempo?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Goza de su vida emocional?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Siente que están satisfechas sus necesidades y deseos?***  
.....  
.....

.....  
.....  
Ψ ***¿Se siente satisfecho(a) con su condición de hombre o de mujer?***  
.....  
.....

.....  
.....  
ψ **¿Tiene novio o novia?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Cómo se siente con la relación?**

**2.3 Síntomas de Depresión:** Ausente\_\_\_\_ Presencia leve\_\_\_\_ Presencia moderada o grave

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Ha experimentado sentimientos profundos de tristeza?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Qué tanto interés, placer y satisfacción siente al realizar sus actividades cotidianas?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Ha perdido el interés y la motivación por actividades que antes le producían satisfacción y agrado?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Se siente con la misma energía que siempre ha tenido?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Experimenta frecuentemente sentimientos de malestar e irritabilidad?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Tiene dificultades para dormirse o se levanta muy temprano y el sueño no es reparador?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Se siente esperanzado(a) respecto al futuro?**



.....  
.....  
ψ *¿Ha experimentado intranquilidad, inquietud, impaciencia, nerviosismo, miedos injustificados o temores en los últimos meses?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Ha padecido un miedo o temor que no puede controlar voluntariamente, hacia algún objeto, animal o situación como: hablar en público, a la oscuridad, a procedimientos médicos u odontológicos, a los desconocidos, a ser dejado solo, al tráfico, a las multitudes o a las alturas?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Ha tenido sensaciones corporales, como palpitaciones, sudoración excesiva, opresión en el pecho, sensación de ahogo, temblor de manos, y micciones frecuentes o urgentes?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Ha sufrido de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Frecuentemente está preocupado, con temor de que suceda lo peor?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Se siente cansado, fatigado y con sensación de tensión?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Presenta dificultad para conciliar el sueño, éste es insatisfactorio y se despierta con sensación de fatiga?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Tiene pesadillas y terrores nocturnos?*  
.....  
.....  
.....

ψ *¿Presenta frecuentemente dolores musculares, espasmos o calambres, rigidez muscular, tics, o rechinar de dientes?*



.....  
.....  
.....  
.....

**2.5 Síntomas de Trastornos alimenticios:** Ausente\_\_\_\_ Presencia leve\_\_\_\_ Presencia moderada o grave \_\_\_\_

ψ ***¿Frecuentemente comienza dietas especiales o se restringe de lo que come con el fin de bajar de peso?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Ha dejado de comer por voluntad durante varias horas (más de 4) del día, con la intención de perder peso?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Ha experimentado la sensación de pérdida de control sobre la cantidad de comida que ingiere?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿En ocasiones come grandes cantidades de alimento en cortos periodos de tiempo?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Come aún sin tener hambre?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Come para relajarse, evitar la ansiedad o la depresión y manejar sus sentimientos?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Experimenta sentimientos de culpa o vergüenza luego de comer?***

.....  
.....  
.....

ψ ***¿Se induce el vomito luego de haber comido con la idea de no engordar?***

.....  
.....





**Factores de riesgo observados**

**3.2 Estructura Familiar:** Monoparental \_\_\_\_\_ Nuclear \_\_\_\_\_  
Reconstituida \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

**Para la familia monoparental:** Fallecimiento \_\_\_\_\_ Abandono \_\_\_\_\_  
Desaparición \_\_\_\_\_ Separación o divorcio \_\_\_\_\_

Del padre \_\_\_\_\_ De la madre \_\_\_\_\_

Madre/Padre Soltero \_\_\_\_\_

ψ **¿Cómo está conformada su familia?**

.....  
.....  
.....  
.....

ψ **Indagar por: parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación de cada uno de los miembros.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3.3 Funcionalidad familiar:** Buena \_\_\_\_\_ Sugiere disfuncionalidad \_\_\_\_\_  
Disfuncionalidad severa: \_\_\_\_\_

ψ **¿Cómo percibe a su familia?**





**Factores de riesgo observados**

**4.1 Auto-cuidado:** Adecuado\_\_\_\_ Deficiente\_\_\_\_ Inadecuado \_\_\_\_

ψ **¿Está satisfecho(a) con su salud?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Practica alguna actividad física?, ¿Con qué frecuencia?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Qué medidas toma para no contraer enfermedades infectocontagiosas?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Qué tan frecuente va al médico a realizarse chequeos generales?**

.....  
.....  
.....

**4.2 Hábitos nocivos:** Alcohol: No consumo\_\_\_\_ Consumo frecuente \_\_\_\_ Consumo esporádico \_\_\_\_

Sustancia psico-activa: No consumo\_\_\_\_ Consumo frecuente \_\_\_\_ Consumo esporádico \_\_\_\_

ψ **¿Consume alcohol (cerveza, aguardiente, ron, guarapo, chicha, "bolegancho",...etc.?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Cuándo fue la última vez? y ¿Qué cantidad?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Consume o ha consumido algún tipo de droga o estimulante? ¿Cuál? y ¿Desde cuándo?**

.....  
.....

.....  
.....  
ψ **¿Qué tan frecuentemente?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Se ha visto afectada su salud?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Ha tenido accidentes a consecuencia del consumo?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Le han criticado por su forma exagerada de beber o consumir psicoactivos?**

**4.3 Hábitos alimenticios de sueño y manejo del tiempo: Adecuados\_\_\_\_\_**  
Deficientes\_\_\_\_\_ Inadecuados\_\_\_\_\_

ψ **¿Cómo distribuye el tiempo para su estudio y otras actividades?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Lleva una agenda y realiza horarios para organizar las actividades cotidianas?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Deja para última hora realización de las tareas y compromisos?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Cómo planifica el tiempo para cumplir con las actividades diarias?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿A qué dedica el tiempo libre?**





Espacio para consignación de los datos obtenidos de las preguntas. Presentar una síntesis de la información recolectada que a juicio del profesional sea la más importante y anotar los factores protectores que se evidencien en la evaluación de este aspecto.

Deficientes\_\_\_\_\_

ψ **¿Cómo estudia habitualmente?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Tiene establecido un horario de estudio? ¿Cuál?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Practica alguna técnica para estudiar los contenidos de las asignaturas de su carrera?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Cómo han sido los resultados?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿Qué recursos utiliza para estudiar?**

.....  
.....  
.....

**5.2. Elección vocacional de carrera:** Primera Opción\_\_\_\_\_ Segunda Opción\_\_\_\_\_

ψ **¿Qué lo motivó a escoger su carrera?**

.....  
.....  
.....

ψ **¿En qué consiste su carrera?**

.....  
.....

.....  
.....  
ψ **¿Recibió asesoría u orientación vocacional para elegir su carrera?, ¿De qué forma? y ¿Cuál?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Recibió retroalimentación de los resultados?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Cree que eligió bien su carrera profesional? ¿Por qué?**

**5.3. Habilidad de trabajo en equipo:** Presente\_\_\_\_ Deficiente\_\_\_\_ Ausente\_\_\_\_  
Colaborativo\_\_\_\_ Competitivo\_\_\_\_ Individualista\_\_\_\_

ψ **¿La preparación de sus clases y evaluaciones incluye el trabajo en grupo?, ¿Con qué frecuencia?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿El trabajo en grupo contribuye al aprendizaje que debe hacer de los contenidos de las asignaturas matriculadas?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Se integra fácilmente a un equipo de trabajo?**

.....  
.....  
.....  
ψ **¿Cuáles son las estrategias de trabajo en grupo que utiliza?**

## 6. FACTOR SOCIOECONÓMICO

Espacio para consignación de los datos obtenidos de las preguntas. Presentar una síntesis de la información recolectada que a juicio del profesional sea la más importante y anotar los factores protectores que se evidencien en la evaluación de este aspecto.

**Factores de riesgo observados**

**6.1 Estrato de vivienda:** Bajo\_\_\_\_\_ Medio\_\_\_\_\_ Alto\_\_\_\_\_

ψ **¿A qué estrato pertenece su actual residencia y/o la residencia de su familia?**  
.....  
.....  
.....

ψ **¿Cuál es el ingreso financiero mensual de la familia?**  
.....  
.....  
.....

ψ **En su hogar ¿Quién está a cargo del sostenimiento económico y de donde procede su principal fuente de ingreso?**  
.....  
.....  
.....

ψ **La vivienda de su familia ¿Es propia o arrendada? y ¿Cuál es el canon de arrendamiento?**  
.....  
.....  
.....

ψ **¿Quién costea sus estudios universitarios?**  
.....  
.....  
.....

ψ **¿Cuenta con algún auxilio económico de la universidad u otras instituciones o personas?**  
.....  
.....  
.....

ψ **En los casos en el que estudiante costea sus estudios: ¿Cuál es el trabajo que realiza?**  
.....  
.....  
.....

ψ **¿Con qué empresa?, ¿En qué horarios? y ¿Cuál es el ingreso?**  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
ψ **¿Con qué frecuencia recibe mesada de la familia, ¿Cuánto mensual? y ¿Cómo distribuye dicha mesada?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6.2 Afiliación a la seguridad social:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

ψ **¿Es usted afiliado o beneficiario de la seguridad social en salud?**

.....  
.....  
.....  
.....

ψ **¿A cuál EPS o ARS? ¿Quién la paga?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6.3 Valor de la Matrícula:** Alto \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE LA ENTREVISTA:**

<p><b>Códigos:</b></p>
------------------------

**Diagnósticos:**

**Priorización:**

**Programa(s) o servicio (s) al (a los) que es remitido:**

## ANEXO C



**UTMACH**  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
MACHALA

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE PSIOLOGÍA CLÍNICA**  
**ENTREVISTA PSICOLÓGICA SEMIESTRUCTURADA**

**DATOS INFORMATIVOS:**

**Nombre:**

**Lugar y fecha de nacimiento:**

**Ocupación:**

**1. ¿Cómo fue su primera etapa de embarazo?**

**2. ¿Cómo considera su relación con el padre de su hijo?**

**3. ¿Cómo estable las normas en su hogar?**

**4. ¿Cómo describiría la comunicación en su hogar?**

5. ¿Qué manifestaciones de afecto se dan en su hogar?

**ANEXO D**



**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

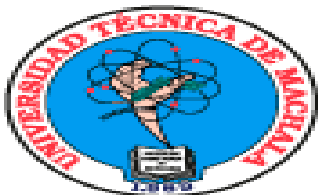




4. ¿Cómo la relación del paciente con el resto de internos?

5. ¿Hay colaboración de sus padres en las terapias familiares?

#### ANEXO E



**UTMACH**  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSIOLOGÍA CLÍNICA

## REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

### 1. DATOS GENERALES:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Instrucción:

Tiempo de Observación:

Hora de Inicio: Hora final:

Fecha:

Tipo de Observación:

Nombre del Observador(a):

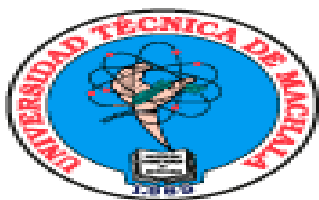
### 2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

#### 2.1. DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA:

#### 2.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE:

**2.3. DESCRIPCION DEL COMPORTAMIENTO:**

**ANEXO F**



**UTMACH**  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
MACHALA

## UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICO

#### INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK

##### FORMATO B

#### CUESTIONARIO

##### INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

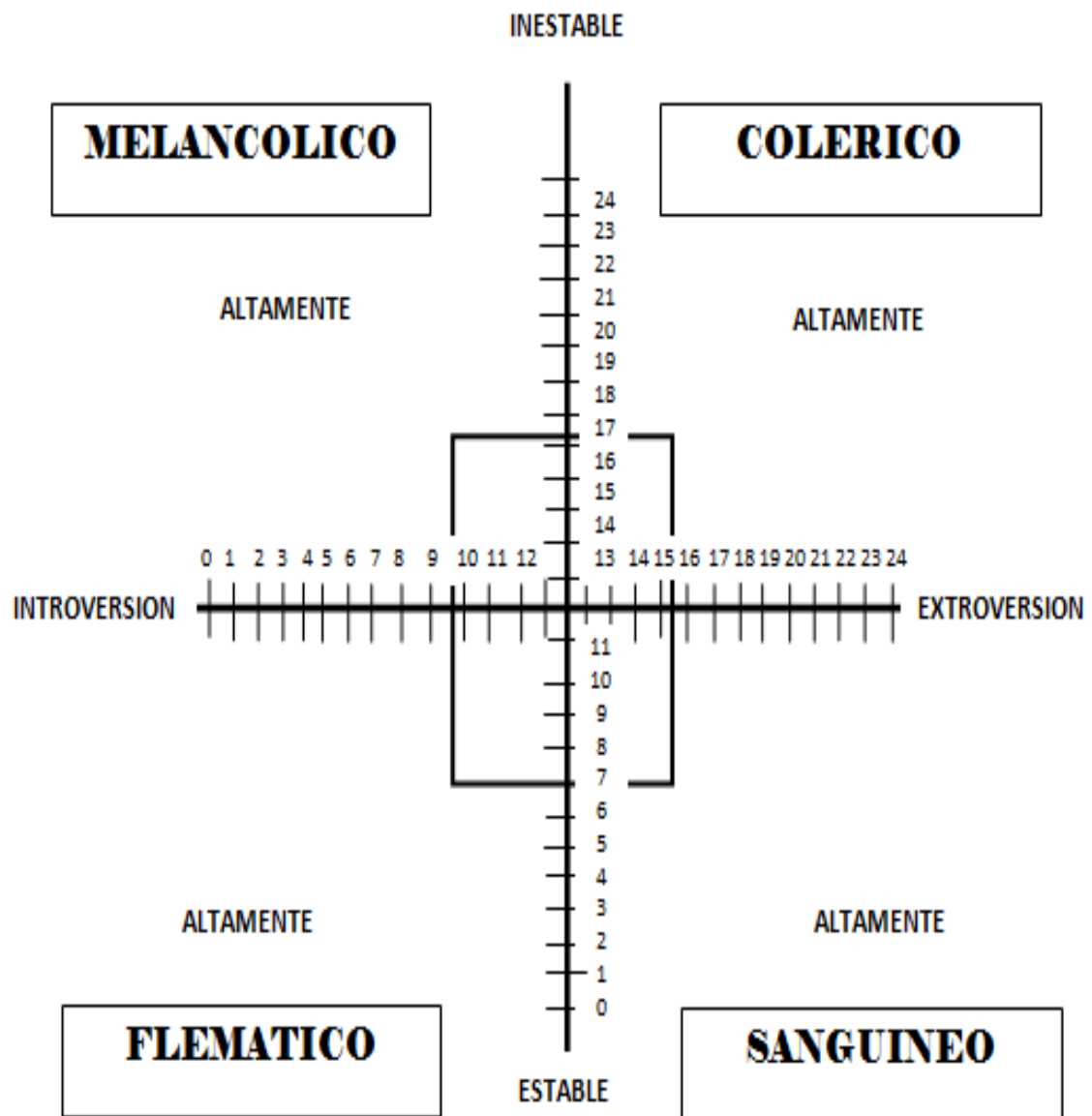
Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista ala mano cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?
8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?

13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gusta las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuando se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿Deja algunas veces para mañana. Lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?

46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿Se mantiene usualmente hético(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
57. ¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?

**POR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO**





## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS :  
EDAD :  
SEXO :  
ESTADO CIVIL :  
NIVEL DE ESCOLARIDAD :  
EXAMINADOR :  
FECHA DE EVALUACIÓN :

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS: OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

### IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**V. DIAGNOSTICO**

**VI. RECOMENDACIONES**

## ANEXO G



### UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICO



Servicio Provincial de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

#### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

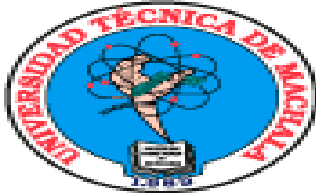
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

ANEXO H



# UTMACH

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICO

HISTORIA PERSONOLOGICA

**DATOS GENERALES:**

Nombre:

Sexo:

Edad:

ESTUDIO PSICOLÓGICO POR ÁREAS:

**ÁREA FAMILIAR:**

**ÁREA ESCOLAR:**

**ÁREA SOCIAL:**

**ÁREA SEXUAL – MATRIMONIAL:**

**ÁREA PERSONAL**

## DIAGNOSTICO PSICODINAMICO

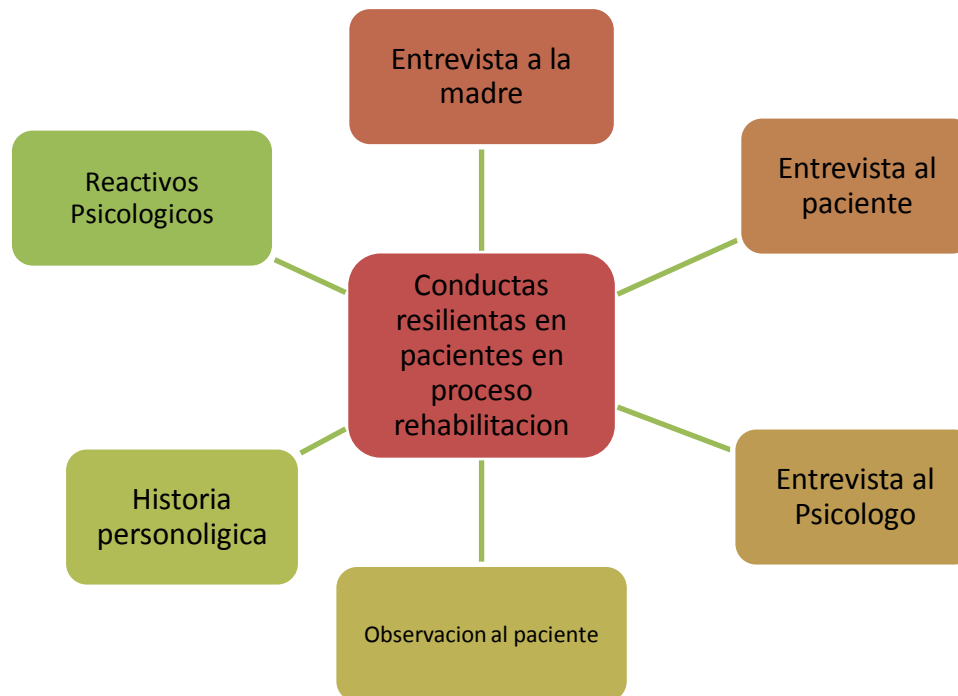


## ANEXO I



### RESULTADOS DE LA INVESTAGION

**TEMA:** Conductas resilientes en pacientes en proceso de rehabilitación por el consumo de cocaína



## BASES TEÓRICAS

Holling (1973) percibe a la resiliencia como la capacidad de permanecer igual a pesar de las diversas perturbaciones (Folke, y otros, 2010).

Kobasa y Maddi (1972) son los primeros en referirse al hardiness para explicar cómo determinadas personas poseen la capacidad de resistir el estrés con mayor éxito que otras es decir algunas situaciones pueden enfermar a unos y otros no, y tales diferencias constituyen la personalidad resistente (Crespo, 2010).

Wolin y Wolin establecieron una teoría acerca de la resiliencia que los denominaron como “mándala de la resiliencia” en la que explican que hay siete resiliencias que son: introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, sentido del humor, creatividad y moralidad que fortalecen al “Yo”. (Uriarte Arciniega, 2005).

Piaget (1991) alega que el desarrollo intelectual de individuo tiene su transcurso, primero se asimila los conceptos de los sucesos y grupos sociales ya instituidos en la infancia para posteriormente reaprender estos conceptos mediante las experiencias vividas con el fin de adaptarse a la realidad

Bandura (1974) demostró las conductas no necesitan un estímulo estable que las origine solo alguien de la misma especie que proyecten la misma conducta que se espera instruir.

Beck (2010) indicó que las representaciones mentales que abarcan: ideas, acontecimientos, emociones, se basan en esquemas mentales ya planteos por sucesos posteriores.

Los seres humanos que cursan por momentos de crisis mostraran conductas según la creencia que posean acerca de este acontecimiento estresante (Ellis & MacLaren, 2004).

Los reforzadores sociales son los que generan bienestar interno, los sujetos que tienen pocos estimuladores exteriorizara conductas inadecuadas que si elimina ocasionara inmediatamente varias sintomatologías (Bandura & Walters, 1974)

Beck (1999) afirma que estas creencias adictivas provienen de los esquemas nucleares disfuncionales que ocasionan vulnerabilidad emocional que influyen al consumo de drogas los cuales se clasifican en: **Personales:** Donde se encasillan las ideas de victimización y **Sociales:** Que son conjunto de ideas están relacionadas con los pensamientos con respecto a la sociedad que contienen mensajes de desprecio del medio social.

## CONDUCTAS RESILIENTES EN PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN POR EL CONSUMO DE COCAÍNA

### BASES COMPLEMENTARIAS

La resiliencia es el cambio entre la dificultad a la normalidad con la finalidad de recuperar el equilibrio (Gómez & Kotliarenco, 2010).

Si el individuo no consigue una aceptación existencial sentirá un vacío que genera poco control y desaliento sobre la propia existencia (González Tovar & Hernández Montaña, 2012).

Las conductas adictivas son generadas por factores que la influyen como son los efectos realizados bajo el consumo de la sustancia, pero son mantenidas por reforzadores negativos como es aliviar el sentimiento de soledad, tristeza entre otros (Echeburúa Odriozola, 2012).

Los consumidores de drogas poseen un desequilibrio mental y emocional debido a que realizan interpretación errónea, absurda sobre sus circunstancias y personas (Polo Martínez, y otros, 2011)

A través de un cambio de perspectiva puede fortalecerse la resiliencia (De la Ossa & García Vesga, 2012).

Manifestar sus sentimientos es considerado como una manera de afrontamiento (González, Amado, Fernández, & Tinajer, 2011).

Si el paciente expresa factores que pueden llevar a que recaiga en las adicciones en el tratamiento significa que ha aumentado su autocontrol e introspección que llevara a que se mantenga en abstinencia (Torrentsa, Mora, Massana, Robert, & Tejero, 2011).

Álvarez (2008) citado por Esparza entre otros (2013) plantea que intervenciones para cada etapa en el tratamiento:

- ✚ En la etapa de pre contemplación: Se sugieren ayudar al paciente a identificar factores protectores
- ✚ En la etapa de contemplación y preparación: Se considera establecer metas, reforzar pequeños cambios
- ✚ En la etapa de acción: Se debe mantener las motivaciones en el paciente.
- ✚ En la etapa de mantenimiento: Mejorar las relaciones sociales del sujeto y anticiparle situaciones de riesgo.

## RESULTADOS

La importancia en la resiliencia en el consumo de sustancias psicotrópicas es algo esencial debido a que el exceso de pensamientos negativos propios o del entorno genera déficit en la actividades diarias del sujeto.

La resiliencia no consiste solo superar un trauma sino la capacidad de auto observarse, establecer buenas relaciones, resolver los problemas de manera autónoma, el buen estado de ánimo y la necesidad algo nuevo.

El fortalecimiento del “Yo” depende del entorno familiar entre otros factores. La disfuncionalidad familiar es el principal factor de riesgo debido a que la familia es mayor fuente de estabilidad y afectividad en los seres humanos. En la infancia, la familia del objeto estudiado fue disfuncional debido al maltrato entre sus padres les llevo al divorcio. Su consumo inicio tras el duelo de su abuela que fue la persona encargada de su desarrollo en la infancia, según como fueron avanzando el proceso terapéutico fue aceptando este suceso lo que sería considerado como una manera de afrontar este suceso traumático. Al momento de asistir a terapia el profesional trabaja con la personalidad del individuo lo que generara cambios en la conducta.

Este proceso de aceptación ocurrió después de haber aprendido a controlar la ansiedad por consumir, lo cual fue comprobado y colaborado con la información otorgada por el psicólogo de la institución.

Las metas realizadas durante el proceso terapéutico fueron en dedicarles tiempo a sus hijas ya que se consideraba como un mal padre y ayudar a su madre debido a que fue la persona a la que más daño hizo. Actualmente termino su tratamiento en Narcóticos Anónimos y actualmente su mayor felicidad son sus hijas a quienes las apoya incondicionalmente al igual que su madre. Este proceso de cambio lo ubica en la etapa de Mantenimiento según Prochanska & DiClemente en donde se debe incentivar al sujeto a continuar con el cambio, Mientras más tiempo se mantenga en abstinencia el paciente en recuperación más autocontrol poseerá.



