

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**Título**

**“El desarrollo del manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas mediante la psicoterapia humanista”**

**TESIS**

Para obtener el Grado de Maestro (a) en Psicología

**PRESENTA**

Alejandra Flores Ocampo.

**Director de Tesis:**

Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio.

**Comité Tutorial**

Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano.

Mtra. Mónica Matilde Ramírez

Dra. Dení Stincer Gómez

Dr. Luis Pérez Álvarez

Mayo, 2019.

# Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. MARCO TEÓRICO.....	7
Capítulo 1 Manejo emocional.....	7
Concepto de Manejo Emocional.....	7
Capítulo 2 Psicoterapia Humanista .....	11
Tipos de Terapia Humanista .....	11
Características de la Terapia Centrada en la Persona.....	17
Capítulo 3 Adolescencia.....	20
Concepto de Adolescencia.....	20
Estadios de la etapa de la vida para Erik Erikson .....	21
Etapas de la adolescencia para Peter Blos .....	22
Capítulo 4 Drogas y tipos de drogas .....	25
Concepto de droga y tipos de drogas .....	25
Drogas depresoras .....	26
Drogas estimulantes .....	31
Capítulo 5 Consumo de Drogas.....	35
Definición de Consumo de Drogas.....	35
Capítulo 6 Factores de Riesgo y Factores de Protección .....	41
Concepto de Factores de Riesgo.....	41
Concepto de Factores de Protección.....	42
JUSTIFICACIÓN .....	43
3. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	46
4. MÉTODO.....	50
Procedimiento .....	51
Análisis de los datos.....	53
Resultados .....	60
Discusión .....	80
Conclusiones .....	84
Referencias.....	86
ANEXOS .....	91

# 1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se aborda la temática del manejo emocional, el trabajo con adolescentes, un panorama amplio sobre las diferentes terapias humanistas y el Enfoque Centrado en la Persona (ECP) como método principal de trabajo para las sesiones de terapia que se implementaron; además de exponer los diferentes tipos de drogas y los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias. Por último, se podrán encontrar los logros obtenidos de la investigación.

Hablando del tema de las emociones, es importante comenzar con el tema social, como consecuencia de la cultura machista que aún impera en nuestra sociedad, desde pequeños se nos educa con la idea de que las mujeres son débiles, más vulnerables y por lo tanto es más fácil y aceptado que expresen sus sentimientos y emociones; mientras que los hombres son concebidos como el sexo fuerte y no deben mostrar vulnerabilidad, por ende, no hay necesidad de expresar ni demostrar cómo se sienten, porque justamente eso es sólo para las mujeres.

Desde etapas muy tempranas de la vida aprendemos a reprimir todas esas emociones *negativas* que son cuestionadas e incluso castigadas por la sociedad; como el enojo, la tristeza, la ira, etc. Se nos enseña que enojarse es malo, que de nada sirve estar triste y que la ira, al igual que el enojo, son emociones que conllevan a tener problemas con los demás. Con todo esto de fondo, los niños crecen con la percepción de que sentir las emociones antes mencionadas no es bueno, porque traerán dificultades en la relación con los demás.

Si existen carentes bases para un autoconocimiento y un manejo emocional adecuado, el individuo tendrá que experimentar sus emociones con las herramientas que vaya adquiriendo a lo largo de su desarrollo, con la información que adopte de las conductas de figuras modelo por

medio de la observación y la imitación; sin embargo, se pueden generar introyectos<sup>1</sup> que no contribuyan al desarrollo óptimo del individuo, porque no generan cuestionamientos propios y eso va limitando su autoconocimiento.

Generalmente, no es tan sencillo poder lograr un manejo emocional que nos permita avanzar adecuadamente con el curso de la vida; sobre todo si no se promovió el autoconocimiento desde la niñez y si la impulsividad se anticipa ante diferentes situaciones. No *engancharse* con emociones que generen inestabilidad (por ejemplo, las que se mencionaron con anterioridad), con todo lo que ello implica ante situaciones, personas, etc.

Un manejo emocional adecuado generará no sólo mayor conciencia en el sujeto, sino comunicación directa y asertiva con los demás, promoviendo así una mejora en la calidad de sus relaciones interpersonales. Por eso es importante conocer qué podemos hacer para lograrlo y cómo hacerlo; con ayuda de psicoterapia el sujeto podrá mejorar este manejo de emociones, hablemos entonces de las terapias que pudieran ayudar a promoverlo.

Las terapias psicológicas y sus diferentes enfoques han sido utilizadas por muchos años, desde los primeros aportes de Freud en 1896 hasta nuestros días; cada vez se utilizan y enseñan diferentes tipos de psicoterapia, con la finalidad de ampliar la perspectiva y opciones para los diferentes pacientes. Porque si bien es cierto, no todos los pacientes son para un solo enfoque de terapia psicológica.

En la actualidad se cuentan con diferentes enfoques de terapia psicológica, entre ellos están la terapia psicoanalítica, terapia cognitivo conductual, terapia psicodinámica, terapia sistémica, gestáltica, entre otras. Cada corriente con un método diferente y específico, pero con la

---

<sup>1</sup> Ideas o pensamientos que otra persona dice al sujeto y éste, sin cuestionarlos, se apropia de ellos, los toma como verdades y los va replicando el resto de su vida.

finalidad de que el individuo haga consciente lo inconsciente y se de cuenta de sus conductas, logrando así una modificación en su ser y estar para mejorar aquello por lo cual asiste a terapia.

Si bien es cierto, un solo enfoque no es el ideal para todas las estructuras de personalidad, por ello es importante conocer los alcances y limitaciones de los diferentes enfoques psicoterapéuticos, para poder brindarle al paciente las herramientas que necesita.

El presente trabajo se centrará en la psicoterapia humanista; existen diferentes tipos, algunas más directivas que otras, sin embargo, al igual que en otros enfoques, hay diferentes vertientes y se pueden aplicar distintas técnicas de acuerdo a las necesidades del paciente.

Como se mencionó en párrafos anteriores, en la actualidad imperan distintos enfoques de terapia psicológica, sin embargo, una de las menos abordadas en el ámbito del consumo de drogas es la psicoterapia humanista, siendo quizá una de las razones por las que esto sucede es porque se podría considerar una psicoterapia de tipo “suave” para el tratamiento de las adicciones; mientras que es más común que sea la terapia cognitivo-conductual que tenga mayor presencia en este ámbito.

Resulta atractivo trabajar con la psicoterapia humanista porque, como se señala anteriormente, no hay muchos trabajos con este enfoque en el trabajo con consumo de sustancias; a continuación, se explicarán en qué consisten los diferentes tipos de psicoterapia humanista y al final el Enfoque Centrado en la Persona, mismo que fue utilizado para la presente investigación.

El tema de la adolescencia es quizá ya bastante estudiado, sin embargo, lo que resulta interesante son los cambios conductuales que las últimas generaciones de adolescentes han pasado; la brecha generacional que existen entre los adolescentes de ahora y los adolescentes que estaban en esta etapa hace unos quince años es bastante marcada, porque ahora se empiezan a

experimentar situaciones a más temprana edad, como por ejemplo el consumo de drogas, familias cada vez más disfuncionales, etc.

La adolescencia es uno de los períodos de la vida donde es muy marcado el cambio físico, biológico y social. Con la ayuda de las redes sociales, la mercadotecnia y los estereotipos sociales los adolescentes están más ansiosos de crecer, muchas veces dejan de lado esta etapa por vivir experiencias que probablemente no las hubieran tenido que experimentar sino años más tarde.

El proceso terapéutico en esta etapa es, sin duda, complicado de llevar porque al adolescente “no le pasa nada”, la mayoría de las veces no acuden a terapia por decisión propia, sino que se ven forzados a asistir ya sea por los padres o a petición del colegio; por ende, no es tan sencillo que se aperturen al proceso mismo.

Las sustancias nocivas para la salud han sido comunes desde hace décadas en nuestro país y en el mundo, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado sustancias químicas que han despertado el deseo por el consumo, por la novedosa idea que se presenta de ellas, por el fácil acceso que se tiene, por la necesidad que presenta el individuo al consumirlas ante la falsa idea de que con ello podrá “escapar” de situaciones que le generan frustración en su vida actual; a lo largo de mi trayectoria laboral las opiniones de los pacientes sobre este tema han sido concordantes entre sí.

La gama de sustancias se ha vuelto muy amplia y muchas veces las consecuencias pueden ser más terribles de lo que se espera, al haber muchas drogas sintéticas que generan ganancias millonarias, usuarios en el mundo se ven atraídos por ellas y su efecto, pero las consecuencias pueden ser catastróficas a corto plazo.

Existen diversos factores que contribuyen a que los jóvenes inicien su consumo de drogas, así como existen otros que favorecen para que los adolescentes tengan mayores recursos personales para no recurrir a las sustancias nocivas. Todos aquellos factores que ayuden al sujeto a tener una mayor contención para no refugiarse en las drogas se conocen como *factores de protección*, mientras que todos aquellos elementos que ayuden a que los adolescentes consuman drogas se les conoce como *factores de riesgo*.

Las diferentes instituciones en las que se desarrolla el sujeto juegan un rol muy importante para que se le proporcionen herramientas emocionales y de conocimiento para poder tener un mejor manejo emocional; dentro de estas instituciones están: la familia, la escuela, amigos, etc. El tener pocos recursos para poder tomar decisiones asertivas en la vida es lo que pudiera generar que los adolescentes consuman drogas, porque se les hace más accesible ya que es mejor que enfrentar los problemas que tienen; terminan siendo escuchados y aconsejados por sus pares, cuando ni siquiera ellos tienen madurez para tomar buenas decisiones.

Pocas veces se conoce el origen de las drogas, sus consecuencias a mediano y largo plazo, este tipo de información es poco manejado por los consumidores, quienes en la mayoría de los casos se limitan al consumo y al disfrute del mismo.

Con todo lo expuesto anteriormente, esta investigación busca promover el manejo emocional en los adolescentes consumidores de drogas, con la finalidad de mejorar su comunicación directa y asertiva, para que una vez trabajadas sus emociones sean capaces de tener una vida más sana, pudiendo tener otra opción que sólo el consumo de sustancias; además de mejorar sus relaciones interpersonales y su estar en la vida.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **Capítulo 1 Manejo emocional**

#### **Concepto de Manejo Emocional**

El concepto de Inteligencia Emocional (IE) fue introducido por Salovey & Meyer en 1990. Sin embargo es retomado posteriormente por el psicólogo Daniel Goleman.

La inteligencia emocional incluye habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanza (Goleman, 2002).

Ante situaciones perturbadoras lo anterior podría parecer imposible, mucho más si siempre se recurre a los patrones de conducta que el individuo utiliza para resolver situaciones y éstas no han resultado favorables para él, quizá haya intentado darle solución a las adversidades de diferente forma y termine dándose por vencido, quiere decir que sus recursos le son insuficientes para afrontar los diversos problemas que se le presentan, una manera de ayudarle al paciente que presente dificultades sería potencializar sus recursos internos para que pudiera tener un mejor resultado.

Actualmente, la división más admitida en IE distingue entre un modelo de habilidad, centrado en la capacidad para percibir, comprender y manejar la información que nos proporcionan las emociones, y modelos de rasgos o mixtos, que incluyen en su conceptualización una combinación de variables no estrictamente relacionadas con las emociones o la inteligencia Mayer, Salovey y Caruso (2000).

Salovey (Goleman, 2002) incluye las inteligencias personales de Gardner en su definición básica de inteligencia emocional, ampliando estas capacidades a cinco esferas principales, las cuales se muestran a continuación:

1. *Conocer las propias emociones*: la conciencia de uno mismo –el reconocer un sentimiento mientras ocurre- es la clave de la inteligencia emocional. La incapacidad de advertir nuestros auténticos sentimientos nos deja a merced de los mismos. Las personas que tienen una mayor certidumbre con respecto a sus sentimientos son mejores guías de su vida y tienen una noción más segura de lo que sienten realmente con respecto a las decisiones personales.

Esto es, que no podemos manejar algo que no conocemos; ya que cuando queremos hacerlo terminamos arruinando las cosas, lo mismo pasa con las emociones cuando no son reconocidas, somos presas de ellas; se termina manejado por la emoción y no por el contrario, como sería lo más adecuado. Las personas con mayor autoconocimiento y manejo emocional tienden a tener una vida más plena en cuando a la toma de decisiones, afrontan consecuencias de sus actos de una forma más madura que alguien que tiene un pobre manejo emocional.

2. *Manejar las emociones*: manejar los sentimientos para que sean adecuados es una capacidad que se basa en la conciencia de uno mismo. Las personas que carecen de esta capacidad luchan constantemente contra sentimientos de aflicción, mientras aquellas que la tienen desarrollada pueden recuperarse con mucha mayor rapidez de los reveses y trastornos de la vida.

Una vez que se conoce la emoción entonces se trabaja para poder manejarla a nuestro favor, si bien es cierto que todos tenemos complicaciones en nuestra vida diaria, si dejamos que las emociones nos dominen, en lugar de que nosotros las dominemos a ellas difícilmente podremos retomar el control de la situación que se presente, se vuelve más fácil cuando contamos con esta habilidad y nos reponemos con rapidez de las adversidades que se nos presentan en la vida diaria.

3. *La propia motivación*: el autodomínio emocional-postergar la gratificación y contener la impulsividad- sirve de base a toda clase de logros. Las personas que tienen esta capacidad suelen ser mucho más productivas y eficaces en cualquier tarea que emprendan.

Lo anterior ayuda a no “desbordarnos” emocionalmente cuando algo en nuestra vida puede salir bien, a no anticiparse a que suceda algo que deseamos; la postergación de la gratificación ayuda para un mejor autoconocimiento, autocontrol y crecimiento emocional.

4. *Reconocer emociones en los demás*: la empatía, otra capacidad que se basa en la autoconciencia emocional, es la “habilidad” fundamental de las personas.

Si bien todos hemos sido empáticos alguna vez no es fácil lograrlo para algunas personas, una vez que se logra conocer y manejar emociones en nosotros mismos es más sencillo hacerlo en los demás, esta facilidad empática se da desde lo que me ha dejado mi propia

experiencia de vida ante una situación similar; reconocer la emoción que el otro está sintiendo y poderla asociar con una vivencia.

5. *Manejar las relaciones*: el arte de las relaciones, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás.

Las relaciones interpersonales son complejas en el ser humano, no porque lo sean en verdad, sino porque las personas suelen manejarse sin los cuatro puntos antes mencionados o algunos de ellos; lo que buscamos en el otro, generalmente, es que cubra nuestras necesidades como personas, cuando no es así nos sentimos frustrados. Pero lo que hace falta es darse cuenta que el otro es como es y si no hay una aceptación de su persona íntegramente se dará la frustración en mayor medida y quizá el fin a alguna relación. Pero cuando se conoce que el otro sujeto con el que convivimos es de determinada forma, no pretendemos cambiarlo porque hay una aceptación entonces se pueden tener relaciones más sanas.

Con todo esto nos podemos dar cuenta que el tema del manejo emocional es importante en la vida del ser humano, ya que somos seres sociales y estamos interactuando con los demás, las emociones son algo constante en nuestra vida, todo el tiempo estamos sintiendo y si no aprendemos a manejarlas vamos por la vida haciendo lo que mejor nos parece, aunque sin caer verdaderamente en cuenta si nos es funcional o no lo que hacemos, como nos comportamos con el otro.

## Capítulo 2 Psicoterapia Humanista

### Concepto de Terapia Humanista

Las terapias humanistas tienen como objetivo potenciar el auto-desarrollo, las responsabilidades y el crecimiento personal del paciente. Se trabaja con las fortalezas, habilidades, capacidades y creatividad del paciente en el aquí y el ahora.

Todo el conjunto de la Psicoterapia Humanista se orienta hacia un facilitar el implicarse con la actualidad temporal y espacial, como una manera de enraizar a la persona en la realidad, prescindiendo de clichés adquiridos para percibirla, sentirla y actuarla, haciéndole consciente de todo el potencial presente en cada momento para responder a ella (Cortés, 1986).

### Tipos de Terapia Humanista

ψ *Terapia Existencial*: Este tipo de terapia tiene un enfoque más filosófico que técnico, fundamenta su perspectiva en las filosofías fenomenológico-existenciales. Sus orígenes se encuentran en la filosofía de principios del siglo XIX. Los filósofos comúnmente asociados con este tipo de terapia son Soren Kierkegaard y Frederich Nietzsche.

La Terapia Existencial pondera las capacidades humanas e incita a los individuos a asumir la responsabilidad de sus propios éxitos, además promueve la libertad y la asertividad.

Dentro de este tipo de terapia hay una descripción de cuatro niveles diferentes de experiencia y existencia con la que las personas nos enfrentamos; se les conoce como los cuatro reinos y a continuación se mencionan características de cada uno de ellos:

- 1) El mundo físico: es el mundo que compartimos con los animales, el mundo de las necesidades corporales, el deseo, el sueño, vigilia, muerte, sentimientos físicos y la naturaleza.

- 2) El mundo social: en este se encuentran la cultura, la sociedad y el lenguaje; así como la comunidad y la familia, las emociones y las relaciones de amistad y de pareja.
- 3) El mundo personal: en este da cabida a los problemas de uno mismo; además de las características personales, la identidad, las fortalezas y las debilidades.
- 4) El mundo de las ideas: considerado como el mundo “ideal”. Se considera la religión, los valores y las creencias. Se considera el reino de la trascendencia.

ψ *Terapia Gestalt*: esta forma de psicoterapia fue desarrollada a fines de 1940 por Fritz Perls y se rige por el principio de la teoría relacional que cada individuo es un todo; es decir, mente, cuerpo y alma.

Naranjo (2002) nos dice que la terapia gestáltica tiene por objetivo el despertar de la conciencia, del sentido de la actualidad y de la responsabilidad, es equivalente a decir que su objetivo es la capacidad de *vivenciar (experience)*. El enfoque de la terapia gestáltica busca vivenciar, pero no mediante la estimulación, sino que a través de la sensibilización. Para Perls, *ser* significaba estar aquí y ahora, estar consciente y ser responsable, es decir, estar detrás de las propias acciones y sentimientos. Los tres elementos, una apreciación de la *actualidad*, del *estar consciente* y de la *responsabilidad*, constituyen la actitud esencial de la terapia gestáltica.

De la misma manera hace un listado de mandatos morales implícitos en la terapia gestáltica, los cuales son:

1. Vive ahora, es decir, preocúpate por el presente más que del pasado o del futuro.
2. Vive aquí; relaciónate más con lo presente que con lo ausente.
3. Deja de imaginar: experimenta lo real.
4. Abandona los pensamientos innecesarios; siente y observa.

5. Prefiere expresar antes que manipular, explicar, justificar o juzgar.
6. Entrégate al desagrado y al dolor tal como al placer; no restrinjas tu percartarte.
7. No aceptes ningún otro debería o tendría más que el tuyo propio: no adores ninguna imagen tallada.
8. Responsabilízate plenamente de tus acciones, sentimientos y pensamientos.
9. Acepta ser como eres (Naranjo, 1990, pág. 21).

ψ *Terapia de las Necesidades Humanas*: este tipo de psicoterapia se basa en que los seres humanos tienen un conjunto de “necesidades básicas” innatas, es decir, de lo que las personas necesitan de forma natural para su bienestar físico y mental; si estas necesidades no se ven cubiertas puede aparecer la angustia. Dentro de las necesidades físicas encontramos respirar, beber agua, comer, dormir y la estimulación de nuestros sentidos; también se puede considerar el ciclo vital de vida (nacer, crecer y reproducirse). Por otra parte, como necesidades emocionales se encuentra el deseo de conectarnos con el mundo exterior y la búsqueda de nuestra realización. Dichas necesidades emocionales que se establecen dentro de este tipo de terapia son:

- 1) Seguridad
- 2) Atención
- 3) Sentido de autonomía y control
- 4) Intimidad emocional
- 5) Sentimiento de pertenencia a una comunidad
- 6) Privacidad
- 7) Sentido de pertenencia dentro de los grupos sociales
- 8) Sentido de competencia y rendimiento

9) Significado y propósito (Guerri, 2019).

ψ *Terapia Breve Centrada en Soluciones*: mejor conocida como Terapia Breve, dicho enfoque fue creado en Estados Unidos en la década de 1980 por Insoo Kim Berg y Steve de Shazer y se basa en la creación de soluciones, indaga sobre los recursos y posibilidades con los que el individuo cuenta y utiliza sus fortalezas para alcanzar sus metas. Promueve el cambio para ayudar a los sujetos a desarrollar un conjunto de objetivos claros, concisos y realistas.

Steve e Insoo junto con su equipo de colaboradores propusieron estos componentes fundamentales para la terapia breve:

- 1) El cambio es constante y seguro
- 2) Lo que es cambiante es posible
- 3) Los clientes deben querer cambiar
- 4) Los clientes son los expertos
- 5) Los clientes disponen de recursos y sus propias fortalezas para resolver y superar sus problemas
- 6) La terapia es a corto plazo
- 7) Se centran en el futuro, la historia no es esencial (Guerri, 2019).

ψ *Análisis Transaccional*: fue fundada por Eric Berne a finales de 1950, este tipo de terapia nos ayuda a comprender la relación que tenemos con nosotros mismos y con los demás; promueve el cambio y el crecimiento personal (Guerri, 2018).

El fin último es que los clientes recuperen la autonomía absoluta sobre sus vidas; para Berne, la autonomía es la recuperación de las tres capacidades humanas vitales: *la espontaneidad*, que tiene relación con la expresión de las necesidades propias, los pensamientos, sentimientos y emociones; *la conciencia*, se refiere a la distinción entre la realidad y la fantasía, el autoconocimiento y por último *la intimidad*, que hace referencia a ser auténtico y cercano con los otros (Mimenza, 2018).

Guerri (2018) menciona que Berne parte de la teoría de que cada persona tiene tres estados del ego, los cuales se refieren a las partes principales del individuo que reflejan un sistema de pensamiento, comportamiento y sentimiento; también determinarán la forma en la que los sujetos se expresan, interactúan entre sí y forman relaciones. Dichos estados del ego son: padres, adultos y niños.

- 1) Padres: Patrones de pensamientos, sentimientos y conductas que fueron aprendidas de nuestros padres o alguna otra figura de autoridad.
- 2) Adultos: Es el estado más racional y realista, ya que dirige las respuestas del individuo en el “aquí y el ahora” y no están influenciadas por el pasado.
- 3) Niño: Es el estado más impulsivo y espontáneo, son pensamientos, sentimientos o conductas que fueron aprendidas en la infancia

ψ *Psicología Transpersonal*: Guerri (2018) nos menciona que este tipo de enfoque fue impulsado por el psicólogo estadounidense Abraham Maslow en la década de 1960. El término “transpersonal” significa “más allá de lo personal”. Este tipo de terapia fomenta el crecimiento a través del reconocimiento de la centralidad del yo.

Algunos de los métodos comúnmente utilizados en la Psicología Transpersonal incluyen:

- 1) El conocimiento del cuerpo y el movimiento
- 2) Escritura de diario
- 3) Trabajo de respiración
- 4) Sanación del niño interior
- 5) Visualización guiada
- 6) Meditación
- 7) Terapia de yoga
- 8) Establecimiento de metas
- 9) El trabajo soñado
- 10) Entrenamiento asertivo
- 11) Gestalt
- 12) La terapia de regresión
- 13) El desarrollo de la imaginación y la intuición
- 14) Obra de arte simbólico

*ψ Terapia Centrada en la Persona:*

De todos los tipos de Terapia Humanista que existen nos vamos a enfocar en el tipo de Terapia Centrada en la Persona, ya que es el modelo que se trabajó en el escenario elegido, con el fin de promover el desarrollo del manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas.

## **Características de la Terapia Centrada en la Persona**

Se basa en la obra del Psicólogo estadounidense Carl Rogers.

Rogers (2000) nos dice que este tipo de psicoterapia está enfocado directamente en promover una mayor independencia e integración del individuo en lugar de esperar que tales resultados ocurrirán si el terapeuta le ayuda a resolver el problema. El centro de atención es el individuo y no el problema. El objetivo no es resolver un problema particular sino ayudar al individuo a crecer, de modo que él pueda hacer frente al actual problema y a problemas posteriores de una manera integrada.

Es decir, que el terapeuta no le da las respuestas al cliente; porque muchas veces eso ocurre en terapia, el sujeto va en busca de ayuda pero en realidad quiere que el terapeuta sea quien le facilite las soluciones; Rogers se refiere a que mientras el sujeto sea capaz de resolver algún problema que se le presente, siendo él un sujeto activo y cambiante, es él en quien nos tenemos que enfocar y orientarlo, para que tenga la fortaleza de enfrentar problemas posteriores de una manera funcional.

A su vez Rogers (2000) también nos plantea que existen tres particularidades específicas del terapeuta, que éste debe desarrollar para un clima promotor del crecimiento, bien en la relación que se da terapeuta-cliente, padre-hijo, etc., de hecho, en cualquier situación en la que el objetivo sea el desarrollo personal.

La primera se refiere a la genuinidad, autenticidad, congruencia. Mientras más la terapeuta es ella misma en la relación, sin poner fachadas personales o profesionales, mayor es la probabilidad de que el cliente cambiará y crecerá de una manera constructiva. Además, en la

medida en que el terapeuta experimente, reconozca como suyos, conozca y exprese lo que le sucede dentro, en esa medida es probable que ella facilitará el crecimiento en el cliente.

Con lo anterior nos referimos a que de alguna manera estamos siendo un modelo relacional para el paciente; si el sujeto se da cuenta de cómo es que el terapeuta se deja llevar y reconocer por sus emociones, es más fácil que él haga lo mismo; de esta manera se le ayuda al cliente en su proceso terapéutico, además de que genera confianza sobre la terapia misma.

La segunda actitud de importancia para crear un clima favorable al cambio es la aceptación, aprecio o estimación; esto es que, el terapeuta estima al cliente en una forma total más que de una manera condicional. Con esto no quiere decir que el terapeuta “debería” de querer a su paciente todo el tiempo, sin embargo, éste se da cuenta cuando no hay empatía o que existe cierto rechazo de parte del terapeuta, es posible que en muchas ocasiones el terapeuta esté pasando por situaciones personales adversas, no obstante, demostrarle al cliente que está ahí para él, no hacerle sentir que no le importa; el cambio terapéutico es más probable cuando el terapeuta denota una actitud más positiva, de interés y aceptante a lo que el paciente está trabajando.

El tercer aspecto facilitador es la comprensión empática; esto es que el terapeuta capta con precisión los sentimientos y significados personales que están siendo experimentados por el cliente y comunica dicha comprensión a éste.

Muchas veces el paciente expone cosas que el terapeuta no ha experimentado, sin embargo, la capacidad de empatía es lo que hace que pueda conectar con lo que el cliente está sintiendo. Cuando el paciente experimenta esto en sesión se siente verdaderamente escuchado, atendido, entendido y el proceso de terapia adquiere un mayor significado para él, se empieza a ver y a poner atención en cosas que antes no veía o que le eran difíciles de reconocer.

A medida que el cliente encuentra al terapeuta escuchando sus sentimientos en una forma aceptante, él se vuelve capaz de escucharse a sí mismo con aceptación, de oír y aceptar el coraje, el miedo, la ternura, el valor que está siendo experimentado (Rogers, 2000).

Conforme el paciente es más consciente y abierto de y hacia sí mismo, se vuelve más y más grande, ya que se va permitiendo hacer cosas que quizá antes no hacía, venciendo miedos, enfrentando retos, aceptando la realidad de su entorno y de quien es, siendo más consciente de las habilidades y potencialidades que ha ido desarrollando para un mejor estar en su presente.

Un enfoque centrado en la persona se basa en la premisa de que el ser humano es un organismo básicamente digno de confianza, capaz de evaluar la situación externa e interna, de comprenderse a sí mismo en su contexto, de hacer elecciones constructivas como los siguientes pasos en su vida y de actuar en base a esas elecciones (Rogers, 2000).

## Capítulo 3 Adolescencia

### Concepto de Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee un carácter y una personalidad particular, en esta etapa el adolescente echa mano de éstas dos características para ir consolidando su identidad, además de medir el grado de aceptación en los distintos escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado en los diferentes grupos a los que pertenezca.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Knobel (1998) define a la adolescencia como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil (Aberastury & Knobel, 2005, pág. 39).

Aberastury (2005) afirma que el signo que caracteriza a esta etapa de adolescencia es la necesidad del joven para poder entrar al mundo adulto y formar parte de él; los conflictos surgen debido a las dificultades que implican el mundo adulto, ya que se enfrentará a la revisión de sus logros y del mundo de valores que tenga.

Adolescencia significa la condición o el proceso de crecimiento. El término se aplica específicamente al período de vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, cuyos límites se fijan. Si bien suele incluirse a ambos sexos en el período comprendido entre los 13 y los 21 años, los hechos indican que en las adolescentes se extiende de los 12 a los 21, y en los varones de los 14 a los 25 en términos generales. (Aberastury, 2005, p. 158).

### **Estadios de la etapa de la vida para Erik Erikson**

Bordignon (2005) retoma en su investigación el planteamiento que Erikson realiza en su libro *Identidad, Juventud y Crisis* (1971) donde propone ocho estadios para clasificar la etapa de la vida, sin embargo, para la presente investigación se expondrá a continuación el estadio de la adolescencia.

#### ψ Estadio V Adolescencia (12-20 años)

El período de la pubertad y de la adolescencia se inicia con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual. La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos: a) *identidad psicosexual* por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida; b) la *identificación ideológica* por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; c) la *identidad*

*psicosocial* por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; d) la *identidad profesional* por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y e) la *identidad cultural y religiosa* en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida. La fuerza distónica es la *confusión de identidad, de roles*, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. La relación *social significativa es la formación de grupo* de iguales, por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones autodefinitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; consolidar las formas ideológicas o las doctrinas totalitarias y enfrentar la realidad de la industrialización y globalización. La fuerza específica que nace de la constancia en la construcción de la identidad es la *fidelidad y la fe*. La *fidelidad es* la solidificación y asunción de los contenidos y proceso de su identidad, una vez establecida como proyecto de vida.

### **Etapas de la adolescencia para Peter Blos**

Después de un análisis de las propuestas de los diferentes autores, el presente trabajo se centra en las etapas propuestas por Peter Blos, para delimitar a la población con la cual se trabajará. Ya que se considera que existe, por parte de Blos, una mayor amplitud en cuanto a la edad del adolescente.

Ceja (2012) retoma el trabajo realizado por Peter Blos (1962) en su libro *Psicoanálisis de la adolescencia* donde propone cinco etapas de la adolescencia las cuales se muestran a continuación:

ψ Preadolescencia: (9-11 años): En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en estímulos sexuales

y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades femeninas al extremo.

- ψ **Adolescencia temprana (12-14 años):** La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.
  
- ψ **Adolescencia propiamente dicha (15-18 años):** Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios, es decir, padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.
  
- ψ **Adolescencia tardía (19-21 años):** Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá

de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.

- ψ Posadolescencia (21-24 años): Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta.

## Capítulo 4 Drogas y tipos de drogas

### Concepto de droga y tipos de drogas

Iglesias (2002) nos dice que por *droga* entendemos, siguiendo la clásica definición de la OMS “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” y por *droga de abuso* “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”.

Todas las drogas son psicoactivas, es decir, que llegan al cerebro a través de la sangre y modifican su funcionamiento. El uso frecuente de éstas genera:

- ψ *Tolerancia*: al paso del tiempo se necesitan dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto.
- ψ *Dependencia*: se necesita consumir la sustancia para evitar síntomas desagradables (síndrome de abstinencia). La dependencia puede ser física y psicológica.
- ψ *Trastornos*: físicos (daños en el organismo), psicológicos (depresión, enojo y otras alteraciones emocionales) y sociales (aislamiento, accidentes, violencia y problemas con el sistema legal).

Las drogas no causan los mismos efectos en todas las personas, dependen de varios factores como:

- ψ *La Persona*: su sexo, edad, las emociones, el estado psicológico en el que esté, el tipo de alimentación que lleve y finalmente su metabolismo.
- ψ *Sustancia*: la vía de administración, la dosis que consuma, la frecuencia y la “calidad” de la droga.

ψ *Contexto:* Familiar, amistades, etc.

Para un fácil manejo de la información, se clasificarán a las drogas en dos grupos: drogas depresoras y drogas estimulantes; las cuáles serán ilustradas en el siguiente cuadro de clasificación. (Juvenil, n.d.)

Drogas Depresoras	Drogas Estimulantes
ψ Alcohol	ψ Tabaco
ψ Marihuana	ψ Cocaína
ψ Heroína	ψ Crack
ψ Inhalables	ψ Metanfetaminas
	ψ Éxtasis

### **Drogas depresoras**

Las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central se caracterizan por tener efectos estimulantes en tanto se consuman en dosis pequeñas. Si se abusa de estas sustancias, los efectos son la disminución de la actividad cerebral, produciendo sopor y confusión, pudiendo tener consecuencias más graves.

A continuación, se explican más ampliamente cada una de ellas.

## ALCOHOL

Es una droga depresora del sistema nervioso central que, aunque al inicio puede provocar euforia, adormece el funcionamiento del cerebro.

Entendemos por *bebida alcohólica* a aquella cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida.

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas.

- Las *bebidas fermentadas* son las procedentes de frutas o cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contienen se convierte en alcohol.

Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra.

- Las *bebidas destiladas* se consiguen eliminando mediante el calor, a través de la destilación, una parte de agua contenida en las bebidas fermentadas.

Dentro de las bebidas destiladas más conocidas se encuentran el coñac, brandy, ginebra, whisky, ron y vodka (Infodrogas, 2016).

Según la OMS (2015) existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. En el año 2012 se produjeron 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones. Además, el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo del alcohol.

## MARIHUANA

La marihuana es una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo, *Cannabis sativa*. La planta contiene una sustancia química que altera la mente llamada *delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC) y otros compuestos relacionados a éste.

Las personas fuman la marihuana en cigarrillos hechos a mano (*bareto* o *joint*) o en pipas o pipas de agua (*bongs*). Los consumidores también mezclan la marihuana en alimentos, como bizcochos, galletas o dulces, o también la preparan en infusiones como el té. Uno de los últimos métodos más populares de consumir la marihuana es fumar o ingerir diferentes formas de resinas ricas en THC.

### Extractos de la marihuana

La práctica de fumar las resinas ricas en THC, extraídas de la planta de la marihuana, está incrementando. Los consumidores le llaman a esta práctica dabbing. Las personas están consumiendo varias formas de estos extractos, algunas son:

- Aceite de hachís o aceite de miel—un líquido viscoso
- Cera o budder—una sustancia suave y sólida con una textura como la de un bálsamo de labios
- Shatter—una sustancia dura y sólida, de color ámbar (NIDA. La marihuana, 2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud (National Survey on Drug Use and Health—NSDUH) del 2013, la marihuana es la droga ilícita más comúnmente usada en los Estados Unidos (19,8 millones de personas la usaron en el mes anterior a la

encuesta). En ese año, el 81% de las personas encuestadas que eran consumidores de drogas ilícitas (refiriéndose a las personas que habían usado drogas ilícitas en algún momento durante los últimos 30 días antes de la encuesta) habían usado marihuana, y de ellos la marihuana fue la única droga usada por el 64.7% (NIDA, 2015).

## **HEROÍNA**

La heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso sino que también es el de acción más rápida. La heroína se procesa de la morfina, sustancia que se produce naturalmente y que se extrae de la bellota de ciertas variedades de amapolas o adormideras (NIDA, 2005).

En el 2011, 4.2 millones de personas en los Estados Unidos de 12 años o mayores (el 1.6%) habían consumido heroína alguna vez en su vida. Se calcula que alrededor del 23% de las personas que consumen heroína se vuelven dependientes de ella (NIDA, 2013).

## **INHALANTES**

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

- Los **disolventes volátiles** son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y

removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quitagrasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro.

- Los **aerosoles** son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo.
- Los **gases** anestésicos de uso médico incluyen el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como "gas hilarante".
- Los **nitritos** a menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual (NIDA, 2011).

Los inhalantes pueden ser aspirados por la nariz o por la boca de varias maneras, tales como:

- Aspirando ("*sniffing*") o inhalando ("*snorting*") los vapores de los envases.
- Rociando los aerosoles directamente en la nariz o la boca.
- Aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido rociadas o depositadas dentro de una bolsa de plástico o de papel ("*bagging*").
- Colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante ("*huffing*").
- Inhalando de globos llenos de óxido nitroso (NIDA, 2011).

## **Drogas estimulantes**

Son todas aquellas sustancias que se introducen en el Sistema Nervioso Central y alteran el funcionamiento del individuo produciendo sensación de euforia, actividad física aumentada, disminuye el cansancio, aminora la capacidad el sueño.

## **TABACO**

Es una planta que contiene nicotina, una de las sustancias más adictivas. Los cigarros (y el humo del tabaco) tienen alrededor de 4 mil componentes tóxicos como alquitrán, cianuro y muchos otros.

Dentro de los nombres con los que comúnmente se le conoce están: Cigarro, tabique, pitillo.

Según la NIDA (2015) los cigarrillos y otras formas de tabaco, incluyendo los cigarros o puros, el tabaco de pipa, el tabaco en polvo o rapé ("*snuff*") y el tabaco de mascar—contienen nicotina, una droga adictiva. La nicotina se absorbe fácilmente en la corriente sanguínea al mascar, inhalar o fumar un producto de tabaco.

El hábito de fumar cigarrillos es responsable de alrededor de la tercera parte de todos los tipos de cáncer, incluyendo el 90 por ciento de los cánceres de pulmón.

Según la OMS (2015) el tabaco mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

## **COCAÍNA**

La cocaína es una droga estimulante poderosamente adictiva hecha de las hojas de la planta de coca, nativa de Sudamérica. Aunque los proveedores del cuidado de salud la pueden usar para propósitos válidos medicamente, como anestesia local para algunas cirugías, la cocaína es una droga ilegal. Como una droga de la calle, la cocaína se parece a un polvo fino blanco cristalino (NIDA. La cocaína, 2016).

La cocaína pura era extraída originalmente de la hoja del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*, que crecía principalmente en Perú y Bolivia. En la década de los noventa, y después de varios esfuerzos para reducir el cultivo en esos países, Colombia se convirtió en el país con mayor cultivo de coca. Algunos consumidores combinan la cocaína con la heroína en lo que suelen llamar un “speedball” (NIDA, 2010).

## **CRACK**

Se obtiene de hervir clorhidrato de cocaína en bicarbonato de sodio o amoníaco. Es conocida como cristales de cocaína, aunque a veces erróneamente se confunde con la pasta básica de la cocaína, llamada también “bazuco”, “paco” o “pitillo”. La cocaína y el crack son formas químicas diferentes de un mismo compuesto; por tanto, sus efectos son similares, sólo varían en intensidad y duración; sin embargo, es necesario aclarar que el crack es más dañino y adictivo.

## **METANFETAMINAS**

Es sintetizada artificialmente en laboratorios clandestinos y combinada con sustancias dañinas, “precursores químicos” que se encuentran en medicamentos, perfumes, gel, etc. Es potencialmente tóxica y adictiva. Puede presentarse como polvo o cristales que van del color blanco al café, existe el mito de que entre más blancos son más “puros”. Pertenece al grupo de los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) y se confunde con las anfetaminas, el éxtasis y en ocasiones, por su aspecto, con la cocaína (Juvenil, n.d.).

La metanfetamina aumenta la liberación y bloquea la reabsorción del neurotransmisor dopamina, produciendo concentraciones muy altas de esta sustancia química en el cerebro. Esto constituye un mecanismo de acción común de la mayoría de las drogas de abuso, ya que la dopamina juega un papel importante en la gratificación, la motivación, la sensación de placer y la función motora. La habilidad de la metanfetamina de liberar rápidamente la dopamina en las regiones de gratificación del cerebro es lo que produce la euforia intensa o “rush”, que muchos consumidores sienten después de inhalar, fumar o inyectarse la droga (NIDA, 2009).

## **ÉXTASIS**

Estimulante que contiene Metilendioximetanfetamina (MDMA) que libera en el cerebro dopamina y serotonina. Generalmente se presenta en pastillas de diferentes tamaños y colores con logotipos; también en cápsulas y en forma de cristales que se hacen polvo. Es una droga diseñada en laboratorios, por lo que su composición es variable; muchas veces está adulterada con comprimidos antiparasitarios para perros, talco, almidón, lactosa y otros tóxicos, para aumentar su tamaño. (Juvenil, n.d.).

*3,4-metilendioxi-metanfetamina* (la MDMA) es una droga sintética que altera el estado de ánimo y la percepción (la conciencia de los objetos y las condiciones circundantes). La MDMA es químicamente similar a ambos los estimulantes y los alucinógenos, produciendo sentimientos de aumento de la energía, el placer, la calidez emocional y distorsiones en la percepción sensorial y del tiempo.

La MDMA aumenta la actividad de tres químicos del cerebro:

- La dopamina—causa un aumento en la euforia y la energía o la actividad
- La noradrenalina—aumenta el ritmo cardíaco y la presión arterial, que es riesgoso para las personas con problemas del corazón y los vasos sanguíneos.
- La serotonina—afecta el estado de ánimo, el apetito, el sueño y otras funciones. También desencadena las hormonas que afectan la excitación sexual y la confianza. La descarga de grandes cantidades de la serotonina probablemente causa la cercanía emocional, la elevación del estado de ánimo y los sentimientos de empatía que sienten los consumidores de la MDMA (NIDA, 2016).

Esta información nos sirve para darnos cuenta de lo que las drogas hacen en el cuerpo, hay unas que crean más adicción que otras, pero finalmente todas causan cierto tipo de alteración. Pareciera que la mayoría de los jóvenes no tienen la información suficiente para saber qué es lo que consumen, sino que lo hace, casi siempre, sin pensar en las repercusiones que vendrán después.

## Capítulo 5 Consumo de Drogas

### Definición de Consumo de Drogas

La OMS (Babor, Campbell, Room, & Saunders, 1994) hace una definición poco clara sobre consumo de drogas, en la que menciona que Consumo (alcohol o drogas) (use alcohol or drug) significa Autoadministración de una sustancia psicoactiva. Además, menciona que Consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking) significa: Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor.

Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

Debido a que no se encontró una definición propiamente dicha de “consumo de drogas” se pretende definir mediante la guía de las definiciones por separado de cada una de las variables que ya se dieron a conocer; de manera tal que, entiéndase por consumo de drogas al uso de sustancias nocivas para la salud que provocan alteraciones en el Sistema Nervioso Central, principalmente, lo que provoca cambios de humor y alteraciones sensoriales.

Se realizó una búsqueda sobre datos estadísticos que pudieran aportar información a la presente investigación, lo que se encontró se muestra a continuación y se hace un comparativo entre la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de diferentes años.

En lo relacionado con el consumo de drogas, la encuesta del año 2008 muestra un escenario de salud pública donde en los grupos de 12 a 17 años es comparativamente mayor (hasta en 30%) la exposición a la oportunidad de consumirlas y en el que la cifra de personas afectadas por adicciones ha crecido en los últimos seis años hasta cerca de 50 por ciento. Asimismo, la edad de inicio del consumo de drogas se ha adelantado hasta los 18 y 20 años, respectivamente, para hombres y mujeres, y estas últimas duplicaron su participación en el consumo (ENA, 2008).

En el estado de Morelos, el porcentaje de personas dependientes al consumo de drogas es de 0.4%, que está por debajo del promedio nacional que es del 0.6%. También se muestra que la exposición a la oportunidad de consumo en el estado, en los hombres es ligeramente mayor y en las mujeres es menor al promedio nacional. De la misma forma, la población más joven, quienes ya no estudian, se encuentran trabajando o que aún viven con sus padres, son quienes están más expuestos y consumen en mayor proporción drogas (ENA, 2008).

En dicha encuesta también se concluye que, en el caso del alcohol, en general, el consumo es mayor en el estado de Morelos, comparado con el resto del país, en el caso del consumo diario en los hombres es igual al promedio y, para el consumo consuetudinario, son las mujeres quienes están dentro del promedio nacional. Esto indica una problemática importante de esta sustancia en el estado. Bajo este contexto, es importante canalizar mayores esfuerzos a la prevención primaria del problema, en los distintos segmentos de la sociedad, con la intención de disminuir la problemática y, de manera especial, trabajar con la población infantil, a fin de dotar a esta comunidad de mejores estrategias para enfrentar la problemática y tener mejores oportunidades de vida. El incremento en el número de usuarios/as fuertes y los problemas asociados, nos indica

la necesidad prioritaria de atender adecuadamente y con estrategias efectivas a quienes se encuentran en el proceso de adicción al consumo (ENA, 2008).

Por otra parte, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2011 (Villatoro-Velázquez, 2012) con la población de 12-17 años de edad se obtuvo que las prevalencias de consumo de drogas en el último año son bajas, el consumo de cualquier droga es de 1.6% y de 1.5% para cualquier droga ilegal, con relación al 2008, las prevalencias se mantienen iguales. Se observa que el consumo de marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%). A continuación, se muestra una tabla que complementa la información anterior.

**Cuadro 7: Tendencias del Consumo de Drogas en el Último Año en Población Total de 12 a 17 años.**

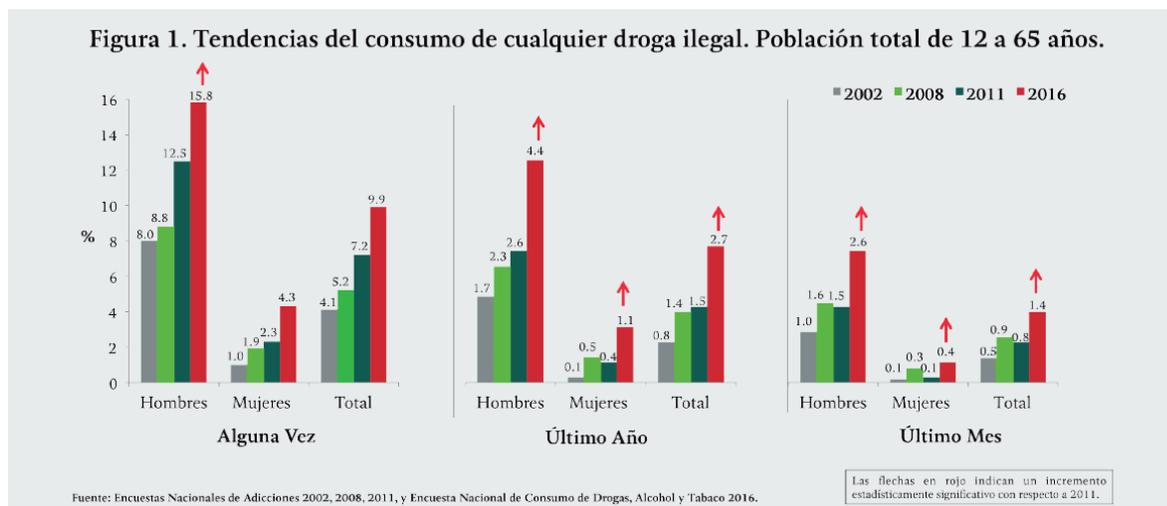
	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002	2008	2011	
	%	%	%	IC 95%
<b>Total</b>				
Mariguana	0.5	1.2	1.3	0.816-1.835
Cocaína**	0.2	0.4	0.4	0.160-0.641
Cualquier droga ilegal	0.7	1.5	1.5	1.001-2.081
Cualquier droga	0.8	1.7	1.6	1.093-2.188
<b>Hombres</b>				
Mariguana	0.9	1.7	2.0	1.111-2.927
Cocaína**	0.3	0.6	0.4	0.097-0.667
Cualquier droga ilegal	1.3	2.1	2.2	1.233-3.072
Cualquier droga	1.4	2.1	2.2	1.233-3.072
<b>Mujeres</b>				
Mariguana	0.1	0.6	0.6	0.176-1.050
Cocaína**	0.1	0.2	0.4	0.053-0.787
Cualquier droga ilegal	0.2	0.9	0.9	0.376-1.451
Cualquier droga	0.3	1.3	1.1	0.545-1.683

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008 y 2011.

\*\*Cocaína también incluye crack.

La última información que arroja la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en el año 2017, nos muestra que dentro de la población de 12 a 65 años de edad, la edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años, siendo para los hombres de 17.7 y para las mujeres de 18.2 (Villatoro-Velázquez J. R.-E.-S.-C.-M.-H.-I.-B.-M.-R.-N.-M.-A., 2017)

A continuación, se muestra una tabla comparativa sobre el consumo de drogas ilegales en la población encuestada.



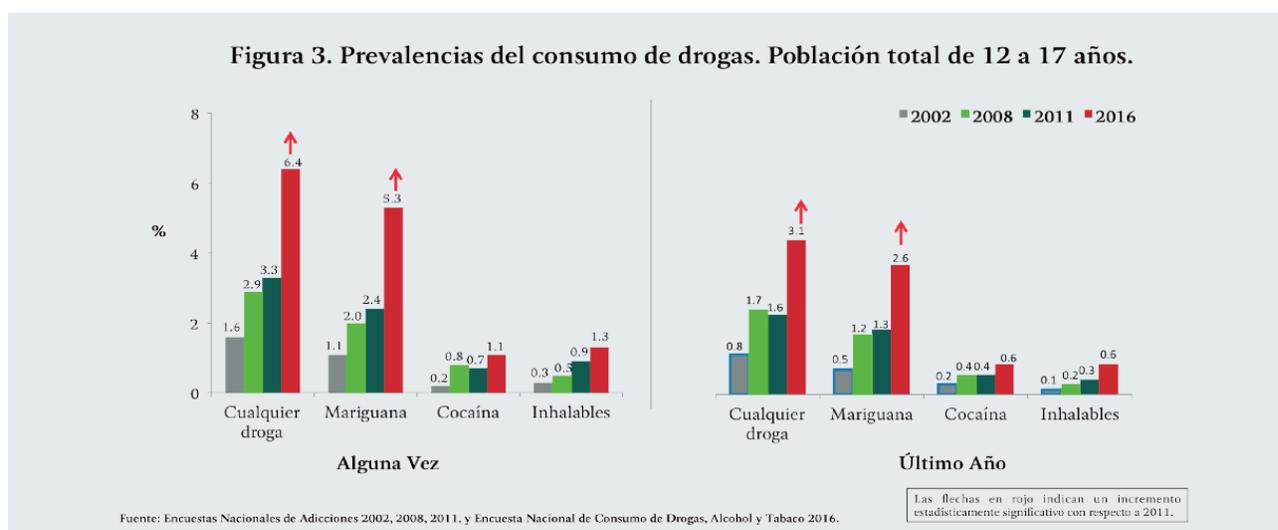
Se puede observar con claridad que existe un incremento significativo en las encuestas realizadas en un lapso de catorce años en cuanto al consumo de drogas ilegales la población que fue encuestada, siendo la población masculina quien tiene mayores prevalencias al consumo.

Enfocándonos en la población adolescente de 12-17 años de edad, la ENCODAT (Villatoro-Velázquez J. R.-E.-S.-C.-M.-H.-I.-B.-M.-R.-N.-M.-A., 2017) menciona que el 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) mientras que el 1.2% ha consumido en el último mes. Además, el 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez, (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9 % en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y el 1.2% lo ha hecho en el último mes (1.7% hombres y 0.7% mujeres).

Por otra parte, el 5.3% ha consumido marihuana, el 11% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez; en el último año 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% cocaína y 0.6% inhalables; en el último mes 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.

Otros datos significativos dentro de este tipo de población adolescente son la prevalencia de alguna vez de drogas ilegales que aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%, de igual manera el consumo de mariguana se incrementó tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%) como en el último año (1.3% a 2.6%).

A continuación, se muestra la gráfica que ilustra los datos anteriores:



En la población adulta del rango de edad de entre los 18 y los 34 años, 15% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida (22.8% hombres y 7.6% mujeres); el 5% ha consumido cualquier droga en el último año (8.2% hombres y 2.0% mujeres); 2.7% ha consumido cualquier droga en el último mes (4.8% hombres y 0.7% mujeres), cabe mencionar que en este grupo de edad se encuentra la mayor prevalencia global de consumo (Villatoro-Velázquez J. R.-E.-S.-C.-M.-H.-I.-B.-M.-R.-N.-M.-A., 2017).

La mariguana y la cocaína son las drogas de mayor preferencia (12.8% y 5.2% respectivamente para alguna vez; 3.5% y 1.5% en el último año y 2% y 0.8% respectivamente para el último mes).

La ENCODAT menciona que, la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez incrementó de 11.3% en 2011 a 15% en 201; en hombres aumentó significativamente de 18.5% a 22.8% y en mujeres de 4.6% a 7.6% (Villatoro-Velázquez J. R.-E.-S.-C.-M.-H.-I.-B.-M.-R.-N.-M.-A., 2017).

Con los datos antes mostrados podemos concluir que el consumo de drogas ha incrementado considerablemente, tanto en hombres como en mujeres, aunque el porcentaje de éstas es más bajo que el de los hombres se considera importante evaluar el incremento en ambos sexos de la población. El promedio de edad de inicio de consumo bajó a comparación de la última encuesta realizada en el 2011.

## Capítulo 6 Factores de Riesgo y Factores de Protección

### Concepto de Factores de Riesgo

Iglesias (2002) hace referencia que el factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación de las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992, p.15 en Iglesias, 2002).

López y Rodríguez-Arias (2010) retoman en su investigación uno de los modelos multicausales; el Modelo de Desarrollo Social (SDM), modelo que fue utilizado con anterioridad (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002; Hawkins, Catalano y Miller, 1992), a partir de investigaciones realizadas en los 80 y algunas otras que fueron contrastadas, concluyeron que el consumo de drogas tenía relación con factores de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela, el individuo y los iguales. A continuación, se ejemplifican cada uno de los factores de riesgo antes mencionados:

*Factores de riesgo de la comunidad:* transiciones, movilidad personal y en la comunidad, desorganización comunitaria, escaso apego al vecindario, leyes y normas favorables al consumo de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas.

*Factores de riesgo familiares:* historia familiar de comportamiento antisocial, conflicto familiar, actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, escasa disciplina y supervisión y escaso apego familiar.

*Factores de riesgo escolares:* fracaso escolar y escaso compromiso con la escuela.

*Factores de riesgo individuales y de los iguales:* actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas, comienzo temprano de los comportamientos problemáticos, consumo de drogas de los amigos, interacción con iguales antisociales, escasa percepción del riesgo de consumir, recompensas por el comportamiento antisocial, rebeldía y búsqueda de sensaciones.

### **Concepto de Factores de Protección**

Iglesias (2002) nos dice que se entiende por factor de protección a un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

A continuación, se presenta un cuadro que describe cómo los factores de riesgo y los factores de protección afectan a las personas en cinco dominios, según la NIDA (National Institute on Drugs Abuse).

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Dominio</b>	<b>Factores de Protección</b>
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el consumo de drogas se ha vuelto un tipo de problemática que afecta a la sociedad en general, no sólo a la persona que consume ni a sus familiares, sino a las personas que estamos inmersas en una sociedad. Los datos estadísticos que se presentaron anteriormente muestran que hay un incremento en el consumo de drogas; la edad de inicio de consumo es menor que en años anteriores.

Los hombres siguen siendo los principales consumidores, sin embargo, el porcentaje de consumo en mujeres también se incrementó de manera significativa. Pese a que se muestra en el último reporte realizado por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) que la población de mayor consumo se encuentra entre los 18 y los 34 años de edad el grupo de adolescentes sigue siendo un grupo vulnerable.

Sabemos que la adolescencia es una de las etapas de mayores cambios físicos, biológicos y psicológicos para el ser humano, se presenta una etapa de rebeldía en el adolescente debido a la incomprensión que siente por el medio social y familiar, se ve refugiado en su grupo de amigos; donde es mucho más propenso al consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y dentro de las drogas ilegales la mariguana, que según la experiencia que he tenido con las personas adictas que he podido atender en terapia, es la droga ilegal de inicio.

Dentro de los factores de riesgo importantes para que se dé un consumo de drogas están el pobre autocontrol, bajo control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, carencia afectiva de las figuras parentales, poca comunicación con padres o tutores, falta de supervisión de éstos en las actividades de sus hijos, etc. Todo lo anterior contribuye a un pobre manejo emocional, que, si

bien de por si es complicado tenerlo, en una etapa como la adolescencia es más complicado aún, ya que se están consolidando muchos gustos, afinidades e identidades.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el manejo emocional es la capacidad que tenemos para conocer nuestras propias emociones, lograr identificarlas y así tener un mejor control de ellas; además de superar adversidades, tolerancia a la frustración, generar empatía con los demás, etc. Con la población adolescente este tipo de cuestiones es más compleja de trabajar que con la población adulta, ya que, al estar en una etapa de muchos cambios físicos y emocionales, los adolescentes suelen no tener disposición para introspección y trabajo sobre sus emociones, además de que son más inestables; sin embargo, no es imposible realizar el trabajo con ellos. La importancia de hacerlo en una etapa de la vida tan importante como la adolescencia es para generar herramientas en el paciente para que le ayude a tener una mejor calidad de vida emocional y así mayor manejo de límites e impulsos, lo que ayudará a la prevención de recaídas en el consumo de drogas.

La psicoterapia humanista es un tipo de terapia que no es común dentro del tratamiento de adicciones, ya que no es tan directiva como pudiera ser la terapia cognitivo conductual, que es con frecuencia la más utilizada en este tipo de tratamientos. Sin embargo, la terapia humanista ofrece gran variedad de técnicas para poder trabajar con el paciente y poder generar la conciencia de sí mismo.

Hablando más puntualmente del Enfoque Centrado en la Persona (ECP) que desarrolla Carl R. Rogers, es en el que se centra esta investigación. A diferencia de la Gestalt, el ECP es menos directivo.

Con todo esto, el aporte de esta investigación es importante, ya que en la actualidad la relación de la psicoterapia humanista con el consumo de drogas parece no estar lo suficientemente explorada, a diferencia de la terapia cognitivo conductual, que tiene mayor presencia en este tipo de conductas relacionadas con el consumo de sustancias; la terapia humanista explora los sentimientos, favorece el autoconocimiento, lo que es fundamental para lograr desarrollar un mejor manejo emocional.

Por esto mismo, aportar al campo científico algo que ha sido poco explorado aporta en sobre manera datos para futuras investigaciones. Mismas que ayudarían y fomentarían mayor exploración en este tipo de psicoterapia, con la cual se han tenido muchas reservas a la otra de tomarla de manera “seria”, porque como se dijo, es el enfoque cognitivo conductual quien se ha encargado de tener mayor presencia en este tipo de escenarios.

De esta manera, al ser vista como una posibilidad más de psicoterapia dentro de los centros de rehabilitación, mayores probabilidades se tienen de que se pueda aplicar y ser tomada con mayor seriedad dentro del campo de la psicología.

### **3. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se desarrolla el manejo emocional mediante el modelo de Psicoterapia humanista en los adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo drogas en una Clínica en Cuernavaca, Morelos?

#### **Objetivo General**

Analizar el proceso de desarrollo del manejo emocional mediante la intervención de psicoterapia humanista con los adolescentes por consumo de drogas en una clínica de rehabilitación en Cuernavaca, Morelos.

#### **Objetivos Específicos**

Determinar las características del manejo emocional predominantes en los adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de drogas.

Determinar e implementar técnicas de la terapia Humanista para el desarrollo del manejo emocional en los adolescentes en proceso de rehabilitación por consumo de drogas.

#### **Supuesto**

Las habilidades del manejo emocional son favorecidas mediante el modelo de Psicoterapia humanista en los adolescentes consumidores de drogas en una Clínica en Cuernavaca, Morelos.

## **Unidades de análisis**

Psicoterapia humanista

Manejo emocional

Consumo de drogas

## **Definición de las unidades de análisis**

### **Psicoterapia humanista:**

Las terapias humanistas tienen como objetivo potenciar el auto-desarrollo, las responsabilidades y el crecimiento personal del paciente. Se trabaja con las fortalezas, habilidades, capacidades y creatividad del paciente en el aquí y el ahora.

Todo el conjunto de la Psicoterapia Humanista se orienta hacia un facilitar el implicarse con la actualidad temporal y espacial, como una manera de enraizar a la persona en la realidad, prescindiendo de clichés adquiridos para percibirla, sentirla y actuarla, haciéndole consciente de todo el potencial presente en cada momento para responder a ella (Cortés, 1986).

### **Manejo emocional:**

Actualmente, la división más admitida en IE distingue entre un modelo de habilidad, centrado en la capacidad para percibir, comprender y manejar la información que nos proporcionan las emociones, y modelos de rasgos o mixtos, que incluyen en su conceptualización una combinación de variables no estrictamente relacionadas con las emociones o la inteligencia (Mayer et al., 2000).

### **Consumo de drogas:**

La OMS (Babor et al., 1994) hace una definición poco clara sobre consumo de drogas, en la que menciona que Consumo (alcohol o drogas) (use alcohol or drug) significa Autoadministración de una sustancia psicoactiva.

## **Escenario**

Centro de Atención Asistida Pinar del Bosque A.C.

## **Propuesta de intervención**

### Etapa diagnóstica:

Se eligió a seis sujetos de edades entre 15 y 24 años de edad, que se encontraban en etapa de rehabilitación en la Clínica de Atención Asistida Pinar del Bosque A.C.; de sexo indistinto, consumidores de drogas, a su vez se les aplicó una entrevista semi estructurada para conocer su historia de consumo y manejo emocional; así como el test sobre emociones y afectos PANASN

### Etapa de Intervención:

La intervención se llevó a cabo de forma individual, la cual consistió en la aplicación de 12 sesiones de 50 minutos cada una de psicoterapia humanista una vez a la semana a cada uno de los participantes; dichas sesiones fueron grabadas por voz.

Dentro de las técnicas que se utilizaron del método cualitativo fueron la observación participante, utilizando el guion de entrevista, además donde se consideró que todo el tiempo se estuvo observando no sólo al paciente en la sesión de psicoterapia, sino que el terapeuta realizó un trabajo de autoobservación en el proceso mismo de la terapia, así como que el sujeto participó de manera activa y el registro observacional de las sesiones mediante la grabación de voz de las mismas y el instrumento aplicado.

En la intervención de psicoterapia humanista se utilizaron varias técnicas terapéuticas, como el reflejo, la silla vacía, el trabajo de partes, polaridades, etc.

### Reelaboración del Dx.

A los 6 participantes que estuvieron en intervención psicoterapéutica se les realizó la aplicación de test sobre emociones y afectos PANASN.

Participantes: 6 jóvenes consumidores de drogas en proceso de rehabilitación en la Clínica de Atención Asistida Pinar del Bosque A.C.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación se realizó manteniendo un respaldo teórico. Del mismo modo, el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología formó parte esencial de la labor de investigación. Se procuró mantener la confidencialidad, de acuerdo al art. 61 y al art. 132, se utilizaron seudónimos de los pacientes para mantener su confidencialidad, según el art. 62.

Se realizó la firma de consentimientos informados, en el caso de los menores de edad sus padres firmaron; así como en el caso de los participantes mayores de edad; en el caso de ser menor de edad se realizó la firma del asentimiento informado posteriormente de que los padres del paciente hubieran firmado el consentimiento informado. Después se hizo el encuadre de manera verbal y se les recordó a los pacientes, como ya se había hecho desde el momento de haber sido seleccionados para participar en el proyecto, que las sesiones iban a ser grabadas de voz.

## 4. MÉTODO

### Tipo de estudio

Cualitativo, exploratorio y descriptivo.

El tipo de estudio cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

Además, los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Hernández, et al. (2010) menciona que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describe tendencias de un grupo o población.

En este sentido la presente investigación se considera exploratoria y descriptiva ya que se estará interviniendo de manera directa con los sujetos, mediante las sesiones de psicoterapia, se hará una descripción de las terapias de acuerdo a lo más relevante que se haya suscitado y exploratoria debido a que se buscan resultados favorables en esta investigación para contribuciones futuras.

## **Participantes**

Seis adolescentes, tres hombres y tres mujeres, de entre 15 y 24 años de edad, consumidores de drogas.

## **Procedimiento**

Se acudió a la clínica para solicitar el permiso para realizar la intervención; la cual se otorgó sin mayores problemas, el director de dicho lugar se manejó de manera accesible y brindó todas las facilidades para asistir.

Posteriormente se realizó el filtro de toda la población, se efectuó la selección de quienes cumplían con los criterios de inclusión de la muestra antes mencionados (sexo indistinto, consumidores de drogas y de edad entre 15 y 24 años). En el momento inicial del filtro sólo había cuatro pacientes que cumplían con los criterios, un participante que era menor de edad, motivo por el cual se platicó con sus padres para explicarles el interés en la participación de dicho proyecto, los padres estuvieron de acuerdo y firmaron el consentimiento informado; ya que el paciente tenía conocimiento del proyecto y deseaba participar; una vez firmado el consentimiento informado, él realizó la firma del consentimiento informado.

Los tres pacientes restantes eran mayores de edad, por lo cual ellos mismos hicieron la firma del consentimiento informado; a los cuatro participantes se les aplicó la entrevista semi estructurada y se les asignó una fecha y hora semanal para las sesiones de psicoterapia humanista. El inicio de la intervención con sesiones de psicoterapia fue el día miércoles 29 de noviembre, asistiendo a la clínica el miércoles por la tarde y el viernes con un horario diverso para no afectar las actividades ya establecidas en la clínica.

En un segundo momento, dos pacientes ingresaron a la clínica, los cuales cumplían con los criterios de la muestra. Se les invitó a participar en el proyecto que se estaba llevando a cabo y estuvieron de acuerdo; a uno de ellos se le aplicó el consentimiento informado, el otro paciente era menor de edad, mismo que requirió que su madre firmara de conformidad y el paciente firmó su asentimiento informado. Después de que se les aplicaran las entrevistas semi estructuradas se les agendó la cita para psicoterapia humanista.

Las sesiones terapéuticas con un mayor número de población, se organizaron en horarios fuera de las actividades de la clínica; de manera que las sesiones para esta intervención se cambiaron para los días lunes y martes, asistiendo por la mañana y por la tarde.

En un tercer momento, ingresó un paciente más a la clínica que cumplía con los criterios de inclusión de la muestra, así que se le invitó a participar en la intervención, se realizó la firma del consentimiento informado, se le aplicó a entrevista semi estructurada y se le agendó día y hora para la intervención, misma que era los martes por la tarde, antes de que se reanudaran las actividades de la clínica. La intervención se finalizó el día 8 de mayo de 2018.

## Análisis de los datos

Una vez que se tuvieron completos los datos de las entrevistas y las sesiones de psicoterapia grabadas por voz, la técnica que se utilizó fue el análisis de contenido; debido a que se hace un estudio con muchos más elementos, teniendo en cuenta no sólo las sesiones de psicoterapia en sí, sino también la expresión corporal del paciente y todo su lenguaje no verbal que de alguna manera contribuye para la terapia.

Para tener un panorama más claro de la técnica del análisis de los datos, a continuación, se explicará brevemente en qué consiste la metodología del análisis de contenido, retomando algunos autores que se han dedicado a la explicación de la misma y a darle importancia a su utilización.

Cáceres (2003) menciona que, para Allport, se trata de un método para estudiar y analizar las comunicaciones de una forma sistemática, objetiva y cuantitativa a fin de medir variables (Allport, en Pérez, 1994); dichas variables son expuestas por el entrevistador, quien al final de la intervención es quien propondrá las mismas.

Por otra parte, Moraima Campos & Auxiliadora Mújica (2008) mencionan que el análisis de contenido representa el significado de un fenómeno estudiado, donde se activa un bloque de información, integrado al contexto o a la estructura que le confiere el informante clave, de acuerdo a la experiencia en el tema tratado (en Gonzáles, 2000).

Fernández (2002) menciona algunos usos posibles del análisis de contenido como lo son *determinar* el estado psicológicos de las personas o grupos con la finalidad de conocer sus formas de comunicarse; además de poder también *identificar* actitudes, valores, dogmas y propósitos de personas, grupos, instituciones, etc. Dejando claro que la utilización del análisis de contenido se

puede aplicar en muchos campos, dándole un extenso uso a sus funciones, dependiendo de lo que el investigador necesite realizar.

Por último, se cree importante realizar la distinción entre análisis de discurso y análisis de contenido, ya que ambos métodos son sumamente utilizados en metodología cualitativa. Cáceres (2003) afirma que:

Debido a que el análisis del discurso se centra en el proceso, la posibilidad de aplicación del mismo se ve llimitada en tanto se circunscribe a la práctica social de verbalización (Calsamiglia, 1999; Van Dijk, 2001). El análisis de contenido, por su parte, también se centra en la comunicación, mas no restringida al plano verbal, pudiendo ser aplicada además de a un amplio rango de materiales visuales o sonoros, como pintura, fotografía, video, música, etc. (Gustafson, 1998; Leavy,2000), lo que en ocasiones se denomina “material simbólico” (Kolbe & Burnett, 1991).

De este modo tanto para la entrevista semi estructurada como para las sesiones grabadas por voz se crearon categorías; las cuales surgieron de la observación directa y del tema general de este proyecto; las cuales a continuación se exponen las de la entrevista realizada y explicando en qué consiste cada categoría.

*Tabla 1*

	<b>Tópicos</b>	<b>¿En qué consiste?</b>
P 1	Historial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las drogas consumidas por el sujeto a lo largo de su vida</li> </ul>
	Compañeros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usualmente con quien consume</li> </ul>
	Situaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuáles son las circunstancias donde se da el consumo de sustancias</li> </ul>

P 2	Cantidad de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la dosis en qué consumía la(s) sustancia(s)</li> </ul>
	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber la periodicidad del consumo</li> </ul>
P 3	Droga de impacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustancia de mayor consumo o preferencia</li> </ul>
P 4	Drogas consumidas antes del internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los diferentes tipos de sustancias que el sujeto consumió antes de ingresar a rehabilitación</li> </ul>
	Cantidad consumida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis de sustancia que fue ingerida</li> </ul>
P 5	Incremento del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el periodo de tiempo en el que el sujeto aumentó su consumo para que se convirtiera en un problema</li> </ul>
P 6	Razón de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar cuál fue el motivo por el que se está en rehabilitación</li> </ul>
	Solicitud de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos brinda información sobre quien decide empezar el último internamiento</li> </ul>
P 7	Identificación de emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber qué tan fácil es para el sujeto reconocer cómo se siente regularmente fuera del internamiento</li> </ul>
P 8	Emociones recurrentes antes del internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar sobre las emociones predominantes en el paciente antes de comenzar el proceso de rehabilitación</li> </ul>
	Emociones recurrentes durante el internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las emociones frecuentes en el paciente cuando se encuentra en contención por el proceso mismo de internamiento</li> </ul>
P 9	Expresión correcta de emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar si el sujeto es capaz de expresar de manera asertiva lo que está sintiendo tanto antes como durante el internamiento.</li> </ul>
	Congruencia emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber si el paciente logra hacer la conexión coherente entre lo que piensa, siente y dice o manifiesta actualmente</li> </ul>

P 10	Comodidad para expresión emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer ante qué situaciones el paciente logra manifestar lo que siente y piensa</li> </ul>
	¿Con quién?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar con qué personas logra expresarse emocionalmente</li> </ul>
P 11	Consumo asociado a situación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber si hay una relación entre el consumo y un estado emocional de sujeto</li> </ul>
	Situación vulnerable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber si el sujeto logra hacer la identificación de la circunstancia en que se da dicha vulnerabilidad emocional</li> </ul>
P 12	Emociones negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distinguir qué mecanismos utiliza el sujeto para sobrellevar esas emociones negativas</li> </ul>
P 13	Emociones predominantes durante el consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percatarse de las emociones que el paciente tiene cuando está en consumo y las que lo llevaron al mismo</li> </ul>
	Situación en la que se daba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notar detonantes para efectuar el consumo</li> </ul>
P 14	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distinguir si ha habido un mejor manejo emocional desde que ha estado en rehabilitación</li> </ul>

La realización de la estructura de la entrevista fue realizada con una observación de un par de semanas antes de la intervención sobre el comportamiento y situaciones que afectaban a los participantes, mismo análisis que ayudó al final a la creación de las categorías que fueron presentadas. Se observó que las respuestas de los diferentes participantes fueron un tanto generales, ya que tienden a un manejo emocional inadecuado, lo que los conduce a relaciones interpersonales conflictivas y eso a una adicción a las sustancias.

Por otra parte, en la mayoría de los casos se trata de pacientes con recaída, es decir, ya habían experimentado algún internamiento por consumo de sustancias, sin embargo, por alguna situación volvieron al consumo de drogas.

Se identificaron dos tipos de categorías dentro de la intervención; unas de ellas fueron a favor y otras en contra de la intervención. En primer lugar, se hablará de aquellas categorías que favorecieron el objetivo de la intervención. En el siguiente cuadro se exponen y explican de manera breve la finalidad de éstas, las cuales fueron identificadas en las sesiones de psicoterapia.

*Tabla 2*

<b>No.</b>	<b>Categorías</b>	<b>Descripción</b>
1	Identificación de emociones	Saber cómo se siente el sujeto en el momento o mayormente durante su día y que sea capaz de nombrar la emoción presente
2	Identificar la causa de esas emociones	Conocer cuál es la situación que genera esa emoción presente en el sujeto
3	Cómo reacciona ante emociones negativas	Identificar la forma en que el sujeto responde ante emociones negativas (enojo, tristeza, miedo, ira, etc.)
4	Cómo maneja las emociones negativas	Analizar qué hace el sujeto ante emociones negativas presentes en su día y las decisiones que toma sobre su comportamiento frente a ellas

Las categorías que favorecieron la intervención de psicoterapia humanista muestran de manera general los tópicos que se incluyen en un manejo emocional satisfactorio o deseable, ya que no sólo basta con identificar la emoción, sino qué la originó y qué se hace después para manejar las situaciones que ello conlleva; incluso algunos pacientes identifican cómo se sienten pero en las etapas siguientes ya no reaccionan de manera asertiva, obteniendo así problemas en

sus relaciones interpersonales, causando emociones negativas que los llevan al consumo de sustancias.

Por otra parte, las categorías no favorecedoras para el objetivo de la intervención, es decir, aquellas situaciones que de alguna manera influyeron en el proceso de psicoterapia, sin embargo, no se tienen en general resultados negativos debido a ello; a continuación, se enlistan dichas categorías reconocidas.

*Tabla 3*

No.	Categorías	Descripción
1	Resistencias	Cuando el paciente presenta consciente o inconscientemente poca o nula colaboración al trabajo terapéutico
2	Personalidad limitada	Sucede cuando el paciente presenta un tipo de personalidad que no le permite generar un cambio en la conciencia

Dichas categorías obstaculizaron la obtención de resultados totalmente favorables en algunos pacientes, aunque no lo fue para la intervención en su totalidad; se advirtió que fue la minoría de la muestra quienes presentaron estas características, se presume que las resistencias eran de manera consciente pero siempre justificadas por parte de los pacientes que lo llevaban a cabo.

Hablando de un tipo de personalidad que no permite el *darse cuenta* o el también llamado *insight*, se hace referencia a aquellas personalidades que no poseen la capacidad para generar un cambio a nivel cognitivo que permita una transformación en sus acciones, esto significa que, el sujeto puede en terapia pretender que se genera un entendimiento a nivel conciencia, sin

embargo, saliendo del consultorio no se llevan a cabo esos cambios, o bien las acciones que efectúa el paciente están justificadas en su beneficio, siendo así imposible que se haga responsable de estas acciones.

Por último, se aplicó un test antes de la intervención y el mismo test se empleó una vez más finalizadas las sesiones de psicoterapia humanista; en el cual se observó que hubo cambios en cuanto a la afectividad positiva y negativa de los sujetos, su manejo emocional aumentó, en algunos casos considerablemente y se reflejaba en las relaciones interpersonales de los sujetos, mismas que se podían observar en los días de visitas familiares.

A continuación, se presenta la tabla de información del test antes mencionado.

<b>Instrumento</b>	<b>Autores</b>	<b>Variables</b>	<b>Ítems</b>
PANASN	Sandín (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecto positivo (AP)</li> <li>• Afecto negativo (AN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 reactivos de AP</li> <li>• 10 reactivos de AN</li> </ul>

La prueba psicométrica de autoinforme conocida como Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), fue desarrollada por Watson, Clark y Tellegen (1998), es un instrumento breve que consta de 20 ítems; cuya finalidad es la evaluación del Afecto Positivo y del Afecto Negativo, sin embargo, fue diseñada para la aplicación a adultos (Sandín, 2003).

Por esta razón, Sandín (2003) desarrolla la versión para niños y adolescentes, llamada PANASN; que al igual que el PANAS, la finalidad es la evaluación de del AP y del AN.

## Resultados

En este apartado se presentan todos los resultados obtenidos del proyecto, tanto de los test, las entrevistas y la intervención psicoterapéutica que se realizó durante un periodo de 6 meses en la clínica de rehabilitación en adicciones. Para comenzar, se presentarán los resultados adquiridos con los datos derivados de las entrevistas semi estructuradas que se efectuaron.

Tabla 4

P 1	S1			S2			S3			S4			S5			S6		
	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?	Historial de consumo de drogas	¿Con quienes?	¿En qué situaciones?
	- Marihuana	-Solo	-Antes de dormir	-Alcohol	-Con amigos	- Situaciones sociales	-Alcohol	-Con amigos	-En bares, fiestas, antros, departamento, vacaciones	-Cocaína	-Ex pareja	-Reuniones, fiestas		-Amigos	-Triste	Marihuana	Amigos	Cuando estaba feliz, triste
	-LSD	-Con amigos	-Solo en casa	- Benzodiazepinas	-Solo en casa	-Estando deprimido	-Marihuana	-Pareja	-Bajo estrés	-Alcohol	-Sola	-Sola	-Marihuana	-Sola	-Enojada		Solo	Enojado
	-Cocaína		-En raves					-Roomie	-Tristeza		-Amigos			-Hermano				
	-Alcohol		-En el bosque					-Compañeros de la facultad	-Muy feliz									
			-Para despertar en casa o en fiestas															

Evidencia									"normalmente consumia cuando me sentia estresada, triste o muy feliz".			"Empecé a consumirlas con mi ex pareja, al cabo de la separación incrementé mi uso, lo hacía con una conocida solamente cocaína, al principio fue solo en reuniones, fiestas, despues incremento a uso diario pero ya lo hacia sola".						"Cuando me siento enojada, triste, sola, cuando no se que hacer, casi todo el tiempo".			"Primero probe la manhuana con unos amigos y despues fui fumando porque me gustaba la sensacion de estar drogado y en cualquier situacion me drogaba, cuando estaba feliz, triste, enojado sobre todo para calmarme".
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

P 2	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad de consumo	Frecuencia de consumo
	Marihuana 1 oz. Cada dos semanas	Diario (marihuana)	Alcohol 5 copas	3 veces por semana (alcohol)	1 botella de bacardi (pequeña) o 3 litros de cerveza.	Alcohol diario o cada tercer día	Alcohol: 1 a 2 micheladas	Fin de semana	Marihuana 5 grs. Diarios	Marihuana todos los días	Marihuana 4 churros diarios	Diario
	LSD 2 o 3 cuadros	1 o 2 veces al mes (LSD)	Tafil 10 pastillas	6 veces por semana (tafil)	Marihuana de 4 a 6 churros	Marihuana, diario	Cocaína: 6 bolsitas diarias de 0.2 grs.	Diario	LSD 2 cuadros sólo una vez Cocaína 0.2 grs. Una sola vez	Molly: dos veces cada fin de semana LSD, Cocaína, hongos: sólo una vez	Cocaína 1 gr. Cada tercer día	Cuatro veces a la semana
	Alcohol 3 o 4 cervezas	Cada 15 días (alcohol)	Vyvanse	6 veces por semana (vyvanse)	Cocaína 1 gr. En dos días	Cocaína cada fin de semana			Cocaína 0.2 grs. Una sola vez		Cristal	Una vez al mes
	Cocaína 3 grs. Por día	Cada semana (cocaína)							Molly 2 pastillas		Éxtasis	Una vez al mes
	Clonazepam 13 o 20 pastillas	Al día (clonazepam)							Hongos		Fármacos	Dos veces a la semana

Evidencia						“Alcohol: 1 botella de bacardi de 200 ml o 3 litros de cerveza por salida o fiestas. Había semanas que tomaba diario o cada 3r día. Marihuana consumía aproximadamente 4 a 6 churros por día, diarios. Cocaína cada fin de semana 1 gr en dos días”.		“Alcohol: 1 a 2 micheladas fin de semana  Cocaína: lo máximo fueron 18 bolsitas de 0.2 mg cada una en fin de semana (de 8 a 10 horas) (6 meses) 6 bolsitas de 0.2 mg diarias (en el último mes)”.				“Cuando tenía 16 empecé con la marihuana, después con la cocaína, después con cristal extasis, tachas barras de xanax, clonasepam hasta el primer internamiento, después solo cocaína y marihuana”.
P 3	Droga de impacto		Droga de impacto		Droga de impacto		Droga de impacto		Droga de impacto		Droga de impacto	
	Marihuana, alcohol y tabaco		Alprazolam		Alcohol, marihuana y cocaína		Cocaína		Marihuana		Marihuana	
Evidencia												

P 4	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida	Drogas consumidas antes del internamiento	Cantidad consumida
	Marihuana	1 oz. Cada dos semanas	Alcohol	6 copas 4 veces por semana	Alcohol	1 botella de 200 ml o 3 litros de cerveza						
	Alcohol	3 o 4 copas cada 15 días	Cocaína	1 gr. 1 vez por mes	Marihuana	4 a 6 churros	Cocaína	18 bolsitas de 0.2 gr.	Marihuana	5 grs. Diarios o más cada fin de semana	Marihuana	1 gramo diario
	Tabaco	1 cajetilla cada 2 o 3 días	Tafil	15 pastillas 5 veces por semana	Cocaína	1 gr.						
Evidencia												“1 gramo al día y fumar marihuana en pipa 4 veces al día”.

P 5	Tiempo en que se incrementó el consumo		Tiempo en que se incrementó el consumo		Tiempo en que se incrementó el consumo		Tiempo en que se incrementó el consumo		Tiempo en que se incrementó el consumo		Tiempo en que se incrementó el consumo	
	1 o 2 meses		Dos meses		1 año 10 meses		Un mes		Nueve meses después de iniciar el consumo		Últimas 3 semanas antes del internamiento	
Evidencia	"en cuestión de meses 1 o 2 meses con marihuana".				"2 meses-1 año 10 meses"		"En un mes mi consumo ya no lo sabía manejar".					
P 6	Razón del internamiento	Solicitado por:	Razón del internamiento	Solicitado por:	Razón del internamiento	Solicitado por:	Razón del internamiento	Solicitado por:	Razón del internamiento	Solicitado por:	Razón del internamiento	Solicitado por:
	Recaída	La madre	Exceso de consumo Recaída	El paciente	Exceso de consumo	Familia	Exceso de consumo	La familia	Quiere dejar de consumir	Familia	Exceso de consumo	El paciente
Evidencia	"no, por haber consumido 1 día clonazepam y alcohol".				"mis papás, hermanos amigos me veían mal, buscaron clínicas y me trajeron a una entrevista, como mi consumo estaba fuera de mis manos accedí a internarme"			"Yo lo solicite, mis papas se dieron cuenta y no lo quería, al cabo de 2 días me rendí, no podía calmar mi ansiedad".		"quiero dejar de fumar. Mi Familia me comente de la clínica y la ayuda que ofrecen y decidí internarme".		"yo lo solicite porque no encontraba sentido a mi vida y me separé de mi esposa".
P 7	Facilidad para identificar emociones		Facilidad para identificar emociones		Facilidad para identificar emociones		Facilidad para identificar emociones		Facilidad para identificar emociones		Facilidad para identificar emociones	
	A veces		No		No		No		No		No	
Evidencia	"a veces, depende de como me sienta en el día, me genera confusión casi todas las veces".				"No, porque las emociones son más fuertes ahora y me es difícil identificar que es lo que siento".		"No, porque me drogaba más cuando estaba triste o cansada, y cuando tenía buen día había veces en que no la consumía".		"a veces estoy de mal humor y nose por que me enoja por nada y me pongo sentimental muy fácil, a veces solo por recordar cosas viejas".		"No porque siempre sentí mucho dolor o frustración de sobre manera y prefiero enojarme antes de llegar a mis verdaderas emociones, de igual manera cuando lloraba por algo que me doliera mi padre me pedía que no llorara"	
P 8	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento	Emociones recurrentes antes del internamiento	Emociones recurrentes durante el internamiento
	Enojo	Desesperación		Ansiedad	Depresión por no consumir	Enojo	Tristeza	Alegria	Depresión	Tristeza		Tristeza, frustración, ganas de llorar, desesperación, enojo, desaliento, fracaso, culpa
	Tristeza	Enojo	Ansiedad	Ocasionalmente depresión por la noche A veces mucha ira	Indiferencia	Tristeza	Baja autoestima Flojera	Tristeza	Ansiedad	Desesperación	Enojo y tristeza	
Evidencia					"antes me mantenía indiferente en mis sentimientos cuando no consumía me deprimía".		"En mi internamiento siento mucho enojo y tristeza ante cualquier situación, pocas veces me siento feliz".			"he sonreído más, alegría y de repente tristeza".		

P 9	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional	Expresión correcta de emociones	Congruencia emocional
	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Evidencia	"si, porque lo expreso de manera correcta"				"No, porque puedo verme normal pero por dentro no logro identificar que es lo que siento".		"No soy capaz, hay dias en que estoy que reviento de tristeza pero en ese aspecto soy muy dura conmigo, no es muy facil que yo me exprese".			"no, porque no siempre se el por que me siento mal, o triste. Siento como un nudo en la mi garganta cuando quiero decir como me siento".	"A veces no, trato de evadir mis emociones como la tristeza con enojo, antes preferia llorar".	
P 10	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	¿Con quién?
	Sólo en confianza	Mi psicóloga Un amigo	Rara vez	Con poca gente	En confianza	Con mi terapeuta	En confianza	Con alguien que sienta confianza	Cuando hay vulnerabilidad En confianza	A mi hermano	Cuando la emoción es demasiada	Con casi todas las personas
Evidencia	"si es que tengo y me siento en confianza"		"con poca gente, con internamientos tan cortos, no hay objetividad terapéutica, haciendo que me sienta incómodo en expresarme".		"sólo con mi terapeuta o cuando tenemos terapia sólo las niñas porque me cuesta trabajo contar situaciones que hice en consumo o que me pasaron".		"si, cuando es con alguien que me sienta en la confianza y este segura, si no no".			"aveces, dependiendo de que tan vulnerable me sienta, no le tengo confianza a nadie un 100% ay cosas que le cuento a mi hermano y otras que yo me quedo sola porque siento que nadie le importa, nadie me entiende, de floja y chillona no me bajan".	"con todas las personas menos con mi padre ya que el reprime mucho las cosas y cuando lo hago me dice que no flore, me expreso con los demas a cerca de lo que pienso casi siempre y mas cuando ya no puedo contenerme".	

P 11	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?	Consumo asociado a situación emocional	¿Cuál situación?
	Si	Resentimiento con padres	Si	Para buscar un sentido de aceptación con los demás	Si	Tristeza	Si	Separación con la pareja	Si	Para no sentirme triste	Si	Ante una situación frustrante
Evidencia		"resentimiento, por como me relaciono con mis padres".	"Sin duda, desde chico fui muy solitario y mi consumo era para buscar un sentido de aceptación con los demás".		"si porque en consumo hice muchas cosas y me pasaron que fueron dolorosas para mi".			"Si, cuando me separé del papá de mis hijos incrementé mi consumo, a pesar de yo haber tomado la decisión de separarnos, fue una relación muy toxica".		"si, yo fumo para no sentirme triste para no recordar cosas del pasado que me hacen llorar y pensar cosas feas".	"si cuando hay una situación que me disgusta o cuando hay algo que me ponía triste me drogaba para ya no sentirlo pero aveces eso lo empeoraba mas y me sentia aun mas triste".	
P 12	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?	¿cómo lidiar con emociones negativas?
	Expresándolo	Meditando e introspectando	Enojo Aislamiento	Aislamiento	Aumentando el consumo	Enojo y evasión						
Evidencia	"expreso como me siento y me ayuda".	"Me gusta meditar e introspectar pero hay veces donde mi impulsividad no me lo permite y exploto".	"normalmente me enojo, cuando ya no puedo me aislo o lloro".	"Internada: me aislo y necesito estar sola para no descontrolarme Afuera: peleaba fisica y verbalmente cuando estaba drogada, pero en si me aislo demasiado".	"Fumo mas de lo normal no me gusta sentirme triste, enojada me pongo de muy mal plan con todos a mi alrededor".	"Me enojo regularmente por alguna de las anteriores para no mostrar vulnerabilidad tiendo a ser violento o prefiero obligarme a dormir para evadir todas las anteriores".						
P 13	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba	Emociones predominantes durante el consumo	Situación en la que se daba
	Enojo	Cuando no se hacia lo que queria	Euforia	Bajo consumo	Enojo Depresión	Cuando no podia consumir	Enojo Tristeza	Al evocar el pasado	Relajación Felicidad	Enojo Tristeza	Ira y desesperanza	Ante situaciones frustrantes
Evidencia		"enojo, cuando mis padres no hacian lo que yo queria o esperaba".		"La euforia siempre estaba presente, cuando consumia sentia que yo era invencible y que nada me pasaria".	"Depresión, enojo cuando no tenia sustancias para consumir y no podia comprar".		"Basicamente las ocupaba en mis momentos de tristeza y enojo y estando en consumo nunca o no recuerdo alguna emoción, solamente mi pensamiento iba siempre al pasado".			"Si cuando me sentia triste, enojada o de mal humor consumia mas para olvidarme de mis problemas y sentirme relajada y feliz".	"Ira y desesperanza cuando alguien me decia que era un mentiroso cuando me hacian molestar, se burlaban de mi".	

P 14	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>Evidencia</b>	“Gracias a la orientación del personal terapéutico me han ayudado a identificar por que y que no me agradan los límites y que no se haga lo que quiero con mis papas me genera enojo”.	“sí, no soy mucho de sentarme a ver a mis emociones, entonces cuando las veo diario, puedo identificar que esta pasando en mi cabeza”.	“Si porque en consumo no sentia nada y ahora que estoy limpia las emociones son más fuertes y dolorosas por los recuerdos de mí en consumo”.	“Sí, muchísimo, ahora voy aprendiendo porque me enojo, que me hace llorar, que me hace reír, he encontrado el porque de muchas emociones en poco tiempo”.	“sí, los pocos días que e estado aquí empiezo a darme cuenta que yo misma me aferraba a solo ver las cosas malas que me pasaban o habian pasado en lugar de ver las cosas buenas que tengo, el amor alrededor mio, yo misma me aferraba a sentirme depresión y solo me enfocaba en eso”.	“sí, ya que no tengo ninguna sustancia que evada las mismas y aquí nadie me juzga por lo que pueda decir”.

A manera de resumen, se presenta la siguiente tabla cuya finalidad es ayudar a una mejor visualización de las categorías retomadas de las preguntas realizadas, así como de las respuestas frecuentemente brindadas por los sujetos que participaron en la intervención.

*Tabla 5*

	<b>Categorías</b>	<b>Respuesta</b>
<b>P 1</b>	Historial de consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana</li> <li>• Alcohol</li> </ul>
	¿Con quienes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo</li> <li>• Con amigos</li> </ul>
	¿En qué situaciones?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En fiestas</li> <li>• Tristeza o Enojo</li> </ul>
<b>P 2</b>	Cantidad de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde 5 g. diarios hasta 1 oz. cada dos semanas (marihuana)</li> <li>• Desde 3 o 4 copas cada quince días hasta 3 litros diarios de cerveza</li> </ul>
	Frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario</li> </ul>
<b>P 3</b>	Droga de impacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana</li> </ul>
<b>P 4</b>	Drogas consumidas antes del internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Cocaína</li> </ul>
	Cantidad consumida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 5 g. diarios (marihuana)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 3.6 g. diarios (cocaína)</li> </ul>
<b>P 5</b>	Tiempo en que se incrementó el consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un mes</li> </ul>
<b>P 6</b>	Razón de internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceso de consumo</li> <li>• Recaída</li> </ul>
	Solicitado por	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia</li> </ul>
<b>P 7</b>	Facilidad para identificar emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>
<b>P 8</b>	Emociones recurrentes antes del internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojo</li> <li>• Tristeza</li> </ul>
	Emociones recurrentes durante el internamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperación</li> <li>• Enojo</li> <li>• Tristeza</li> </ul>
<b>P 9</b>	Expresión correcta de emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>
	Congruencia emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>
<b>P 10</b>	¿Cuándo te sientes con libertad para expresar emociones?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando siente confianza con alguien</li> </ul>
	¿Con quién?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un amigo</li> <li>• Terapeuta</li> </ul>
<b>P 11</b>	Consumo asociado a situación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> </ul>
	¿Cuál situación?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Vacío emocional</li> </ul>
<b>P 12</b>	¿Cómo lidiar con emociones negativas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojándose</li> <li>• Evadiendo el sentimiento</li> </ul>
<b>P 13</b>	Emociones predominantes durante el consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojo</li> </ul>
	Situación en la que se daba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo situaciones frustrantes</li> </ul>
<b>P 14</b>	Facilidad para la identificación de emociones durante el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> </ul>

Se observa que existe una tendencia al consumo de marihuana, en todos los casos se presentó el consumo de alcohol, acompañado por diferentes tipos de drogas, ya sean estimulantes o depresoras. Además, el consumo se da mayormente solo, con drogas depresoras preferentemente, y con amigos o en fiestas usualmente, las drogas estimulantes. Las situaciones predominantes para el consumo eran mayormente bajo situaciones emocionales de enojo y tristeza, aunque se presentaron casos donde estar feliz también era motivo para consumir.

Generalizando, los sujetos no tienen un buen manejo emocional previo al internamiento para la rehabilitación en adicciones y la manera en la que afrontan situaciones donde se sienten vulnerables son mediante enojo hacia los demás o evadiendo la emoción en sí. Estando en contención y en terapia se perciben mejoras en su habilidad emocional, la cual se refleja en sus relaciones interpersonales, dentro y fuera de la clínica.

Por otra parte, en la mayoría de los pacientes han sido sus familiares quienes piden ayuda para que sean rehabilitados, ya que el paciente considera que no tiene un problema, y si lo tiene aún cree que es capaz de manejarlo para que su vida tome un curso satisfactorio; o bien se dan cuenta que no pueden salir solos del problema de las adicciones y es cuando se encuentran en sobredosis que deciden aceptar la ayuda que la familia o los amigos les ofrecen.

Continuando con la presentación de los logros obtenidos, se muestran algunos fragmentos de los discursos de los sujetos en la intervención, de acuerdo a las categorías presentadas en la Tabla 2 del apartado anterior.

### **Identificación de emociones**

En esta categoría se hace referencia a que el sujeto pueda identificar su estado de ánimo, la emoción que siente en el momento, o bien su sentir predominante durante el día o el momento

antes de llegar a terapia, se pretende que evite la utilización de palabras como “bien” o “mal” cuando se le pregunta “¿cómo estás?”, ya que esas palabras no son emociones ni estados de ánimo que puedan arrojar un panorama sobre el sentir del paciente.

*“bien, estoy bien, gracias”*

Sujeto 4 (primera sesión)

*“estoy bien, gracias”*

Sujeto 5 (primera sesión)

*“...ahorita no me siento mal pero como que no encuentro como me siento ahorita”*

Sujeto 4 (segunda sesión)

*“... me siento muy frustrada, de mal humor, pasé un fin de semana horrible, también estoy enojada”*

Sujeto 3 (séptima sesión)

### **Identificar la causa de emociones**

Este es el peldaño siguiente después de saber el estado de ánimo del paciente, ya que cuando se logra conocer la causa de su malestar emocional, se puede analizar la situación que la origina, pudiendo así tener un trabajo terapéutico más enriquecedor, con la finalidad de que el sujeto se de cuenta de lo que puede lograr manejando las situaciones de una mejor manera.

*“...me siento muy triste de ver a mi mamá, recuerdo que antes no me importaba dejar a mis hijos e irme a consumir y mi mamá siempre estuvo ahí... ella no llora frente a nosotros, pero ahora en las visitas se despide de mí y me dice que está al pendiente de mis hijos y que a veces se cansa pero que lo hace con mucho amor, entonces verla así me hace sentir triste y culpable...”*

Sujeto 4 (segunda sesión)

*“...creo que la depresión se ha debido a pues un abandono psicológico de mi familia, yo me alejé mucho, o sea de chiquito nunca estaba con mis papás y así y un día les dije que si no quisieron estar los primeros 16 o 17 años de mi vida pues ahora no tienen que estar y fue cuando empecé yo a hacer mis cosas, decidí yo hacer mi vida, poquito después me fui a vivir a Miami y vivía solo...”*

Sujeto 2 (primera sesión)

*“yo creo que todo comenzó desde que mi papá tuvo a la otra familia, de ahí le agarré mucho rencor, al bastardo de su hijo, bueno que ni es su hijo, es hijo de su pareja, pero cuando nació la niña todo empeoró...”*

Sujeto 5 (primera sesión)

### **Cómo reacciona ante emociones negativas**

En esta categoría, el sujeto ya sabe cómo se siente e identifica la situación que genera esa emoción, pero muchas veces la manera en que reacciona ante ella no es la más adecuada para sí mismo o para sus relaciones con los otros. Existen diferentes formas de reacción, algunos evaden

la emoción, otros responden agresivamente al medio, etc. Cada paciente encuentra su propio mecanismo para reaccionar ante esas emociones.

*“...yo vivo a veces con mi mamá y a veces con mi papá, si estoy con mi mamá y me peleo con ella entonces me voy con mi papá, después me voy con él y cuando nos peleamos me regreso con mi mamá y así es siempre”*

Sujeto 1 (primera sesión)

*“era muy agresiva, con mi hermana la mayor, con los más chicos, a mi hermana la mayor casi le pegaba, parecía la mamá de todos, hacían algo y yo me encabronaba por todo”*

Sujeto 4 (tercera sesión)

*“...me encabrono, de hecho, ya no le hablo a ese señor, no lo quiero volver a ver en toda mi vida...”*

Sujeto 5 (segunda sesión)

*“hoy por hoy espero poder trabajar cosas que no he trabajado en mis últimos internamientos porque los últimos internamientos se hicieron a mi gusto, me salía cuando yo quería, manipulaba para que así fuera o sea nunca cumplí un tratamiento per se, porque sé que esas cosas me llevan a tener recaídas emocionales y al consumo”*

Sujeto 2 (primera sesión)

## **Cómo maneja las emociones negativas**

En esta categoría se hace referencia a la forma en la que el sujeto reacciona y se muestra ante situaciones que le son emocionalmente complejas, ya que incluso puede reaccionar de forma repentina o un poco desfavorable ante ellas, pero tener un comportamiento asertivo posterior a la reacción que le permita un mayor control; por esto es importante darle una continuidad no sólo a la reacción inmediata del sujeto.

*“...el motivo de haber consumido hace un año cuando me enfrasqué muy cañón con la marihuana, salí de tercero, salí de la escuela de tercero de secundaria hace 1 año y medio y tenía que pasar a prepa y no pude pasar porque debía un extraordinario de matemáticas y uno de inglés y como que eso me empezó a desesperar, a frustrar y estaba viviendo con mi papá...”*

Sujeto 1 (primera sesión)

*“... si me siento muy mal lo primero que hago es consumir, pero con esto que pasó con ese señor yo le dejé de hablar, ya no le contestaba los mensajes, dejé de ir a su casa y ya todo el tiempo me la pasaba de malas y consumiendo...”*

Sujeto 5 (segunda sesión)

*“...estaba arriba en mi habitación y mi papá subió, se enojó conmigo por las calificaciones y me dijo si quieres te puedes ir con tu mamá porque yo no te voy a estar aguantando, le dije ok... agarré mis cosas, me acuerdo que agarré una maleta y mi papá me dijo no, no te vas a llevar tus cosas te vas así y le dije que no y forcejeé con él y no sé cómo me*

*agarró que me destrozó el reloj y todo el reloj salió volando... me super emputé, le dije que yo no le rompía sus guitarras ni sus instrumentos ni nada, me bajé corriendo y le iba haciendo señas a mi papá y se prendió todavía más, cerré a puerta de la casa al jardín y con el electrónico abrí y así lo dejé, me fui a la esquina, me fui corriendo y tomé un taxi, iba súper pálido, así me salí en pijama y chanclas, sólo agarré un abrigo y me fui con mi mamá...”*

Sujeto 1 (primera sesión)

Por otra parte, se enunciarán las categorías propuestas en la Tabla 3 que no fueron del todo favorables para la intervención, pero que se presentaron durante la misma y que hicieron que la terapia con algunos sujetos no tuviera los mismos resultados, al menos durante su estancia en la clínica.

### **Resistencias**

Se entiende por todos aquellos discursos y comportamientos que conducían al paciente a no querer trabajar asuntos que le generaran emociones negativas, que no le permitieran mostrarse en terapia, quizá también no sentirse cómodo en la terapia o sentirse vulnerable y generar justificaciones de su reacción para no trabajar temas emocionalmente importantes.

*“cuando los demás quieren acceder a las emociones más profundas me pongo a la defensiva porque no sé qué pueda salir, tiene un rato que no voy allá adentro entonces no sé qué vaya a salir, no sé qué hay allá adentro, tiene tanto tiempo que no hablo de mis emociones ni nada que no; me gustaría hablar de mis emociones, pero hay temas que aquí en la clínica no puedo hablar porque hay gente muy chismosa, hay terapeutas en los que no confío”*

## Sujeto 2 (tercera sesión)

*“sí voy a abrir muchas cosas y todo lo relacionado con mi consumo y mi proceso lo voy a abrir, pero ya las emociones inclusive relacionadas con mi consumo y/o proceso que no me sienta cómodo abriéndolas, no lo haré...”*

*“...sí me siento cómodo abriendo y no tengo ninguna bronca y he hablado de mi cabeza y de los procesos que tengo en la cabeza y de mis sentimientos y de mi madre y de mi padre, de mis hermanos pero inclusive hay cosas que no, no se pueden tocar y yo las trabajo con mi psiquiatra, por eso tengo una psiquiatra de tantos años, porque para mí confiar en una persona es muy difícil, entonces en el momento en que establezco una relación buena trato de aferrarme ahí...”*

*“...no se puede tratar un problema de toda la vida en un mes, si llevo más de 3 años con mi psiquiatra y entonces aquí no voy a trabajar algo así porque se quedaría abierto”*

## Sujeto 2 (tercera sesión)

Se observa en este caso que el sujeto tuvo muchas resistencias a hablar muchos temas emocionales que le causan conflicto, ya que para él se requiere un tiempo mayor a seis meses para poder trabajar un tema, de lo contrario se quedaría “abierto”, sin posibilidad para un buen cierre, entonces con el paciente se trabajó de manera superficial cosas que él ya sabía, le habían quedado claras a lo largo de su vida en procesos terapéuticos y psiquiátricos; procesos que en este

momento ya no le causan conflicto porque los considera ya resueltos, aunque no del todo porque de alguna manera ha tenido recaídas en su consumo.

### **Personalidad limitada**

En este apartado se hace referencia a ese tipo de personalidades que tienen pronósticos poco favorables, con capacidad cognitiva limitada y muy poca capacidad de *insight* o para *darse cuenta*, como es manejado dentro de la terapia Gestalt. No nos referimos necesariamente a personalidades psicóticas, sino a estructuras de personalidad antisocial, que, por sus características, no permiten una asimilación terapéutica completa.

*“...a mí no me gustan los límites, mis papás siempre implementaban castigos conmigo y no me funcionaban... siempre he tenido problemas con mi papá porque nada le parece y siempre quiere que haga lo que él quiere”*

Sujeto 6 (primera sesión)

*“... cuando no andaba con mi esposa, bueno en ese entonces era mi novia, conocí a una chava mayor que yo y me fui con ella a Tijuana, ella trabajaba y prácticamente me mantenía, porque yo me había salido de mi casa porque ya no quería estar con mis papás, me tenían hartos, entonces me fui con ella y allá empecé a consumir más... después de un tiempo ya no tenía dinero y la chava con la que me fui me dejó porque descubrió que le seguía hablando a mi ex, que ahora es mi esposa, entonces se fue y yo no tenía dinero ni trabajo así que le llamé a mis papás para que me ayudaran y mi papá me consiguió trabajo con un amigo suyo, entonces lo que*

*ganaba era para consumir y pagar a renta del cuarto de hotel donde estaba, ahí conocí a unas prostitutas y a unos junkies y con ellos me la pasaba...”*

Sujeto 6 (primera sesión)

*“...me niego a trabajar con Maricarmen, ya no quiero volverla a ver, no me cree nada de lo que le digo, quiero hablar del tema de mi esposa y ella me lo prohíbe, porque quiero volver con ella...”*

Sujeto 6 (tercera sesión)

*“... estoy preocupado por mi hijo, porque su mamá no le proporciona los cuidados que requiere, muchas veces cuando yo llegaba de trabajar mi hijo tenía el pañal sucio y ella en el celular, ella no trabaja, mis papás nos ayudan con algunos gastos... bueno es que vivíamos en mi casa con mis papás, pero ahora que estamos separados me preocupa mi hijo...”*

Sujeto 6 (quinta sesión)

*“... fui al super con mi papá el sábado para comprar algunas cosas que necesito, él me dijo que escogiera lo que quisiera que él me lo regalaba, entonces fui por una baraja para jugar aquí, pero estaba muy cara y me la eché en la bolsa, le dije que la baraja estaba muy cara y que mejor no, mi papá se dio cuenta después, no sé cómo, creo que Miguel le dijo...”*

*“... no, no es la primera vez que robo algo, en los supers es mejor, he robado shampoos, fundas para celular y cosas así, cuando iba al super con mi esposa yo cargaba su bolsa y ahí*

*metía shampoos de los caros, cuestan 80 pesos, entonces metía como 5 o 6 a la bolsa y ya, ella a veces no estaba de acuerdo pero no me decía nada; con las fundas del celular igual, las abría y se las ponía a mi cel o a de mi esposa y ya, es fácil...”*

Sujeto 6 (sexta sesión)

*“...sí, he robado desde hace mucho, me acuerdo una vez que quería un Ipod y no me lo querían comprar porque algo pasó, mis calificaciones creo o algo, la cosa que mis papás no querían entonces le agarré la tarjeta a mi mamá y lo compré, se dieron cuenta después cuando llegó el estado de cuenta y ahí si me lo quitaron y nunca me lo devolvieron...”*

*“... siempre le agarraba la cartera a mi mamá y le quitaba dinero, para droga o a veces no, porque estaba más chico, simplemente porque quería dinero... ellos siempre me compraban todo, en realidad no tenía necesidad, sólo por hacerlo...”*

Sujeto 6 (octava sesión)

En esta situación con el paciente con personalidad antisocial jamás se logró una completa comprensión de las cosas, algunas sesiones se creía tener avances, pero sesiones posteriores se percibía que no era así, cognitivamente no se había logrado mucho; los padres reportaban que en su visita de fines de semana lo percibían igual pero que ahora tenía discursos más elaborados para la manipulación.

Por último, se expondrán los resultados de los test aplicados, previo a la intervención y el re-test posterior a la intervención. La finalidad del instrumento es evaluar los afectos positivos y los afectos negativos del sujeto; debido a la cantidad de la población, se utilizó como un test

exploratorio para la muestra; la confiabilidad del instrumento fue muy baja, como lo muestra la siguiente tabla.

**Estadísticas de fiabilidad**

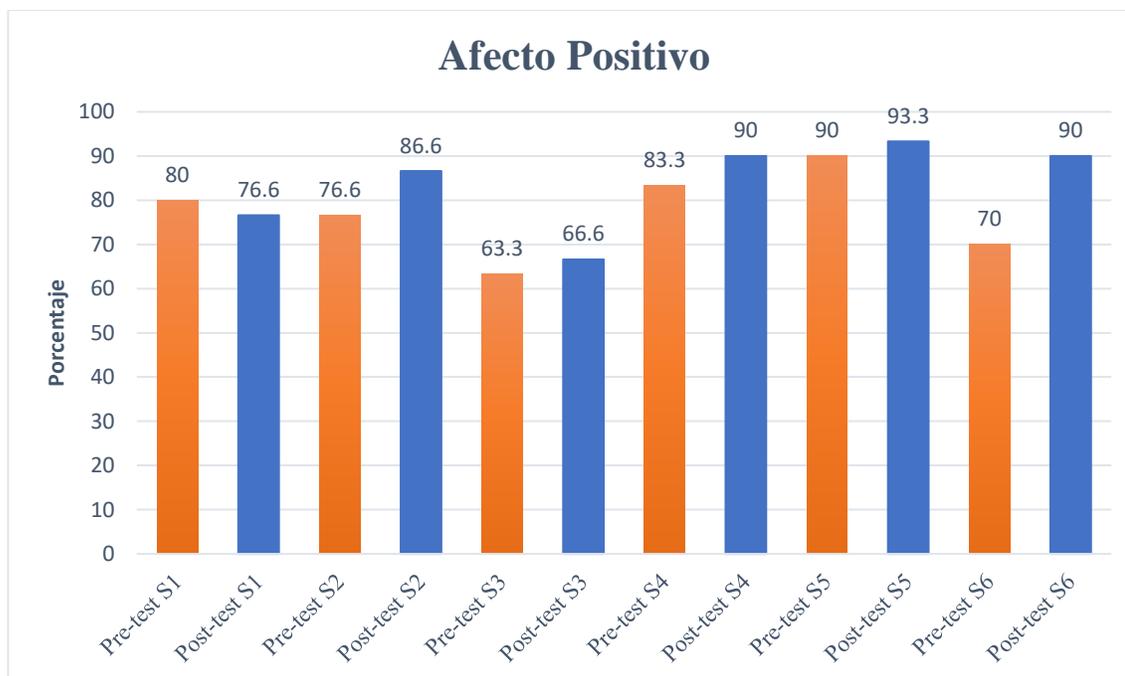
Alfa de Cronbach	N de elementos
.157	20

Sin embargo, para fines exploratorios tuvo una función enriquecedora, ya que contribuyó a tener un panorama más amplio sobre los afectos de los participantes, logrando así tener un punto de partida para la intervención.

En la tabla siguiente se muestra la información sobre el Afecto Positivo (AP) en cada uno de los sujetos, antes y después del proceso de psicoterapia.

	S1		S2		S3		S4		S5		S6	
Porcentaje	Pre-test	Post-test										
	80	76.6	76.6	86.6	63.3	66.6	83.3	90	90	93.3	70	90

La siguiente gráfica se muestra el nivel de afecto positivo que cada uno de los sujetos presentó antes y después de la intervención.

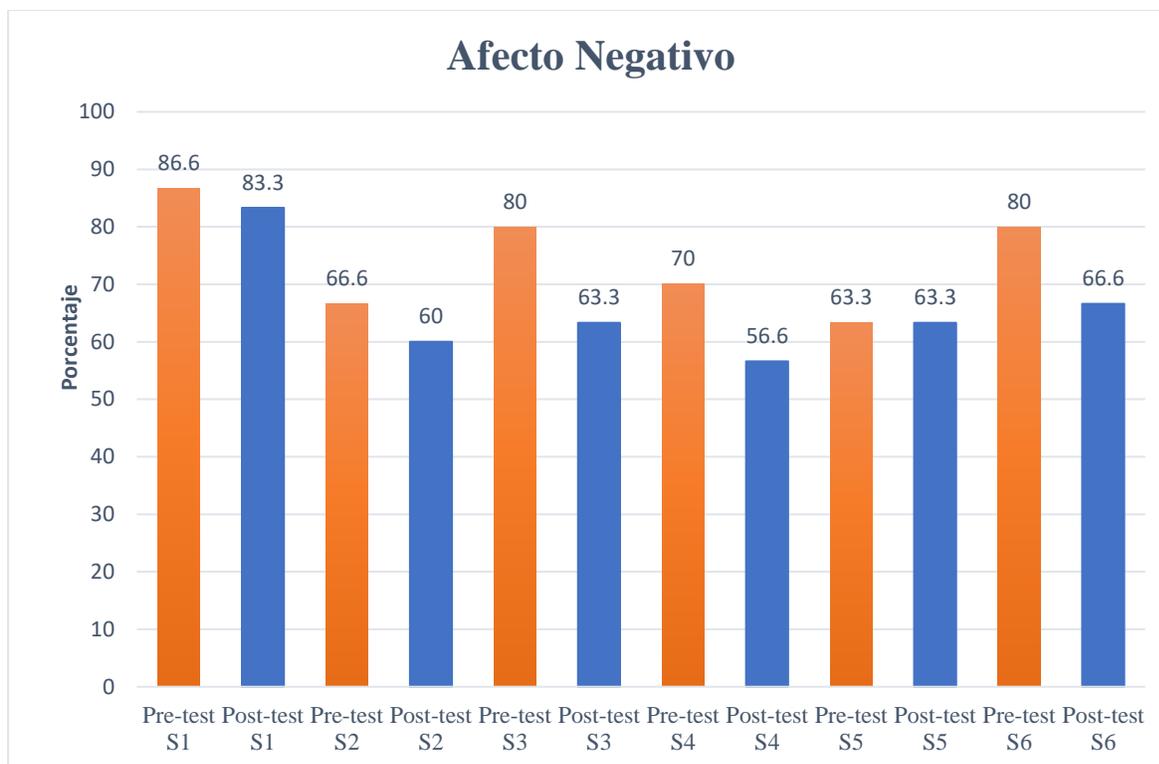


Se observa que en la mayoría de los sujetos hubo un incremento en la afectividad, vista de manera positiva después de la intervención, con lo cual se entiende que hubo un resultado efectivo, en la manera en cómo ellos se perciben y cómo se sienten de manera general.

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje obtenido en el Afecto Negativo de los participantes, antes y después de la intervención.

	S1		S2		S3		S4		S5		S6	
Porcentaje	Pre-test	Post-test										
	86.6	83.3	66.6	60	80	63.3	70	56.6	63.3	63.3	80	66.6

En la presente gráfica se aprecia el nivel de afectividad negativa en los participantes antes y después de la intervención.



Se observa en la gráfica anterior que hubo un decremento en todos los sujetos en el nivel de afectividad negativa; esto significa que, la forma en cómo ellos se perciben y cómo se comportan de acuerdo a los afectos negativos cambió.

Complementando con ambas gráficas en una se muestra claramente el aumento de la auto percepción en afectos positivos como la alegría, vitalidad, ánimo, sentirse orgulloso, etc., en cada uno de los sujetos, mientras que los afectos negativos aplicados a sí mismo bajaron, tales como estar disgustado, tenso, enojado, intranquilo, etc.

## Discusión

Dentro de las etapas finales de la investigación se encuentra este apartado, donde se hace la relación de los resultados; primeramente con las categorías obtenidas de la entrevista semi estructurada se argumenta que, como droga de mayor impacto esta por un lado el alcohol, siendo legal en nuestro país, como en el resto del mundo, sin embargo, la droga ilegal de mayor consumo sigue siendo con el paso de los años la marihuana, tal como lo arrojan las encuestas sobre drogas en los diferentes años en que se han realizado.

De la misma manera en que dichas encuestas mencionan que son cada vez más jóvenes los consumidores de dichas sustancias y que la edad de inicio para el consumo es cada vez menor se constata con los datos recabados de algunas preguntas de la entrevista, ya que muchos de los sujetos iniciaron el consumo en promedio a los 15 años de edad; cuando todavía el cerebro no termina su desarrollo.

La mayoría de los participantes aceptó no tener un buen manejo emocional, prácticamente durante toda su vida, ya que como se mencionó en capítulos anteriores, dentro de las habilidades del manejo emocional están la automotivación, el control de impulsos, la tolerancia a la frustración, entre otras, lo que es evidente que los participantes no tienen, porque están acostumbrados a no tener límites, cuando algo no sale como ellos esperan no son capaces de automotivarse, todo lo contrario, se hunden más en el consumo.

De manera tal que, no son capaces, en muchos casos, de poder identificar las emociones que tienen durante el día y comunicarlas de manera asertiva, así como el manejo de las mismas; con mucha mayor dificultad parece poder generar empatía y así poder manejar sus relaciones

interpersonales asertiva y eficazmente; ya que la impulsividad es una característica común en todos ellos.

Si ponemos más variables a ello, como el nivel socioeconómico, donde puede pesar mucho ser un adicto y lo que ello conlleva, el estigma que se genera y los prejuicios que muchas veces los padres generan; por un lado la no aceptación misma del paciente; el que la familia, como consecuencia, se involucre poco en el proceso de rehabilitación, pero como factor de riesgo familiar importante, ya que, la escasa disciplina, la falta de límites y el desapego familiar, conducen a que el sujeto se bloquee y busque como salida más cercana el consumo de drogas.

Mencionan todos los sujetos que participaron en la intervención que en sus familias había un desapego en gran medida, viéndose refugiados en el consumo de sustancias como consecuencia de este abandono emocional combinado con un mal manejo emocional; generando en muchos de los casos, resentimiento hacia a familia.

Por otro lado, los resultados de los test pre y post intervención nos muestran unos porcentajes muy claros sobre cómo se fue generando un cambio en los pacientes tanto en la concepción, vivencia e identificación de los afectos positivos y de los afectos negativos; se muestra que en el sujeto 1 en el apartado de AP hubo un decremento porcentual comparado su test pre con su test post intervención; en los demás casos hubo un aumento de la manera en que ellos viven diariamente, estando en contención, los afectos positivos.

Con esto se hace referencia a que su automotivación, sentir interés por su familia y aspectos que estando en consumo pasaban desapercibidos, así como su vitalidad, sentirse decididos, entre otras cosas ha ido en aumento estando en proceso de psicoterapia humanista, siguiendo indicaciones por parte de la clínica y asistiendo a sus reuniones de AA. Es un excelente

indicador ya que tienen muchas probabilidades de que su manejo emocional siga mejorando y con ello su autocontrol y sus relaciones con los otros.

En los afectos negativos (AN) todos los participantes muestran un decremento en el nivel; ya que la forma en la que ellos se perciben ha mejorado, por lo tanto, las sensaciones de disgusto, tensión, enojo, entre otras han disminuido, pudiendo así centrarse más en su proceso de rehabilitación y sacar el potencial de aquellas cosas positivas que pueden hacer, así como percibirse y sentirse mejor que estando en consumo.

Hablando sólo de las sesiones de psicoterapia humanista, se consiguieron resultados positivos, encontrando categorías que favorecieron el objetivo de la intervención, tales como la identificación de emociones, identificación de las causas de esas emociones; las cuales no fueron sencillas al inicio, porque requirió varias sesiones para que los pacientes pudieran hacer este reconocimiento. Así como la manera en la que reaccionaban ante situaciones que les generaban emociones negativas o difíciles de identificar y manejar.

Se realizaron varios experimentos de tipo gestáltico, añadiendo técnicas del Enfoque Centrado en la Persona, mismos que los pacientes realizaron sin mayores problemas, cuando no se podía realizar el ejercicio por cuestiones emocionales del sujeto, en las próximas sesiones se podía concluir con estos; ayudando así a las sesiones y al proceso mismo del paciente.

Las categorías encontradas como no favorables para el objetivo de la intervención fueron muy pocas, en comparación con las favorables, sin embargo, este hallazgo pone sobre la mesa la existencia de una intervención de que, a pesar de estas categorías, tuvo un resultado satisfactorio, inclusive con aquellos pacientes que presentaron resistencia o que cognitivamente no tenían demasiados recursos para generar cambios conductuales.

Si bien el instrumento se utilizó únicamente de manera exploratoria por carecer de confiabilidad por la cantidad de la muestra, sirvió sobre manera para tener una referencia sobre el conocimiento de las emociones de los pacientes.

## Conclusiones

Dando un cierre a la investigación, se observa que, al estar presentes los factores de riesgo y tener muy pocos factores de protección, la población se vuelve vulnerable, lo que lleva a los adolescentes a un consumo de sustancias a edades más tempranas cada vez; aumentando la dosis y atreviéndose a probar sustancias cada vez más fuertes; aunque la marihuana sigue estando en el número uno de consumo tanto en hombres como en mujeres, cada vez el consumo de drogas como el cristal, metanfetaminas y demás drogas fuertes ha ido en aumento.

Debido a que la psicoterapia humanista es menos popular que el enfoque cognitivo conductual en áreas como el consumo de drogas, se propone que cada vez sea mayor la importancia que se le dé a la corriente humanista, ya que se pueden utilizar varias técnicas en terapia que pueden ser favorecedoras para los pacientes.

Si bien la etapa de la adolescencia es una de las más difíciles del periodo de vida del ser humano, no es imposible hacer un trabajo con ellos, ya que es justo donde hay un desapego familiar característico de la etapa; necesitan los jóvenes mayor atención y límites para evitar en un futuro situaciones de alto riesgo, no solo como el consumo de sustancias, sino conductas antisociales que generen una consecuencia mucho mayor.

El consumo de drogas en esta etapa es mayor debido a ese abandono que sienten los adolescentes y quizá sea un abandono real, tanto físico como emocional, por eso adquiere importancia generar factores de protección que ayuden al sujeto a no consumir drogas. Teniendo un mejor manejo emocional para superar las adversidades de la familia, de la etapa vivenciada y de la vida en general.

De manera que los resultados obtenidos tanto en los test pre y post intervención; así como las sesiones de psicoterapia humanista que se tuvieron con los participantes, demuestran que la psicoterapia humanista ayudó al tratamiento de las adicciones en los adolescentes del Centro de Atención Asistida Pinar del Bosque A.C. ya que, en la mayoría de los pacientes se promovió una mejora en el manejo emocional, lo cual ayudó para poder trabajar asuntos emocionales que generan sentimientos de tristeza, enojo, frustración, ira, etc., y eso fomenta el consumo de sustancias. Dado que se generó un mejor manejo emocional, los pacientes pudieron contactar de una mejor manera con su sentir.

## Referencias

- Aberastury, A. & Knobel, M. (2005). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Ciudad de México. Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R., & Saunders, J. (1994). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. *World Health*, 66. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson . *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50–63.
- Cáceres, P. (2003). Análisis Cualitativo De Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas*, vol II, 53–82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>
- Calsamiglia, H. (1999) *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel S. A.
- Ceja, J. A. (2012, Abril 07) *Maestría en Psicología Clínica UAD Zacatecas*. Recuperado de <http://maestriapsicologiaclinicaauadzacatecas.blogspot.mx/2012/04/la-adolescenciapeter-blos-jean-piaget-y.html>
- Cortés, R. R. (1986). El crecimiento personal (o autorrealización): meta de las psicoterapias humanistas. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (34), 63-84.
- ENA, 2008 *Encuesta Nacional de Adicciones. Formato PDF*.
- Fernández, F. (2002). El Análisis De Contenido Como Ayuda Metodológica Para La Investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II(96), 35–53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>
- Goleman, D. (2002). *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente*

- intelectual*. Ciudad de México. Editorial Punto de lectura.
- González, A. (2000) *Medición, Experimentación y Descubrimiento en las Ciencias Sociales*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.
- Guerri, M. (2018) El Análisis Transaccional y los tres estados del Yo. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/el-analisis-transaccional/>
- Guerri, M. (2018) ¿Qué es la Psicología Transpersonal?. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/la-psicologia-transpersonal/>
- Guerri, M. (2019) La Terapia de las Necesidades Humanas. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/terapia-de-las-necesidades-humanas/>
- Guerri, M. (2019) Terapia Breve Centrada en Soluciones. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/terapia-breve-centrada-en-soluciones/>
- Gustafson, N. (1998) Content analysis in the history class. *The social studies*, 89 (1), pp. 39-44.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación. Metodología de la investigación*. <https://doi.org/>- ISBN 978-92-75-32913-9
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*.
- Infodrogas (2016). Alcohol. Retrieved from <http://www.infodrogas.org/drogas/alcohol?showall=>
- Juvenil, C. de I. (n.d.). ¿Drogas? ¡Mejor infórmate!
- Kolbe, R., & Burnett, M. (1991) Content analysis research: an examination of applicationns with directives for improving research reliability and objetivity. *Journal*

*of consumer research*, 18 (2), pp. 243-250.

Leavy, P. (2000) Feminist content analysis and representative characters. *The qualitative report*, 5 (1)(2) Recuperado Marzo 18, 2018, de la World Wide

Web: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR5-1/leavy.html>

López Larrosa, S; Rodríguez-Arias Palomo, L; (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo.

Psicothema, 22( ) 568-573. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>

Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2000) Models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg. Editorial *Handbook of intelligence*.

Mimenza, O. (2018). Análisis Transaccional: la teoría propuesta por Eric Berne. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/analisis-transaccional-teoria-eric-berne>

Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Santiago de Chile, Chile. Editorial Cuatro Vientos.

NIDA (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas-en-los-ninos-y-los-adolescentes-segunda-edicion>

NIDA (2005). La heroína: Abuso y adicción. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-addicion>

NIDA (2009). La metanfetamina. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina>

NIDA (2010). Cocaína: Abuso y adicción. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion>

NIDA (2011). Abuso de inhalantes. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes>

NIDA (2013). La heroína. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-heroína>

NIDA (2015). La marihuana. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana>

NIDA (2015). Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-cigarrillos-y-otros-productos-que-contienen-tabaco>

NIDA (2016). La cocaína. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>

NIDA (2016). La marihuana. Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>

NIDA (2016). La MDMA ("éxtasis" o "Molly"). Retrieved from

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-mdma-extasis>

OMS (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Alcohol. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

OMS (2015) *Organización Mundial de la Salud*. Tabaco. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

- Pérez, G. (1994) *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. Técnicas de análisis de datos. Madrid: La Muralla S.A.
- Piaget, J. (1986). *Psicología evolutiva*. Madrid, Editorial Paidós, 296.
- Rogers, C. (2000). *El poder de la persona*. México, D.F. Editorial El Manual Moderno.
- Sandín, B. (2003). Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173–182.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Van Dijk, T. (Ed.) (2001) *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I. Una introducción multidisciplinaria*. Madrid: Gedisa.
- Villatoro-Velázquez, J.M.-M.-B.-R.-A.-M.-R.-T.-Á.-T.-S.-C. (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. (I.N. Salud, Ed.) México, D.F., México.  
Recuperado el 09 de Febrero de 2017 del sitio de internet de la Comisión Nacional contra las Adicciones <http://www.conadic.gob.mx> Reporte versión PDF.
- Villatoro-Velázquez, J.R.-E.-S.-C.-M.-H.-I.-B.-M.-R.-N.-M.-A. (2017) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. (S. d. Salud, Ed.) Ciudad de México, México. Recuperado el 29 de Marzo de 2018 del sitio de internet de la Comisión Nacional contra las Adicciones <http://www.conadic.gob.mx> Reporte versión PDF.

# ANEXOS



Cuernavaca, Morelos a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, yo \_\_\_\_\_ autorizo a la Psic. Alejandra Flores Ocampo con matrícula 70201609 quien es estudiante de la Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos el uso de los datos obtenidos en la investigación “Psicoterapia Humanista para el manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas”; los cuales serán utilizados para la obtención de grado y documentados a través de grabación de audio, siendo de carácter estrictamente confidencial la información recabada.

La intervención en la que usted participará es de manera voluntaria y consta de 12 sesiones de psicoterapia humanista; las cuales se proporcionarán con una sesión a la semana; cada sesión con una duración de 50 minutos cada una, cabe mencionar que este tipo de psicoterapia es aparte de la sesión individual que recibe dentro de la clínica como parte de su proceso de rehabilitación.

El beneficio directo que obtendrá de este estudio en el que decide participar es una atención psicoterapéutica adicional en su tratamiento para así poder obtener herramientas y generar habilidades para mantenerse en recuperación.

Cabe mencionar que usted no recibirá ningún pago por participar en esta investigación.

---

Nombre y firma del participante

---

Lic. Alejandra Flores Ocampo



Cuernavaca, Morelos a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, yo \_\_\_\_\_ autorizo a la Psic. Alejandra Flores Ocampo con matrícula 70201609 quien es estudiante de la Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos el uso de los datos obtenidos en la investigación “Psicoterapia Humanista para el manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas”; los cuales serán utilizados para la obtención de grado y documentados a través de grabación de audio, siendo de carácter estrictamente confidencial la información recabada.

La intervención en la cual mi hij@ \_\_\_\_\_ participará de manera voluntaria consta de 12 sesiones de psicoterapia humanista; las cuales se proporcionarán con una sesión a la semana, con una duración de 50 minutos cada una, cabe mencionar que este tipo de psicoterapia es aparte de la sesión individual que mi familiar recibe dentro de la clínica de manera privada.

El beneficio directo de este estudio es que su familiar obtendrá una atención psicoterapéutica adicional en su tratamiento para así poder brindarle herramientas y generar habilidades para mantenerse en recuperación.

Cabe mencionar que usted no recibirá ningún pago por participar en esta investigación.

---

Nombre y firma del padre o tutor

---

Lic. Alejandra Flores Ocampo



Cuernavaca, Morelos a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

Por este medio, yo \_\_\_\_\_ autorizo a la Psic. Alejandra Flores Ocampo con matrícula 70201609 quien es estudiante de la Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos el uso de los datos obtenidos en la investigación “Psicoterapia Humanista para el manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas”; los cuales serán utilizados para la obtención de grado y documentados a través de grabación de audio, siendo de carácter estrictamente confidencial la información recabada.

La intervención en la que usted participará es de manera voluntaria y consta de 12 sesiones de psicoterapia humanista; las cuales se proporcionarán con una sesión a la semana; cada sesión con una duración de 50 minutos cada una, cabe mencionar que este tipo de psicoterapia es aparte de la sesión individual que recibe dentro de la clínica como parte de su proceso de rehabilitación.

El beneficio directo que obtendrá de este estudio en el que decide participar es una atención psicoterapéutica adicional en su tratamiento para así poder obtener herramientas y generar habilidades para mantenerse en recuperación.

Cabe mencionar que usted no recibirá ningún pago por participar en esta investigación y que aunque sus padres han dado el consentimiento para que usted participe en el proyecto si usted no lo desea no será obligado a hacerlo.

---

Nombre y firma del participante

---

Lic. Alejandra Flores Ocampo



## Guía de entrevista

Nombre: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Tiempo de abstinencia: \_\_\_\_\_

Número de internamientos: \_\_\_\_\_

1) ¿Cuál ha sido tu historia de consumo cuándo, qué, con quienes y en qué situaciones)?

---

---

---

---

---

---

---

---

2) Drogas consumidas (cantidades y frecuencia):

---

---

---

---

---

---

---

---

3) Droga de mayor preferencia:

---

---

---

---

4) Antes de estar internado ¿qué cantidad consumías y de cuáles drogas?

---

---

---

---

---

---

---

5) ¿En cuánto tiempo comenzaste a incrementar tu consumo?

---

---

---

6) ¿Cuál es la razón de este internamiento? ¿Tú lo solicitaste?

---

---

---

---

7) En relación a tus emociones, estados de ánimo y sentimientos ¿consideras que te es fácil identificarlos? Explica porque

---

---

---

---

---

---

8) ¿Cuáles son las emociones que tienes e identificas con mayor frecuencia (en ti, durante tu día) antes y durante el internamiento?

---

---

---

---

---

---

---

9) ¿Eres capaz de expresar exactamente cómo te sientes? ¿Existe congruencia con lo que sientes y lo que expresas? Explica porque

---

---

---

---

---

---

10) ¿Te sientes con la libertad de expresar tus emociones/ sentimientos (cuando, con quién)? Explica porque

---

---

---

---

---

---

11) ¿Consideras que tu consumo podría estar asociado con alguna situación emocional? Explica

---

---

---

---

---

---

12) Cuando tienes emociones de tristeza, miedo, enojo, etc. ¿Cómo le haces para lidiar con ellas?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 13) ¿Notabas que durante tu consumo había emociones predominantes en ti? ¿Cuáles?  
Explica la situación en la que se daba.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 14) ¿Consideras que durante tu proceso de rehabilitación ha sido más fácil identificar emociones en ti y qué las provoca? Explica.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Dirección de Psicología

Jefatura de Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., a 16 de Mayo de 2019  
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/245  
**ASUNTO:** Votos Aprobatorios

**MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL**  
**COORDINADORA ACADÉMICA**  
**DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **"EL DESARROLLO DEL MANEJO EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE DROGAS MEDIANTE LA PSICOTERAPIA HUMANISTA"** trabajo que presenta la C. **"Alejandra Flores Ocampo"**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

**ATENTAMENTE**

**VOTOS APROBATORIOS**

COMISIÓN REVISORA	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*		
	APROBADO	SE MODIFIQUEN	SE RECHAZA*
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
MTRA. MÓNICA MATILDE RAMÍREZ			
DRA. DENI STINCER GÓMEZ			
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ			

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo

DATOS

Teléfono: 7771306086

CURP: FOOA891027MMSLCL01

CVU: 771994

CVU Director de Tesis: 263801