

INFORME FINAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL

Informe de Prácticas Profesionales

Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza (practica I)

Instituto Hogar de los Muchachos (practica II)

Julián Darío Jáuregui Hernández (Estudiante)

Ana María Maya (Asesora)

Universidad Católica Popular De Risaralda

Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales

Programa De Psicología

Prácticas Profesionales

Pereira -Risaralda

2009

*Dedicatoria*

*A Leonel*

*Agradecimientos*

*Agradezco a mi familia que me brindó su apoyo desde su inicio hasta su fin,*

*agradezco a los amigos,*

*a mi asesora por su gran preocupación,*

*a la Granja Infantil y*

*al Hogar de los Muchachos*

### **Resumen**

Este informe de práctica contiene lo trabajado en el segundo semestre del 2008 en la Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza y en el segundo semestre del 2009 en la Fundación Hogar de los Muchachos. En ambos informes de práctica están sustentados con su respectiva teoría, ejes de intervención, justificación, procedimiento desarrollado, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones

### **Abstract**

This report contains practical work done in the second half of 2008 at the Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza and in the second half of 2009 at the Fundación Hogar de los Muchachos. In both reports of practice are supported with their respective theory, lines of intervention, justification, procedure development, analysis, findings, conclusions and recommendations

CONTENIDO

*Dedicatoria*

*Agradecimientos*

*Resumen*

*PRACTICA I 15*

*INTRODUCCIÓN 15*

1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA **16**

2. MARCO REFERENCIAL **23**

2.1 Diagnóstico o identificación de necesidades **23**

2.2 Ejes de intervención **26**

2.2.1 Intervención clínica **26**

2.2.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas **26**

2.2.3 Sistema de puntos **27**

*2.3 Justificación de los ejes de intervención 27*

*2.3.1 Intervención clínica 27*

*2.3.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas 28*

*2.3.3 Sistema de puntos 28*

**3. MARCO TEORICO 47**

**4. PROPUESTA DE INTERVENCION 47**

*4.1 Intervención clínica 47*

*4.1.1 Objetivos generales 47*

*4.1.2 Objetivos específicos 47*

*4.1.3 Estrategias de acción 48*

*4.1.4 Población 49*

*4.1.5 Procedimiento desarrollado.49*

*4.1.6 Indicadores de logro Cuantitativo 50*

*4.1.7 Indicadores de logro Cualitativos 50*

*4.1.8 Presentación y análisis de resultado 50*

*4.1.9 Dificultades presentadas 55*

*4.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas 56*

*4.2.1 Objetivos generales 56*

*4.2.2 Objetivos específicos 56*

*4.2.3 Estrategias de acción 56*

*4.2.4 Población 57*

*4.2.5 Procedimiento desarrollado.57*

*4.2.6 Indicadores de logro Cuantitativo 57*

*4.2.7 Indicadores de logro Cualitativos 58*

*4.2.8 Presentación y análisis de resultado 58*

*4.2.9 Dificultades presentadas 60*

*4.3 Sistema de puntos 61*

*4.3.1 Objetivos generales 61*

*4.3.2 Objetivos específicos 61*

*4.3.3 Estrategias de acción 62*

*4.3.4 Población 62*

*4.3.5 Procedimiento desarrollado.63*

*4.3.6 Indicadores de logro Cuantitativo 63*

*4.3.7 Indicadores de logro Cualitativos 63*

*4.3.8 Presentación y análisis de resultado 64*


*4.3.9 Dificultades presentadas 68*


**5. CONCLUSIONES 69**

**6. RECOMENDACIONES 70**

**7. COMPLEMENTARIOS 131**

**Bibliografía 131**

**Apéndices **

**Anexos **



LISTAS ESPECIALES

TABLAS

*Tabla 1. Población trabajada en intervención clínica individual de Práctica I*

*Tabla 2 Talleres realizados*

*Tabla 3 Talleres realizados en Práctica I.*

*Tabla 4 Puntaje asignado a normas que se incumplen*

*Tabla 5 Puntaje asignado a normas que se incumplen en el área de pedagogía*

*Tabla 6 Normas que se infringen de mayor prevalencia*

FIGURAS

*Figura 1 Porcentaje de motivos de ingreso a la institución*

*Figura 2 Problemáticas más comunes*

*Figura 3 Factores de adquisición*

*Figura 4 Normas que no se cumplen por parte de la población*

*Figura 5 Normas que no se cumplen por parte de la población en el área de*

*Pedagogía*

**PRACTICA II 72**

*INTRODUCCIÓN 72*

**1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA 73**

**2. MARCO REFERENCIAL 76**

**2.1 Diagnostico o identificación de necesidades 76**

**2.2Ejes de intervención 78**

**2.2.1Intervención clínica 79**

**2.2.2Talleres psicoeducativos 79**

**2.2.3 Apoyo grupal (terapias de maratón) 80**

**2.3 Justificación de los ejes de intervención 80**

**2.3.1 Intervención clínica 80**

**2.3.2Talleres psicoeducativos 81**

**2.3.3 Apoyo grupal (terapias de maratón) 82**

**3. MARCO TEORICO PRÁCTICA II 83**

**4. PROPUESTA DE INTERVENCION 105**

*4.1 Intervención clínica 105*

*4.1.1 objetivos generales 105*

*4.1.2 objetivos específicos 105*

*4.1.3 Estrategias de acción 106*

*4.1.4 Población 107*

*4.1.5 Procedimiento desarrollado.107*

*4.1.6 Indicadores de logro Cuantitativo 107*

*4.1.7 Indicadores de logro Cualitativos 108*

*4.1.8 Presentación y análisis de resultados 108*

*4.1.9 Dificultades presentadas 115*

*4.2 Talleres psicoeducativos 116*

*4.2.1 objetivos generales 116*

*4.2.2 objetivos específicos 116*

*4.2.3 Estrategias de acción 117*

*4.2.4 Población 117*

*4.2.5 Procedimiento desarrollado.117*

*4.2.6 Indicadores de logro Cuantitativo 118*

*4.2.7 Indicadores de logro Cualitativos 118*

*4.2.8 Presentación y análisis de resultados 118*

*4.2.9 Dificultades presentadas 120*

*4.3 Apoyo grupal (terapias de maratón) 121*

*4.3.1 objetivos generales 121*

*4.3.2 objetivos específicos 121*

*4.3.3 Estrategias de acción 122*

*4.3.4 Población 122*

*4.3.5 Procedimiento desarrollado.123*

*4.3.6 Indicadores de logro Cuantitativo 123*

*4.3.7 Indicadores de logro Cualitativos 124*

*4.3.8 Presentación y análisis de resultados 124*


*4.3.9 Dificultades presentadas 126*

**5. CONCLUSIONES 126**

**6. RECOMENDACIONES 129**

7. COMPLEMENTARIOS *131*

Bibliografía *131*

Apéndices 

Anexos 

LISTAS ESPECIALES

TABLAS

*Tabla 1: Participación de la población en el eje clínico de intervención individual*

*Tabla 2. Procedimiento desarrollado en los talleres- practica II*

*Tabla 3. Maratones presentadas - práctica II*

FIGURAS

*Figura 1 Sustancia de consumo.*

*Figura 2 Diagnostico dual*

*Figura 3 Problemáticas trabajadas*

*Figura 4. Participación en talleres por parte de los residentes*

## **PRACTICA I**

### **INTRODUCCIÓN**

La Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza es una institución de carácter social que actualmente trabaja con el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar ICBF, en el cual instaura la protección de niños y adolescentes, que debido a problemáticas asociadas a desplazamiento por conflicto armado, maltrato infantil, abuso sexual, explotación laboral, abandono y dificultades económicas de sus familias que han imposibilitado su sostenimiento de forma adecuada. Es por ello que la Granja Infantil realiza la intervención de diferentes áreas entre las cuales se encuentra estudio, alimento, vestido, atención psicológica, trabajo social, salud y apoyo espiritual, es de tener en cuenta que estas áreas son reforzadas por profesionales del área con fin de buscar la mejor intervención posible.

En cuanto al servicio prestado de psicología el practicante realizó una intervención desde el enfoque cognitivo conductual, en el cual por medio de su teoría empezó a realizar intervenciones de diferentes aspectos, estos aspectos son tomados desde los ejes que este informe contiene.

Los ejes creados son vistos según las necesidades que la institución posea, acorde a las problemáticas que presentan los niños, niñas y jóvenes de la Granja Infantil, como violencia intrafamiliar, maltrato, abandono entre otros, es de esta forma que por medio de la intervención psicológica se formuló los ejes de intervención clínica, talleres psicoeducativos y modificación de sistema de puntos.

La institución al manejar este tipo de población traen consigo conductas y pensamientos que son desadaptativos hacia si mismo y el entorno, por ello la teoría construida permite la realización y modificación de estas problemáticas.

Este informe contiene lo trabajado en la institución en los tres ejes anteriormente mencionados, cada eje contiene la fabricación de su propuesta de intervención, justificación, marco teórico, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones.

Por otro lado se toma que esta práctica solo contiene lo trabajado desde julio del 2008 a noviembre del mismo año, la continuación del informe se hace en otra institución.

## **1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRACTICA**

La Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza es una institución de protección a los niños, niñas y jóvenes desamparados, que brinda atención integral a quienes se encuentran en estado de abandono o peligro físico y/o moral, dónde ofrece formación y desarrollo para promover personas capaces de convivir armónicamente. Su actividad tiene origen en la descomposición social que vive la humanidad, la cual genera quebrantos de la integridad de la infancia y la adolescencia.

La institución se creó en el año 1950, con el incremento de población en las ciudades del Eje Cafetero y con el desplazamiento de personas del campo hacia las ciudades, que incitaron el crecimiento de la población con necesidades socioeconómicas difíciles de satisfacer y vulnerables, como lo son los habitantes de la calle y por otra parte el



aumento del número de niños, niñas y jóvenes maltratados física y psicológicamente, huérfanos de padre y/o de madre, desprotegidos a nivel social.

En el año 1975, la señora Fanny Aristizábal de Arenas, preocupada por la gran cantidad de niños que deambulaban en la calle, solicitó la ayuda del Señor Luis Vargas Angarita quien donó un terreno en donde se pudiera construir la obra y crear física y estructuralmente una fundación para estos niños, niñas y jóvenes que no tenían la protección de alguien, convirtiéndose en un hogar para albergar a niños, niñas y jóvenes desamparados, desprotegidos, dispuestos a recibir la ayuda necesaria. En este lugar y gracias a la colaboración pereirana, se fue construyendo y dotando la institución de la que se encargó durante 17 años, después de esto fue entregada a la Diócesis de Pereira.

En el año 1976 la dirección administrativa fue asumida oficialmente por la comunidad de las Hermanas San Antonio de Padua, quienes se encargaron del cuidado y mejoramiento de la calidad de vida de estos pequeños. Esta comunidad religiosa ha sostenido la obra, beneficiando a generaciones de niños, niñas y jóvenes Risaraldenses, que han recibido ayuda y formación integral. Actualmente la Granja Infantil se encuentra bajo la dirección de la Hermana María Esther Cañaveral y es reconocida como la Institución de protección más grande de la región.

- **FILOSOFIA:** Inspirada en la Fe cristiana, la filosofía de la institución es brindar a los niños, niñas y jóvenes una formación integral, basada en los principios éticos

y valores morales que les permita ser personas autónomas, útiles a la sociedad, autorrealizadas y felices, contribuyendo así con una mejor Colombia.

- **MISION:** La Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza es una institución de protección inspirada en la fe cristiana, sin ánimo de lucro, que acoge niños, niñas y jóvenes en situación de maltrato, abuso sexual, abandono parcial o total, y/o en precariedad económica con la corresponsabilidad de la familia, la iglesia, el estado y la comunidad en general, para garantizar el desarrollo integral (físico, cognitivo, psicoafectivo y espiritual) y sus derechos, buscando potencializar sus habilidades y el cumplimiento, de sus deberes como ciudadanos, a través de procesos sistémicos resilientes, que les permita la construcción de su proyecto de vida y su autorrealización como personas en la sociedad.

- **VISION:** ser la mejor institución de protección de la región, reconocida por la aplicación de un modelo de atención efectivo y único, a partir de las necesidades del entorno, contribuyendo así con la formación de seres humanos comprometidos consigo mismos, la familia y la sociedad, con base en el desarrollo y el fortalecimiento de principios éticos/morales, en un ambiente que estimule el desarrollo de un proyecto de vida personal integral, y le posibilite al egresado mayor de edad vivir como persona autónoma mediante el acompañamiento de un equipo de trabajo competente, apoyado en la planeación estratégica, y enmarcado en un enfoque sistémico, que permita mejorar la calidad de vida de todos los actores involucrados en un clima laboral constructivo y armónico.

**VALORES Y PRNCIPIOS INSTITUCIONALES:**

***Amor:*** máxima expresión del que hacer institucional y base de todos los valores como son: la aceptación el respeto la fe, la felicidad, la honestidad, la responsabilidad, compromiso, resiliencia, el trabajo en equipo, la comunicación asertiva, la convivencia armónica, y la auto realización personal.

***Aceptación:*** es la aceptación armónica de si mismos y de los demás con sus fortalezas errores y debilidades, asumiendo el compromiso, de aprender de ellos y la aplicación de dicho aprendizaje para elaborar nuestro nivel de conciencia.

***Respeto:*** aceptar las diferencias del otro y asumir la diversidad como una oportunidad para ampliar nuestro universo, teniendo en cuenta que el respeto empieza por nuestro propio mundo interior a través del desarrollo de nuestro autocontrol y establecimiento de límites, y del reconocimiento del espacio individual y colectivo.

***Fe:*** potenciar en nuestra población un sentido de trascendencia en el ámbito espiritual a través del reconocimiento de nuestra esencia como seres humanos y un reencuentro con la divinidad presente en nuestro interior con el fin de elevar el nivel de conciencia a niños, a jóvenes, y adultos pertenecientes a al comunidad institucional.

***Felicidad:*** es el sentir humano a partir del reencuentro con el Dios que habita en nuestro interior y cuya integridad se refleja en la alegría y satisfacción constante.

***Honestidad:*** es el actuar con base en nuestros principios éticos y morales en el contexto institucional y fuera de él por parte de todos los actores involucrados.

***Responsabilidad:*** corresponde a la apropiación y el compromiso frente a los deberes adquiridos en nuestro trabajo, con el fin de potencializar y optimizar los procesos, teniendo en cuenta la coherencia entre lo que pensamos, sentimos, decimos, y hacemos y sus respectivas consecuencias no solo en el ámbito laboral sino también personal.

***Compromiso:*** son las acciones que emprendemos hacia el logro efectivo de las metas planteadas en cada área y en la organización, en general enfocado a la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de los niños, niñas y jóvenes.

***Resiliencia:*** es el trabajo enfocado al desarrollo de cualidades, habilidades y competencias que nos permitan enfrentar dificultades de una manera adecuada convirtiéndolas en oportunidades con el fin de generar crecimiento y desarrollo integral en toda la población institucional.

***Trabajo en equipo:*** corresponde a las acciones encaminadas a la creación, ejecución, control y seguimiento de estrategias conjuntas mediante una comunicación asertiva que permita optimizar los recursos humanos y técnicos en pro del bienestar de todos.

***Comunicación asertiva:*** es la coe-creacion de significados a partir de un reconocimiento de si mismo y del otro, a través de la escucha facilitadora que nos permita encontrar la lógica del otro para entenderlo y comprenderlo y así lograr los objetivos comunes.

***Convivencia armónica:*** es la apropiación y aplicación en la vida cotidiana de cada uno de los valores institucionales, con el fin de generar interacción en la armonía con las demás personas y el entorno.

***Autorrealización personal:*** corresponde al sentimiento de satisfacción tanto de los niños, jóvenes y funcionarios por los logros obtenidos frente a los objetivos y metas individuales y comunitarias que redundan en el bienestar y una mejor calidad de vida.

***SERVICIOS QUE PRESTA:*** La Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza, satisface las necesidades que el niño, niña o adolescente no encuentran en su hogar como la formación y desarrollo integral, supliendo también las necesidades básicas, ya que generalmente reciben: maltrato verbal, físico, psicológico, abuso sexual, entre otros.

Estas necesidades se satisfacen a través de las áreas con las que cuenta la institución, como los hogares, comedor, área profesional (Psicología, Trabajo Social, Nutricionista y Médico), talleres, área recreativa, escuela.

Los programas de atención con los que cuenta son:

▪ ***El programa de internado*** financiado con aportes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F) y la Fundación Lucila Montoya de Jaramillo de la diócesis de Pereira, el cual alberga niños, niñas y jóvenes entre los 6 y 18 años de edad que se encuentran en situación de de privación psicoafectiva y sociocultural.

▪ ***El programa se seminternado***, el cual es un satélite de la Granja Infantil, que atiende población entre los 6 y 18 años que se encuentran en estado de vulneración de sus derechos. Este programa en su conjunto tiene como centro de acción la familia, con el fin de desarrollar actividades de promoción de los derechos, prevención de riesgo y amenaza, y el restablecimiento de los mismos.

Numero de trabajadores: la Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza en todos sus programas cuenta con 36 empleados.

Áreas con las que cuenta la organización:

La organización cuenta con las áreas de: organigrama (ver anexo 1)

- Áreas administrativa y financiera
- Área de formación
- Área de bienestar

- Área de pastoral
- Área de servicio

## 2. MARCO REFERENCIAL

### *2.1 Diagnostico o identificación de necesidades:*

La granja Infantil es una institución que trabaja conjuntamente con el Instituto Colombiano Bienestar Familiar en acoger niños, niñas y adolescentes entre los 6 a 17 años de edad, esta población presenta problemáticas relacionadas al maltrato infantil, abuso sexual, riesgo psicosocial y abandono.

Según datos recogidos por el instituto de medicina Legal en el año 1999 (Republica de Colombia presidencia, Conserjería Presidencial para la política, derechos humanos y violencia Intrafamiliar, 2000) 9.896 menores de edad fueron maltratados por la familia en la que el 41.4% fue causado por el padre, el 26% fue la madre, el 12.3% fue el padrastro o la madrastra y el 20.3% fue alguien que cuidaba al menor, según el sexo el 55% fueron niñas, en los intervalos de edad de 5 a 14 años fue el 56% mientras que de las edades de 15 a 17 años fue el resultado del porcentaje restante, por abuso sexual hubo un total de 10.622 casos en la que el 93% fue cometido por un familiar, de la cual el 37.5% fue cometido por un primo tío, entre otros, el 30.6% fue un padrastro, el 29.4% fue el padre y el 2.4% por cónyuge de la menor, teniendo en cuenta que el 90.3% fueron niñas.

De esta manera se evidencia que los menores son violentados y necesitan ser defendidos por ello la ley de infancia 1098 de 2006 los cobije y protege como por ejemplo “Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.” y un buen ejemplo de ello es la función que cumple La Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza

Según la información anterior, se demuestra que una gran cantidad de niños y adolescentes presentan una violación a sus derechos, en la cual al ser una problemática que se repite con frecuencia, es necesario realizar intervenciones en diferentes áreas; la Granja Infantil al acoger esta población vulnerada, realiza dichas intervenciones. Desde el área de psicología se hacen evaluaciones, diagnósticos e intervenciones según la necesidad de los casos, de esta manera se enaltece la necesidad de realizar y continuar con procesos terapéuticos a la población anteriormente explicada.

Estas problemáticas lamentablemente afectan diferentes aspectos de la integridad del sujeto, las cuales desde el área de la psicología no se pueden abordar, es entonces necesario un equipo interdisciplinario para incluir intervenciones que permitan la búsqueda de un estar y mejorar la integridad de la población, por ello se hará reuniones o estudios de caso en trabajo interdisciplinario.



Para el diagnóstico de necesidades se realizó una entrevista semi-estructurada (apéndice A), aplicada a la jefe del área técnica, trabajo social y psicología, estas entrevistas resaltan la continuación de las intervenciones individuales y grupales que realiza el departamento de psicología, y también destacan la importancia que tiene la comunicación interdisciplinaria en los estudios de caso que se realizan; el jefe del área técnica distingue que el sistema de puntos que maneja actualmente la institución necesita ser estructurada ya que presenta falencias en su aplicación y evaluación, lo cual pudo realizar una propuesta de reestructuración con el uso de la técnica economía de fichas; por otra parte al realizar la entrevista a la psicóloga de la institución mantiene que actualmente cada área realiza talleres educativos, por parte de psicología se encarga del taller de prevención de sustancias psicoactivas, de ese modo la continuación de este taller permitiría desarrollar habilidades de confrontación con el objetivo de que la población prevenga el consumo de estas sustancias.

Además se realizó la lectura del anterior plan de práctica de Paulina Jiménez que realizó en la institución, en resumen todos los planes ejecutan intervenciones a nivel grupal e individual, por lo cual es necesario que este plan de práctica lo continúe, teniendo en cuenta todo lo relacionado a la problemática anteriormente descrita y de las respuestas que se obtuvieron de la entrevista. También se destaca la aplicación de talleres educativos, en lo cual actualmente el área de psicología se encarga con los talleres de prevención de sustancias psicoactivas.

Por último se revisó las descripciones de funciones del practicante en la que exigen la valoración inicial de ingreso a la institución, su diagnóstico e intervención, de tal

forma que acoge la necesidad de intervenciones individuales y grupales; asimismo la realización o implementación de talleres institucionales en el área de psicología, acogiendo los talleres de prevención de sustancia psicoactiva, al respecto de estudio de caso el practicante debe trabajar continuamente con educadores, auxiliares de hogar y demás profesionales de la institución y de sistema de puntos el emplear diferentes técnicas para la reeducación de grupo en la que la técnica de economía de fichas realiza tal acción

## ***2.2 Ejes de intervención***

Al realizar un diagnostico de necesidades desde el área de psicología en la Institución Granja Infantil, se plantean los siguientes ejes de intervención:

### ***2.2.1 Intervención clínica:***

En la intervención psicológica individual es de tener en cuenta que se trabaja en el campo clínico desde el enfoque cognitivo conductual, en la que se realizara evaluaciones, diagnósticos e intervenciones individuales según los casos.

### ***2.2.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas***

Es la prevención con el fin de desarrollar habilidades para que los diferentes contextos no influyan negativamente a la calidad de vida saludable, previniendo el consumo de sustancias psicoactivas.

### ***2.2.3 Sistema de puntos***

Es un sistema de intervención que consiste en establecer cambios comportamentales mediante el uso del refuerzo positivo, y castigo negativo, en el que se usan fichas para su control y así aplicar los diferentes refuerzos.

### ***2.3. Justificación de los ejes de intervención***

Los ejes de intervención que se encontraron durante la practica profesional representan las áreas de intervención que se realizaron en la Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza, en lo cual por medio de la psicología clínica con enfoque cognitivo conductual y la psicología educativa constructivista se emplearan diferentes procesos con el fin de cumplir sus objetivos.

#### ***2.3.1 Intervención clínica***

La necesidad de realizar intervenciones clínicas con el enfoque cognitivo conductual, permite analizar los diferentes motivos de consulta y problemáticas, construyendo así intervenciones individuales para la búsqueda del bienestar de la persona.

- **Novedad:** A pesar de que las problemáticas de la población ya han recibido intervenciones a nivel individual por parte de otros psicólogos; se pueden ir presentando nuevas problemáticas lo cual requiere nuevos tratamientos, seguimientos e intervenciones, sin olvidar que durante la estadía en la institución, psicólogo practicante se generan nuevos casos.
- **Interés:** La experiencia en la realización de intervenciones individuales, fomenta el desarrollo de nuevas habilidades que solo se pueden adquirir en la práctica profesional. De esta manera, exige una alta responsabilidad para el cumplimiento del eje, ya que permite el uso de una área académica aplicada en campos reales.
- **Utilidad:** Con la realización de intervenciones a nivel individual, se logra que las problemáticas que puedan presentar cada paciente sean aceptadas y por ende modificadas, y de esta forma el paciente logre una mejor funcionalidad en su diario vivir, realizando así una prevención y promoción de la salud mental de esta población, con el fin de generar estrategias que permitan la disminución de dificultades de orden comportamental y cognitivo.

### ***2.3.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas***

Los talleres psicoeducativos de la prevención de sustancias psicoactivas permiten el desarrollo de habilidades, en los que se tendrá alternativas de enfrentamiento al contexto para que se puedan desenvolver.

- **Novedad:** La realización de estos talleres permite desarrollar temáticas en las que los niños, niñas y adolescentes de los diferentes programas logren habilidades personales y sociales para la construcción de estilos de vida saludables.
- **Interés:** El uso de estos talleres permite tomar otro campo de acción de la psicología, en este caso la educativa, lo que permitiría la construcción de nuevas habilidades en la formación profesional.
- **Utilidad:** Esta población debido a los contextos que han sido expuestos han tenido conocimiento del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual dificultan su estado de salud mental ya que pueden presentarse una prevalencia de realizar algún tipo de consumo, por ello con los talleres se realizaría una prevención acerca de esta problemática.

### ***2.3.3 Sistema de puntos***

El sistema de puntos permite la intervención grupal en la medida de realizar cambios comportamental por la ayuda de diferentes reforzadores. Cambiando conductas negativas por otras positivas.

- **Novedad:** Reestructurar el sistema de puntos que existe actualmente en el instituto, ya que se busca la implementación de conductas desadaptativas utilizando la técnica de la economía de fichas.
- **Interés:** Utilizar el conocimiento psicológico por medio del enfoque cognitivo conductual que busca modificar y estructurar conductas desadaptativas., por medio de esta técnica se busca que las conductas de los sujetos sean adaptadas a la norma y por ende tenga la capacidad de ser aceptados en otros contextos (familiares, sociales, laborales).
- **Utilidad:** El sistema de puntos es una herramienta que utiliza la institución para premiar aquellas conductas que presentan una mejor adaptación al contexto y castigando aquellas que no los son, lo cual con la economía de fichas permitiría un buen manejo de esta función que la institución quiere alcanzar.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Al hablar acerca de la aplicación de la teoría psicológica se da inicio primero una abordaje de los cimientos que posee y que permiten el trabajo en el contexto de la institución.

De esta manera la percepción de los estudios de diferentes fenómenos lograba ser objetivo por medio de la experimentación,; entonces la psicología entra a esta

categorización por la contribución que hace Wilhelm Maximilian Wundt al abrir el primer laboratorio de psicología, sus estudio se basaron en la introspección, que consistía en la búsqueda interna de los estados mentales, sin embargo Watson critica este método ya que lo consideraba que los resultados que arrojaba no podían ser socializados o cuantificables ya que era muy difíciles de verificar, de esta manera propone el estudio cuantificable conocido como el conductismo ya como lo menciona Gross (2004) “Watson, al rechazar a la mente como objeto adecuado para la psicología científica, simplemente intercambié por conducta: ahora es la conducta la que se moldea debido a la experiencia ”.

Con el desarrollo del conductismo se desarrollan las ideas de Pavlov acerca del reflejo condicionado por el estudio en perros en la que se podría traspasar a estudios humanos; de esta manera se desarrolla lo que se conoce como condicionamiento clásico, en la que consiste en la asociación de un estímulo neutro a un estímulo incondicionado generando una respuesta incondicionada; por ejemplo en el estudio de los perros el estímulo neutro era la campana, el estímulo incondicionado la comida y a la respuesta incondicionada era la saliva.

Posteriormente Skinner resalta el estudio del conductismo como conductismo operante ya que introduce los conceptos de refuerzo y castigo positivo o negativo, en la que la conducta se relaciona con el medio ambiente conocido como relación de contingencias, entonces este planteamiento sugiere que una persona está relacionado con los factores del entorno, por lo cual por medio de los diferentes refuerzos la persona pueda incrementar o disminuir su conducta y de esta manera realizar intervenciones para la predicción de la emisión de conductas y realizar aprendizajes, sin embargo estos estudios

no abarcan los procesos internos mentales ya que desde el apartado teórico que se utiliza no se pueden abordar.

Por tanto el surgimiento de otra escuela psicológica en la que a diferencia del conductismo plantea el estudio de procesos mentales internos psicología cognitiva, lo primeros autores que resaltan esta perspectiva son Edward Tolman y Albert Bandura, estos dos autores en la que muestra Gross (2004) la importancia que tiene los procesos internos en el aprendizaje ya que estos procesos generan emociones, conducta y nos determina en el medio. Como lo resalta ya que como lo resalta Gross (2004) durante los años 40 la psicología fue dominada por el conductismo; sin embargo las críticas e insatisfacción que generaban culminaron con lo que se reconoce revolución cognitiva.

A partir de aquí la psicología ha pasado por diferentes paradigmas en la que se empieza por el introspeccionismo de Wundt, después el conductismo y finalmente el área cognitiva, de esta manera se observa que la conducta humana es integrada por diferentes factores de las cuales para integrar todas surge el enfoque cognitivo conductual “Desde el punto de vista teórico, lo que va a dar integración al conjunto de propuestas clínicas, es la idea de conducta que incluye la emoción y la cognición, y no sólo el comportamiento motor públicamente observable. Por otra parte, desde el punto de vista del abordaje, las diversas estrategias cognitivo-conductuales son enteramente compatibles e integradas en cada plan de tratamiento. La integración es razonable, pues las diferentes categorías de conducta (acción, emoción y cognición) trabajan conjuntamente en cada ser humano y son mutuamente influyentes, dentro de una estructura de personalidad formada por condiciones ambientales y biológicas tanto históricas como actuales, sin perder de vista,



además, los efectos en retroalimentación que tiene la conducta del individuo con su ambiente”. (Wikipedia enciclopedia libre

[[http://es.wikipedia.org/wiki/Terapias\\_cognitivo-conductuales](http://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales)])

Aproximadamente en la década de los 70 el enfoque cognitivo conductual surge de los principios de dos modelos psicológicos, el conductual y el cognitivo, enfocado en la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales ya que la conducta puede intervenir en los procesos cognitivos y los procesos cognitivos en la conducta. Así la psicología al realizar intervenciones clínicas busca a una persona que se marca por diferentes áreas y no en una sola en la manera de un sujeto biopsicosocial.

Se considera al hombre un sujeto biopsicosocial debido a que constituye una unidad integral conformado por los aspectos físicos, psicológicos, y sociales, por lo que el estudio se debe componer de diferentes disciplinas o campo interdisciplinarios, en el caso de la psicología su estudio se enmarca en relación de estas tres unidades ya que si separa alguno el análisis de lo humano queda incompleta.

Por ello es necesario considerar al hombre como un integrado de diferentes piezas ya que todas realizan una interacción y conforman el estudio del hombre, de tal manera que al realizar estudios desde el campo de la psicología se tiene en cuenta varios aspectos, como lo orgánico ya que permiten exponer los campos filogenéticos de su etnia, el contexto y el ambiente ayudan a determinar la forma en que un sujeto piense o exprese moldeado de los diferentes estímulos que recibe, cognitivo permite procesar la información de manera

individual o particular y social por la interacción que tiene al relacionarse con otras personas.

De esta manera la interacción de los tres sistemas hacen que la conducta y el pensamiento de hombre se construya, como lo comenta (Núñez, Rodas, Tobón pag 31) recopilan a (Bandura, 1987) “en este proceso, las expectativas humanas, creencias y capacidades cognoscitivas son convertidas y modificadas por influencias sociales y estructuras físicas dentro del ambiente”

Al realizar entonces un proceso de intervención clínico desde el enfoque cognitivo conductual es necesario conocer a la población intervenir, debido a que las características evolutivas dan pautas para entender que tipo de conductas son las esperadas según el rango de edad.

Al respecto con el desarrollo psicomotor en los rangos de 6 y 12 años de edad, el desarrollo físico se conoce como primeros cambios de configuración ya que las extremidades inferiores y superiores se alargan y se anchan dejando la cabeza y el tronco para un posterior cambio Moraleda (1999), también existe un perfeccionismo en las habilidades sensomotoras ya que como lo define (Clay & Watson, 1991 p, 470)”la fuerza aumenta con la edad. Tanto en varones como en niñas tiende haber relación consistente entre los índices de fuerza, estatura, peso y salud”

En cuanto al desarrollo cognitivo la edad entre 6 y 10 años se encuentra en las operaciones concretas según Piaget, en la que se caracteriza en la elaboración de nuevos conceptos en que permite el desarrollo de problemas más elaborados, también la

realización de operaciones lógico-matemáticas tales como la clasificación, seriación y numeración. (Moraleda, 1999)

En la parte de su desarrollo emocional los estados de ánimos piden variar rápidamente por estímulos que el niño comienza a discriminar; la aparición de fobias en la que fácilmente entra por la sugestión de relatos u otros estímulos; una actitud optimista desbordado en la alegría en el vigor y la fuerza es de tener en cuenta que su autoestima empieza ser valorada por medio de optimismo; generándole confianza por la etapa que se encuentra ya que adquiere nuevos concomimientos por sus nuevas aptitudes intelectuales. (Moraleda, 1999)

En la formación de juicios de valor se divide en varias etapas hasta los seis años el niño no diferencia la responsabilidad de sus actos ya que los asimilan y los juzgan por igual, pero a partir de los 8 -9 años comienza una distinción generándole más campos de responsabilidad.

Después se pasa a la etapa de la adolescencia, esta etapa se caracteriza por los cambios significativos en varias áreas, en el área fisiológica se encuentran cambios de crecimiento que son repentinos, en donde se caracteriza por el aumento de peso y estatura que ocurre durante los meses que anticipan la menarquía y la primera emisión de semen en los varones (Clay & Watson, 1991)

Esta etapa presenta la formación de la identidad y experiencias sexuales, el impulso sexual es bastante fuerte en la que se desemboca de diferentes maneras ya sea por medio

de la masturbación o el contacto con otro ya sea del mismo o diferente sexo, este contacto con el otro la hace de forma paulatina empezando con besos en la mejilla, abrazos, después se pasa a besos en la boca o estimulación de alguna parte erógena por encima de la ropa, posteriormente los tocamientos que aproximan al coito, estimulación genital, contacto por debajo de la ropa y la última fase es el coito, estas experiencias aumentan considerablemente entre los 13 y 17 años Moraleda (1999). Al respecto con la identidad es la búsqueda que tiene el joven con el fin de pertenecer en un grupo, ya que en algunos casos la conducta no coincide con el comportamiento biológico.

En el desarrollo cognoscitivo el adolescente se encuentra en la última etapa postulada por Piaget las operaciones formales, ya que esta etapa es la que permite el uso de razonamientos abstractos y así tener las bases del razonamiento científico.

Este proceso evolutivo al presenta ciertas características propias según los rangos de edad, forman a un sujeto integral pero que se ve interrumpido por las vivencia que han sufrido. Según (República de Colombia presidencia, Conserjería Presidencial para la política, compendio normativo y diccionario versión interdisciplinaria, 2000) el abuso sexual se considera aquel acto con o sin penetración, de la cual viola los derechos ya que se usa la fuerza, manipulación, intimidación, engaño o chantaje en la que vulnera o ataca su salud psíquica y física, de igual manera se establece que este abuso se puede hacer con o sin contacto, aquel que es con contacto son aquellos como los genitales, el ano, el pecho y cualquier parte del cuerpo y con los que se hace sin contacto se hace por la muestra de material pornográfico, masturbación, espiarlos mientras estén desnudos y exhibición entre otras; es así que desde la psicología se pueden realizar diferentes intervenciones a las

problemáticas que surgen tales como la angustia, falta de concentración, apatía, claustrofobia, pesadillas, amenorrea, falta de control de esfínteres, desordenes alimenticios, crisis, agresividad y comportamientos sexuales inapropiados.

Otra problemática es el maltrato infantil, se considera maltrato infantil a todo lo que concierne abuso físico, psicológico, descuido, trato negligente, explotación, abuso o acoso sexual de lo que va muy unido a la generación de conductas problema que se describieron en la problemática anterior, también se considera maltrato a la tortura, tratos inhumanos o desagradables de los que hacen parte los padres, representantes legales o que tenga relación con la menor; el maltrato físico que es el uso de fuerza en golpes, empujones que dejan marcas en el cuerpo del menor, también se considera maltrato emocional en las relaciones afectivas del menor con sus padres o cuidadores ya que al ser disfuncionales pueden generar alteraciones de comportamiento, se muestra también la ausencia de padres, negligencia y agresión verbal-; por la psicología se puede presentar problemas de temperamento o de aprendizaje, llanto y problemas alimenticios.

La siguiente problemática es el abandono, se considera abandono en la que se presenta la ausencia total o parcial de los cuidados físicos y emocionales; el abandono parcial genera crisis emocionales, baja autoestima, falta de confianza ya que la ambivalencia no estabiliza el desarrollo del menor aunque también el abandono total genera estas dificultades presentadas. Ya por ultimo la violencia intrafamiliar corresponde al abuso que ejercen algunos miembros de la familia sobre otros, en la que puede ser física, sexual, daño, muerte y sexual; los peores casos se consideran cuando la tortura llega a este tipo de violencia y los menos graves son los que incluyen, gritos, insultos, golpes que no

dejan secuelas y negligencias, algunos trastornos que puede dejar van desde la depresión, agresividad y baja autoestima.

Debido a estas vivencias que afectan el desarrollo integral de cada persona generan cierta problemáticas que han sido aprendidas, estos elementos de una forma u otra han entrado con un contexto en la que a través del aprendizaje se han ido construyendo (Beriso, Plans, Sánchez – Guerra y Sánchez ,(s,f) en la cual hay 4 tipo de aprendizaje ya que se hace de forma diferentes teniendo en cuenta los factores que los influye “motivacionales, familiares educativos culturales amigos/as, compañeros/as , las vivencias o experiencias, las metas que nos proponemos, las expectativas” (Beriso, Plans, Sánchez – Guerra & Sánchez ,(s,f) p. 17); estos aprendizajes son los siguientes: construcción activa son las ideas, esquemas, representaciones internas, valores y acciones que vienen desde la infancia, el segundo aprendizaje es el que se hace por imitación es la que consiste en el condicionamiento clásico, el tercer aprendizaje es que se hace por imitación en la que se hace por la observación o por modelos, es decir es la ganancia de una experiencia directa con el medio, y el ultimo aprendizaje es aquel que se hace por condicionamiento operante.

Al tener todo ese proceso en la que el individuo se forma ya que Santacreu y Xesús (1999) comenta que el aprendizaje es único e individual en la que el ambiente lo modifica y genera nuevas experiencias, en lo cual el psicólogo clínico utiliza toda esta información y las adecua a cada caso en especial.

Es por ello que a pesar de que las problemáticas puedan ser la misma cada persona las aprende y las asocia de forma diferente, entonces se realiza evaluaciones psicológicas con el motivo de diseñar un programa de intervención para cada sujeto.

Para realizar el proceso de intervención se inicia con una evaluación a la problemática o el motivo que el paciente traiga a la consulta, construyendo líneas de base que recolecta datos e información, con el fin de identificar los parámetros de la conducta problema, como por ejemplo identificar que tantas veces se repite durante un lapso de tiempo, teniendo en cuenta no solo los datos recogidos de la evaluación son importantes sino que aquellos que se puedan recoger de otras fuentes y que permitan la verificación como es el caso de la población de la Granja, algunas de estas estrategias se realizan por medio de los formadores, profesores, trabajo social funcionarios, padres, revisión de historias de vida, pruebas psicológicas y observación directa que permitan la realización de una hipótesis para determinar el proceso de intervención terapéutico.

Es importante el establecimiento de la hipótesis en la intervención ya que da indicios de que manera se establece o cuáles son las causas en el que el problema se genera en ciertas situaciones y se mantenga, pero para llegar al establecimiento de la hipótesis es necesario pero para realizar la hipótesis es necesario hacer un análisis funcional.

Se entiende como análisis funcional como el proceso de analizar el comportamiento en antecedentes, respuestas y consecuencias, antecedentes son los acontecimientos que ocurrieron antes, consecuencias las cosas que ocurren después y respuesta es todo aquello que el sujeto expresa en su repertorio conductual y cognitivo Santacreu y Xesus, (1999); en donde cumple la función de explicar la conducta, es como la define (Santacreu y Xesus,(1999) p 126) “el análisis funcional intenta explicar por que en ese momento una persona se comporta como lo hace, y esto no es otra cosa que establecer hipótesis explicativas del comportamiento actual del sujeto.”

Ya con el análisis funcional y el establecimiento de la hipótesis se establecen los factores de adquisición, mantenimiento y desencadenantes, el factor de adquisición es la forma es que la persona o el paciente aprende la conducta problema y la primera vez que aparece, este factor surge por los principios del condicionamiento clásico, mientras que el factor de mantenimiento se hace por operante y consiste en la manera en que la conducta se mantenga en la actualidad, y el factor desencadenante son aquellos estímulos que hacen que a conducta se emita.

Ya de haber establecido las problemáticas con las que se va a intervenir es de entender de qué manera la clínica cognitivo conductual establece pautas de intervención, ya que como lo comenta Beriso, Plans, Sánchez – Guerra y Sánchez (s,f) hay 6 elementos en la que se comporta de manera diferente que son: el ambiente, emociones, reacciones físicas, pensamientos, comportamiento y la consecuencia del comportamiento, estos 6 elementos por tanto atribuyen a los que comportamientos sean diferentes lo cual (Beriso, Plans, Sánchez – Guerra y Sánchez ,(s,f), p 15) señalan que “Por tanto, si alguno de ellos nos ocasiona problemas podemos generar alternativas utilizando procedimientos o estrategias cognitivas, emocionales, conductuales o situacionales, según el caso ”.

Las técnicas conductuales permiten desarrollar, procesos en el que una conducta tenga la posibilidad de aumentar o disminuir según el proceso que se llega a utilizar, en tal caso si un niño agresivo se le quiere reducir su comportamiento, se utilizaría una técnica que cumpliría esta función, o en lo contrario si desea que el repertorio aumente es de utilizar otra técnica.



La técnica de modelado es un procedimiento en la que una persona por medio de la observación se le induce para que realice la conducta que se le está mostrando ya que la persona que la hace funciona como estímulo, también esta técnica funciona de forma grupal como individual como lo retoma (Méndez Olivares, (2001) p 195) “la teoría del aprendizaje social distingue entre adquisición y ejecución, ya que un sujeto puede aprender una conducta observando a un modelo y no ponerla nunca en práctica. Tal sería el caso de los pasajeros de un avión que observan a la azafata demostrar cómo deben utilizar el chaleco salvavidas y la mascarilla de oxígeno, pero nunca lo han tenido que usar”

La técnica de moldeamiento es una técnica que se utiliza en el caso en que una conducta no exista en el repertorio del sujeto, lo cual se realizan aproximaciones sucesivas por medio del refuerzo, de esta manera Martin. Pear (1999) en la página 68 la define así “el moldeamiento puede definirse como el desarrollo de una nueva conducta mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta”

Otra técnica es la de encadenamiento en la que consiste llegar a un comportamiento complejo con conductas más sencillas, permitiendo realizar eslabones que mantengan la meta deseada. Martin, Pear (1999).

La siguiente técnica es la de auto control, consiste en controlar una conducta en la que el terapeuta asesore y sea el mismo paciente que tenga la capacidad de modificarla y genere nuevas habilidades, reduciendo la intervención del terapeuta. Méndez y Olivares, (2001).

También está para la aplicación de conductas el refuerzo positivo, esta técnica resalta el de aplicar un reforzador positivo en cuanto a la manifestación de una conducta que se quiere que aumente ya que como lo establece (Martin. Pear la pagina 30) “si en una situación dada una persona hace algo que seguido inmediatamente por un reforzador positivo, es más probable que la persona haga de nuevo la misma cosa cuando se enfrente a una situación similar”.

El procedimiento del contrato de contingencias o comporta mentales, emplean un acuerdo entre el terapeuta y el paciente, en el cual se busca el cumplimiento de unas conductas con el refuerzo positivo y negativo.

Ya por último el entrenamiento de habilidades sociales permite a quienes se les dificulta mantener unas relaciones o interacciones con los pares o adultos, entablar a través de la técnica un patrón de conductas específicas para el fortalecimiento de esta, lo cual el de conseguir una satisfacción propia hace que las conductas desadaptativas disminuyen. Mendez, Olivares (2001).

Las técnicas que se utilizan en el caso de que sean cognitivas se realizan una reestructuración cognitiva, Beck se encamina a identificar el esquema que la persona a desarrollado por medio de sus vivencias y diferentes aprendizajes, lo cual a través de ese proceso puede crear fisuras o fallas que puede generar los pensamientos automáticos, estos pensamientos son el reflejo de un proceso sin razonamiento en donde puede generar un malestar y así una distorsión cognitiva, existen diferentes distorsiones en las que son la inferencia arbitraria, lector de mentes, error del adivino, personalización, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, minimización, pensamiento dicotómico,

razonamiento emocional, descalificación de lo positivo, afirmaciones debería, externalización de la propia válida.

El procedimiento que se desarrolla para lograr la reestructuración es la de utilizar el cuestionamiento socrático en la que al utilizar la evidencia y datos empíricos modifique su percepción y de esa forma su estructura , por otro lado Ellis con su terapia racional – emotiva (TRE), se basa en los pensamientos desadaptativos conocidas como ideas irracionales, en la que con el modelo A B C (acontecimiento, creencia, consecuencia) logren la identificación de la idea irracionales como lo dice (Méndez y Olivares, , 2001 p 430) “Ellis sostiene que en nuestra sociedad, la familia y otras instituciones, directa o indirectamente, nos adoctrinan de tal modo que llegamos a creer una serie de ideas supersticiosas o sin sentido, las cuales producen al ser humano trastornos emocionales”

La siguiente técnica que se utiliza en el ámbito cognitivo conductual, permite que cuando el paciente se encuentre en una encrucijada y no tenga la posibilidad de resolverla, esta técnica le permite brindarle una ayuda en su conflicto como lo toma D`Zurilla, (1993) retomado de Mendez, Olivares, en la pagina 485 “el entrenamiento de solución de problemas pretende enseñara al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas, con esta técnica no se elimina los problemas, el terapeuta no es omnipotente, sino que proporciona métodos para que el cliente analice y evalúe posibles opiniones y ofrece un modo de enfocar el mundo que excluya la ansiedad y el estrés innecesario”.

Al respecto en el manejo de modificar la conducta de manera grupal la granja maneja lo que se conoce como sistema de puntos, este sistema es un sustrato de la técnica economía de fichas. La economía de fichas es una técnica operante en que consiste, en que un grupo de personas ganan fichas o en este caso puntos por emitir conductas aceptadas dentro de la institución, y que esos puntos ganados pueden ser canjeados por reforzadores. Martin, Pear (1999). De esta manera se implementa el reforzamiento positivo cuando se entrega las fichas y castigo negativo por el retiro de esta.

Sin embargo para la aplicación correcta de la técnica se debe seguir el siguiente procedimiento: identificar las conductas meta que se quiere lograr o reforzar, después realizar una línea de base ya que se podrá identificar las conductas problema, en seguida, elegir el tipo de fichas que se van a utilizar ya que como lo retoma Martin, Pear (p 320) “en general las fichas deben ser atractivas, ligeras, fáciles de llevar, perdurables, manejables y, desde luego difíciles de falsificar”. El siguiente paso es el de seleccionar los reforzadores de apoyo que consiste en canjear las fichas por cualquier objeto o símbolo o sucesos reforzante tangibles Mayer y Sulzer, (1983). Posteriormente se especifica qué valor tiene cada reforzador de apoyo por un número de fichas como lo comenta (Mayer y Sulzer, (1983) p 500) “una economía de fichas es idealmente apropiada para la entrega de cantidades adecuadas de reforzadores. La planeación cuidadosa debe asegurar los reforzadores de apoyo se entregan en la cantidad suficiente para mantener el rendimiento”: establecer el costo de respuesta, en qué consiste por la penalización de haber cometido una conducta no adecuada y la retirada de un número de puntos, y está el tiempo fuera de gasto de fichas en la que consiste en que la persona no puede cambiar las fichas por un tiempo determinado. Y por último el desvanecimiento de la economía de fichas que consigna e la

retirada de las fichas en la que la conducta se mantenga por si misma sin la necesidad de los reforzadores así como lo designa Martin, Pear (1999) (p 516) “aunque la efectividad y viabilidad de los sistemas e fichas apoyados pe reforzadores tangibles y artificiales justifica muy bien su uso, en la opinión de los autores que la mayoría de estos sistemas deberán eliminarse gradualmente por fases, “.

Sin embargo para que este procedimiento sea confiable es de tener en cuanta, ciertas pautas para su buen funcionamiento, como en los reforzadores de apoyo deben venir de la petición de los clientes que se les aplica la técnica para mayor motivación, identificar a las personas que pueda llevar a cabo el programa, como por ejemplo quienes aplican los reforzadores, la aplicación de las fichas como su entrega y retirada debe ser inmediata a la conducta emitida, instaurar los espacios en el que la técnica se aplica.

Por último las ventajas que presenta esta técnica son las siguientes: la reducción de la demora de la entrega del reforzador, ya que las fichas tienen la capacidad de actuar inmediatamente la cual no pierde su valor reforzante, la segunda ventaja es la flexibilidad que contiene debido que los reforzadores son la exigencia y preferencias del cliente, permitiendo la pasibilidad en trabajar en grupos ya que cada persona tiene su reforzador de Mendez, Olivares, (2001)

En cuanto a los talleres de consumo de sustancias psicoactivas se realiza prevenciones con el motivo de anticipar las conductas problemas que en este caso es el consumo, ya que se desarrolla habilidades sociales e individuales para que la población de la Granja infantil aumente los estilos de vida saludable y no la del consumo, pero para que esto sea posible se debe contar de lo que cada persona entiende de la problemática y así

haga su propia construcción; ya que como lo retoma CoIl y Martín (1993) el aprendizaje es una construcción de significación en donde el sentido no surge ni antes ni después, sino que es atribuido en el momento en que el la persona construye significados, lo cual se puede discernir que las personas que participan de los talleres toman un papel activo ya que dependerán de las experiencias cotidianas implícitas en su histonogenesis (historia de cada individuo), permitiéndole la transformación de conocimientos menos elaborados en otros más complejos, dándole un nivel más elevado de estructuración; pero para realizar el cumplimiento del objetivo de la prevención del consumo, estos aprendizajes tiene que ser significativos ya que lo que no se quiere llegar es que los sujetos aprendan mecánicamente o imitando la información al pie de la letra, si no una asimilación de las actividades que se les plantean., ya que aquellos conocimientos que la preceden se almacenen la memoria a largo plazo, manteniéndose a lo largo del tiempo de forma duradera, en donde se podrá acceder a esta información de forma más directa, es decir que se da lugar a una asimilación, pues se da paso a una transformación de nuevo contenido, pero a su vez se amplía o se complejiza el ya existente, siendo mucho más probable que éste nuevo conocimiento significativo pueda ser transferible a otros contextos o acciones no directamente vinculadas.

Finalmente los aspectos teóricos permiten la realización de la práctica, enfocados a la intervención de las necesidades encontradas y mencionadas anteriormente, en la cual concede un desarrollo optimo de las propuestas de intervención de cada eje. Generando así una mejora en la calidad de vida a la población con la cual se va trabajar.

De haber hecho un repaso del origen de la psicología clínica con enfoque cognitivo conductual, se hace paso a la explicación de la problemática que se trabaja en el instituto Hogar de los Muchachos.

#### **4. PROPUESTA DE INTERVENCION**

##### ***4.1 Eje de intervención: Intervención Clínica Individual***

Consiste en la evaluación, seguimiento e intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual, con el fin de identificar las conductas problemas del paciente y así realizar intervenciones para modificar comportamientos y pensamientos.

##### ***4.1.1 Objetivo general:***

Brindar un proceso terapéutico que genere cambios en la conducta y en la cognición, generando cambios cognitivos y comporta mentales a los niños y niñas, adolescentes de la Granja Infantil.

##### ***4.1.2 Objetivo específico***

- Establecer diferentes programas de intervención o de seguimiento de acuerdo a las necesidades de la población.
- Establecer cuales son las conductas y pensamientos que están generando conflicto consigo mismo y al contexto en el cual la persona se desenvuelve
- Fortalecer conductas que se encuentran en el repertorio del paciente que faciliten la convivencia hacia si mismo y su contexto.

- Brindar estrategias de acción con el motivo de que el paciente tenga herramientas para afrontar los conflictos que se le presenten en su diario vivir.

#### ***4.1.3 Estrategias de acción***

- La revisión o la aplicación de entrevistas, y de pruebas establecidas por la institución (Machover, Wartegg, y test de la familia) y proceder del llenar el formato de la ficha funcional (anexo 1)
- Realización de informe de seguimiento individual (anexo 2) o el caso de ser la primera entrevista el formato de valoración inicial (anexo 3)
- Planteamiento de hipótesis para establecer el diagnóstico sobre la demanda o queja del paciente
- Seleccionar un plan de intervención de acuerdo a las especificaciones del proceso y bagaje teórico.
- Trabajar estudios de caso ya sea con el área de psicología o a un nivel interdisciplinario.
- Realizar diagnósticos a través de factores desencadenantes, antecedentes, respuestas y mantenimiento.



#### ***4.1.4 Población***

La población con la que se va a trabajar es la de niños o niñas y adolescentes entre las edades de 5 a 16 años, en la cual será un total de 23 casos entre los programas de internado, seminternado, fundación y alcaldía

#### ***4.1.5 Procedimiento desarrollado.***

El procedimiento que se desarrollo en la intervención clínica consistió en el evaluación, diagnostico e intervención a la población de la institución , en el cual había sido asignado al practicante, por ello según las necesidades del paciente y de la institución se otorgó la posibilidad de realizar seguimientos mensuales y semanales, en un principio se inicio con un total de 19 casos los cuales 10 eran mensuales y 9 semanales, de los casos iniciados se realizo lectura de los informes y pruebas de los anteriores psicólogos, en el cual se hizo leída de los diagnósticos y metas que se habían propuesto cuyo fin era el continuar y no hacer corte de los procesos que anteriormente habían iniciado , por otro lado se realizaron iniciación de procesos en el cual consistía en una entrevista inicial, aplicación del Wartegg y realización del diagnostico inicial, de los procesos iniciados se podían ser llevados a procesos semanales o mensuales, por ello se llevo a un total de 24 pacientes de los 19 que se habían iniciado; por ello el número de intervenciones semanales bajo debido al aumento de la población. Por ultimo cada tres meses se llena el formato platinfa (anexo 6)

#### ***4.1.6 Indicadores de logro Cuantitativo***

- Se trabajó el 100% de los pacientes asignados a cada practicante.
- El 100 % fue evaluado a tiempo en entrevista inicial
- Se realizó el 100% de los seguimientos semanales
- Realizó el 100% de los seguimientos mensuales
- El 8% de la población se le realizo integro al hogar
- El 20% presento evasión de la institución o retiro de esta

#### ***4.1.7 Indicadores de logro Cualitativos***

- Realización de la empatía y rapport a cada paciente
- Progreso de intervención a las conductas y cogniciones problema.
- Interés del paciente por el proceso psicológico
- Bienestar integral acerca de los conflictos de cada paciente atendido.

#### ***4.1.8 Presentación y análisis de resultados***

Lo que se llevó de la realización de la práctica profesional en la Granja Infantil, se asume que el practicante llevara un total de 19 casos en el cual 9 de ellos se le realizaran intervenciones semanales, mientras que los 10 restantes se realizaran seguimientos mensuales, de los 19 casos 18 de ellos ya habían sido evaluados por anteriores psicólogos, en la que ya había sido aplicados una entrevista inicial y las pruebas que exigen la institución, solamente una paciente que ingresa el mes de julio se le hace la entrevista inicial y la aplicación de las pruebas. En el mes de agosto ingresa el programa de alcaldía a la institución en donde se toma 4 casos, se hace el procedimiento

adecuado de la entrevista y aplicación de pruebas; sin embargo el programa de alcaldía no se realiza PLATINFA y los informes maneja una diferente estructura ver anexo ( 4) y son entregados a la alcaldía de Pereira para su revisión y luego ser archivados en la Granja; un último paciente ingresa por el mismo programa en el mes de septiembre quedando así con un total de 24 pacientes, quedando 9 de intervención y 15 de seguimiento.

Tabla 1

*Población trabajada en intervención clínica individual de Practica I*

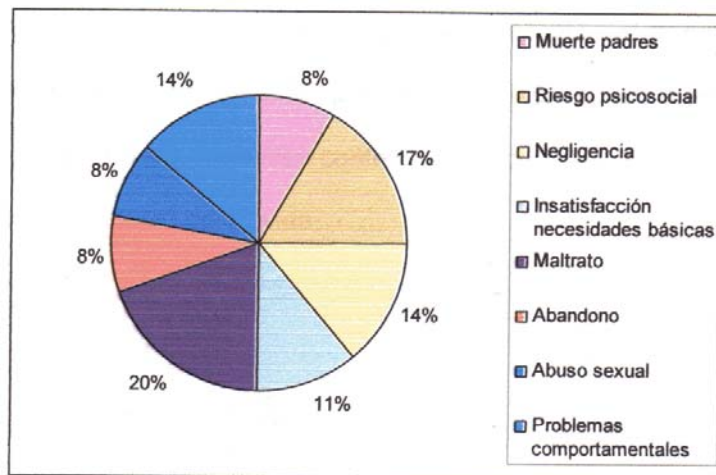
Indicador	Número total
Número de pacientes asignados a cada practicante.	24
Número de procesos clínicos iniciados	9
Número de seguimientos psicológicos.	15
Número de seguimientos semanales	9
Número de reintegros	2
Número de evasiones de la institución o retiro de esta	5
Número de casos que son reenviados por otro psicólogo	1

En esta tabla se especifica los indicadores cuantitativos con sus respectivos valores, lo cual se demuestra que lo que se lleva de la práctica del segundo semestre del 2008, se han presentado 9 casos que se les inicio un proceso terapéutico, en donde 5 de ellos son del programa del Alcaldía los 4 restantes son remitidos de Instituto Colombiano del Bienestar Familiar ICBF, debido a que ingresan por el cupo dejado por un anterior integrante; durante este semestre se presento 2 reintegros al ámbito familiar uno pertenecía al programa de internado y al otro de semi internado, también se han

presentado 5 retiros de la institución pero dos de estos fueron llevados a otra institución, uno de los casos que se evadió hace parte del que fue emitido por otro psicólogo debido que el proceso con el anterior psicólogo se cerro, sin embargo el proceso no continuo debido a la evasión que presento.

*Figura 1*

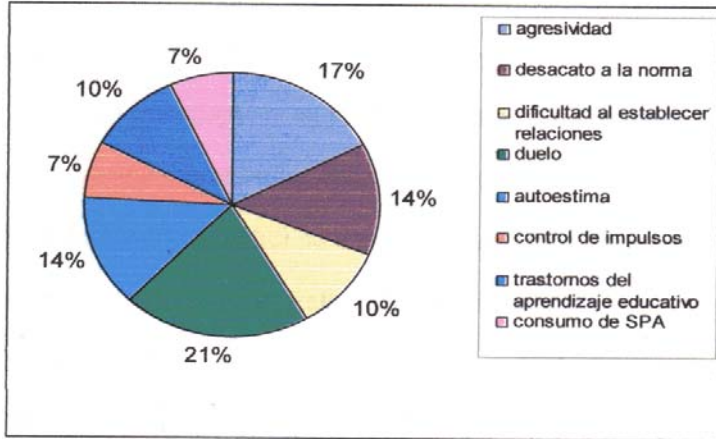
*Porcentaje de motivos de ingreso a la institución*



En esta grafica se aprecia los motivos por los cuales la población ingresa a la institución, se observa que la problemática de mayos incidencia es el maltrato, seguido de los problemas comportamentales y negligencia, lo cual demuestra que los contextos en que estos niños habitaban no eran los mas propicios para su desarrollo

Figura 2

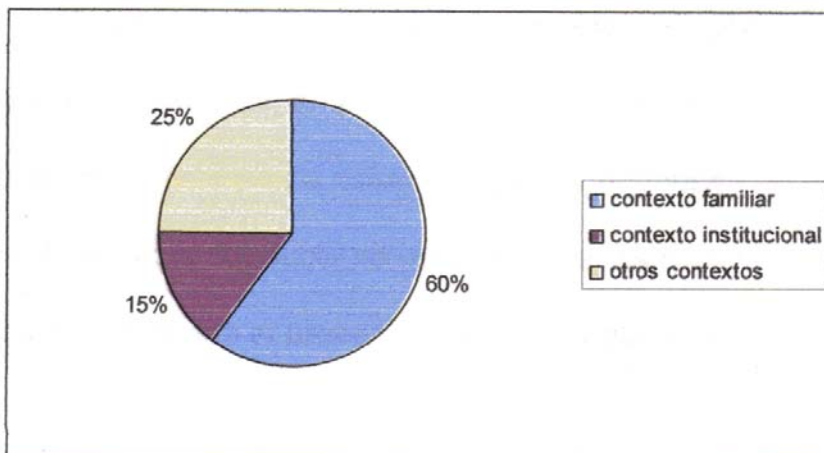
*Problemáticas más comunes*



En esta grafica se observa que la problemática mas trabajada ha sido el manejo del duelo, ya que algunos pacientes han sido separados del ámbito familiar ya que a pesar de los problemas presentados en este contexto la población mantiene todavía apego a estas figuras. Los siguientes motivos son generados en los diferentes contextos que de una forma u otra han perjudicado en algún aspecto de su vida

Figura 3

*Factores de adquisición*



En esta grafica se explican los factores de adquisición de las conductas problemáticas identificadas durante la realización de la práctica, se puede evidenciar que el contexto familiar establece una mayor influencia debido al puntaje más alto obtenido con un 60 %, ya que este es el contexto donde se genera conductas desadaptativas, las cuales están muy ligadas a la baja tolerancia a la frustración, agresividad, dificultad para establecer relaciones interpersonales, dificultades en el control de impulsos, trastornos del estado de ánimo, maltrato infantil y abuso sexual. Estas conductas han sido aprendidas por el proceso de modelamiento. El 25% han adquirido sus conductas de otro tipo de contextos, diferentes a la institución o al contexto familiar, como en otras instituciones u otro contexto social en los que se encontraban antes de ingresar a la Granja Infantil, lo que influyo a la adquisición de otras conductas problemáticas, tales como agresividad e incumplimiento de las normas, el 15% restante sus conductas desadaptativas han sido adquiridas debido a que han pasado gran tiempo de s vida en la institución actual, en donde la problemática mas referida es la agresividad a causa del funcionalidad que han generalizado para poder defenderse de este contexto.

A los indicadores cualitativos se encontró una gran disposición en la mayoría de los casos en participar en las sesiones psicológicas, pero en otros se mostró poco interés a estos procesos, negándose en ocasiones a entrar al consultorio, esta conducta se repetía en varias ocasiones pero en otras no, sin embargo hacia que el proceso fuera fluctuante y se detuviera en ocasiones.

En el establecimiento de la empatía y rapport en un principio se presentaron dificultades ya que algunos casos no eran propensos en expresar sus pensamientos y sentimientos, debido a que han pasado por diferentes psicólogos, a diferencia de aquellos que no habían tenido tantas intervenciones, sin embargo en el transcurso de los procesos se evidenciaron cambios que permitieron un mayor compromiso al proceso terapéutico mostrándose más abiertos que al comienzo.

Por ahora se evidencia que la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, modifican las conductas desadaptativas en algunos pacientes, mientras que en otros es un proceso que se continúa y se sigue reestructurando según los motivos de consulta.

#### ***4.1.9 Dificultades presentadas***

Unas de las dificultades que se presento fue la de interrupciones en el momento de las intervenciones psicológicas por parte de funcionarios de la institución, lo cual hacían que el proceso se detuviera y se volviera a retomar en ese mismo momento o en otro; es por ello la necesidad de expresar o dar conocer la importancia que tiene el no interrumpir los procesos terapéuticos ya que son el espacio del paciente en la que puede estar expresando sentimientos y pensamientos importantes y que al ser interrumpidos hacen que sean difíciles volverlos a retomar.

## ***4.2 Prevención de consumo de sustancias psicoactivas***

Diseñar y realizar talleres dirigidos a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en los niños y niñas de la Granja Infantil

### ***4.2.1 objetivos generales***

Promover actitudes para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, mediante actividades tendientes a la conceptualización y resignificación de dicha problemática

### ***4.2.2 objetivos específicos***

- Posibilitar el conocimiento el proceso de uso, abuso y dependencia de las drogas
- Facilitar la identificación de los factores de riesgo y de protección ante el consumo de sustancias psicoactivas y el conocimiento de los efectos del consumo de drogas a nivel biológico, psicológico y social
- Potencializar el desarrollo de habilidades sociales que permitan prevenir situaciones de inicio del consumo de drogas

### ***4.2.3 Estrategias de acción***

- Preparación con anterioridad de la actividad que se va a realizar



- Realizar procesos de socialización acerca de las diferentes problemáticas que puedan acarrear el consumo de sustancias
- Cierre del proceso con la retroalimentación y reflexión de lo aprendido en el taller
- Realización del formato de atención integral grupos temáticos (anexo 5)

#### ***4.2.4 Población***

La población con la que se va a trabajar es la de niños o niñas y adolescentes entre las edades de 5 a 16 años, a los hogares de Fundación, Niña María, Jesús, Goretti y Alcaldía, de la Granja Infantil Jesús de la Buena Esperanza

#### ***4.2.5 Procedimiento desarrollado.***

Los talleres psicoeducativos se realizaron a cada hogar de la institución, lo cual se hizo uno cada mes, las temáticas del taller era relacionado a consumo de sustancias psicoactivas, lo cual se buscaba la percepción que se tiene acerca de las drogas y uso, era de gran importancia tener en cuenta que la socialización era hecha con el taller aplicado y con los realizados con anterioridad.

#### ***4.2.6 Indicadores de logro Cuantitativo***

- Se realizó el 40% de Talleres que habían sido asignados
- Más del 70% de la población asistió a los talleres realizados

- El 15% de la población no asistió al taller del mes de Agosto.

#### ***4.2.7 Indicadores de logro Cualitativos***

- Socializaciones que se realiza durante los talleres
- Participación de los niños durante la realización de los talleres
- Interés de realizar los talleres planteados

#### ***4.2.8 Presentación y análisis de resultados***

La actividad propuesta para los talleres de prevención de sustancias psicoactivas, lo que busca es que por medio de diferentes actividades se construyan conceptos relacionados al consumo de SPA, estos talleres son dictados a cada hogar con sus respectivos integrantes.

Tabla 2

#### *Talleres realizados*

Mes	No de participantes	No de personas que no asisten
Julio	15	0
Agosto	16	2
Septiembre	No se realizó	
Octubre	No se realizó	
Noviembre	No se realizó	

En la tabla se muestra que se han realizado dos talleres de lo que se lleva de la práctica, en ambos se observa que hay una buena asistencia y que solamente dos personas no participaron de la actividad del mes de agosto, esto evidencia que hay una participación asertiva mostrando interés frente al tema tratado. Los demás talleres no se realizaron debido a reestructuraciones del cronograma de actividades.

*Tabla 3*

*Talleres realizados en Práctica I.*

No de Taller	Nombre	Objetivos	Metodología
1	Prevención en el uso de sustancias psicoactivas	Construir con la población un concepto de SPA a partir de los saberes previos que la experiencia les ha facilitado	Construcción de carteles, interpretación y foros hacia los mismos
2	Consecuencias en el consumo de abusos de SPA	Identificar los aspectos personales, familiares y sociales que se ven afectados en el consumo de SPA	Dialogo, Reflexión y socialización

En esta tabla se explica la manera en que están organizados los talleres, su construcción, la metodología usada y objetivos para cumplir. En el primer taller a diferencia del segundo, se usaron carteles para expresar lo que se conoce acerca del SPA, mientras que en el segundo se uso el dialogo como metodología

Por otro lado se evidencia que algunos de los participantes al inicio de la actividad se mostraban desmotivados para participar en el taller, generando indisciplina e impidiendo el desarrollo de los objetivos propuestos, pero posteriormente se observaba un cambio comportamental que permitía el desarrollo de la actividad. En el primer taller (apéndice b) que fue desarrollado en el mes de julio, se mostró como objetivo construir un concepto de SPA a partir de los saberes previos que la experiencia les ha facilitado; para su metodología se usaron carteles en los que se interpretaba su elaboración a nivel grupal; entonces se logró establecer un espacio en torno al tema que es de interés, logrando la suficiente confianza para compartir aspectos de sus historias de vida, así mismo, identificando los aspectos mas significativos de este.

En el segundo taller (apéndice c), que se desarrollo en el mes de agosto, se planteó como objetivo identificar los aspectos personales, familiares y sociales que se ven afectados por el consumo de SPA; para su metodología se usa el dialogo, reflexión y socialización; entonces de identificar los efectos placenteros se socializan las consecuencias que se dan a nivel personal, familiar, social y laboral.

#### ***4.2.9 Dificultades presentadas***

En algunas ocasiones la búsqueda de un espacio físico y cumplimiento del tiempo para que no se cruzara con otras actividades, otro problema era la indisciplina que se podía generar lo cual se tomaban medidas para entablar el manejo del grupo y así continua con el desarrollo de la actividad, por ultimó fue que durante el mes de septiembre no se realizo los

talleres lo cual toco retomarla durante el mes de octubre, por ello es de genera a importancia que tiene estos talleres ya que es una problemática en la que la población de la institución tienen fácil contacto

### ***4.3 Sistema de puntos***

Implementar la técnica e economía de fichas, adaptándola a las necesidades de la institución cuyo fin es el de modificar y fortalecer conductas adaptativas de los niños.

#### ***4.3.1 objetivos generales***

Establecer una intervención grupal por medio de la técnica economía de fichas en el cual se buscan disminuir conductas que afecten la convivencia y aumentar aquellas deseables por la institución, a través del refuerzo positivo, el de apoyo, naturales y el castigo negativo.

#### ***4.3.2 objetivos específicos***

- Motivar a la población al cambio de conductas desadaptativas por otras que sean aceptadas dentro del contexto de la Granja.
- Motivar a los funcionarios a la realización del sistema de puntos con la técnica economía de fichas
- Observar que la aplicación de la teoría sea correcta.

- Disminución de las conductas que generan conflicto en la convivencia entre los niños, niñas, adolescentes y funcionarios de la institución.
- Aumentar las conductas adaptativas que generan una buena convivencia entre los niños, niñas, adolescentes y funcionarios de la institución

#### ***4.3.3 Estrategias de acción***

- Encontrar las conductas que se quieren lograr o instaurar.
- Registrar línea de base.
- Determinar qué valor corresponde a cada conducta para el retiro o entrega de los puntos
- Realizar talleres para el establecimiento de conductas problemáticas en el sistema de puntos.
- Seguimiento a cada área con el fin de conocer sus debilidades y fortalezas del proceso

#### ***4.3.4 Población***

La población con la que se va a trabajar es la de niños o niñas y adolescentes entre las edades de 5 a 16 años, a los hogares de Fundación, Niña María, Jesús, Goretti y Alcaldía

#### ***4.3.5 Procedimiento desarrollado.***

El procedimiento que se desarrollo fue la modificación del actual sistema de puntos que la institución usaba, ya que esta mantenía falencias en tanto al uso de la teoría y la práctica, por ello se inicio una lectura de las principales autores que manejan la técnica de economía de fichas, es de tener encuenta que no se realizo una fase de aplicación si no solo la calcificación de las conductas problemas y su punto asignado, por ello durante varias semanas se realizo líneas de base en diferentes actividades que tienen la población dentro de la institución, al haber realizado las líneas de base se hace sumatorias de las problemáticas de mayor prevalencia, posteriormente al ya tener las conductas establecidas se asignan puntos a cada conducta.

#### ***4.3.6 Indicadores de logro Cuantitativo***

- ✓ Se asigno al 100% de las conductas con su respectivo punto
- ✓ Se asigno el 100% de puntos que se pierde por semana.
- ✓ Se realizaron el 100% de las reuniones a cada área encargada del sistema de puntos.

#### ***4.3.7 Indicadores de logro Cualitativos***

- ✓ Inconformidad al respecto con el sistema de puntos por parte de los funcionarios, niños, niñas y adolescentes
- ✓ Conformidad al respecto con el sistema de puntos por parte de los funcionarios, niños, niñas y adolescentes

- ✓ Cambios comporta mentales que generen la aplicación del sistema de puntos

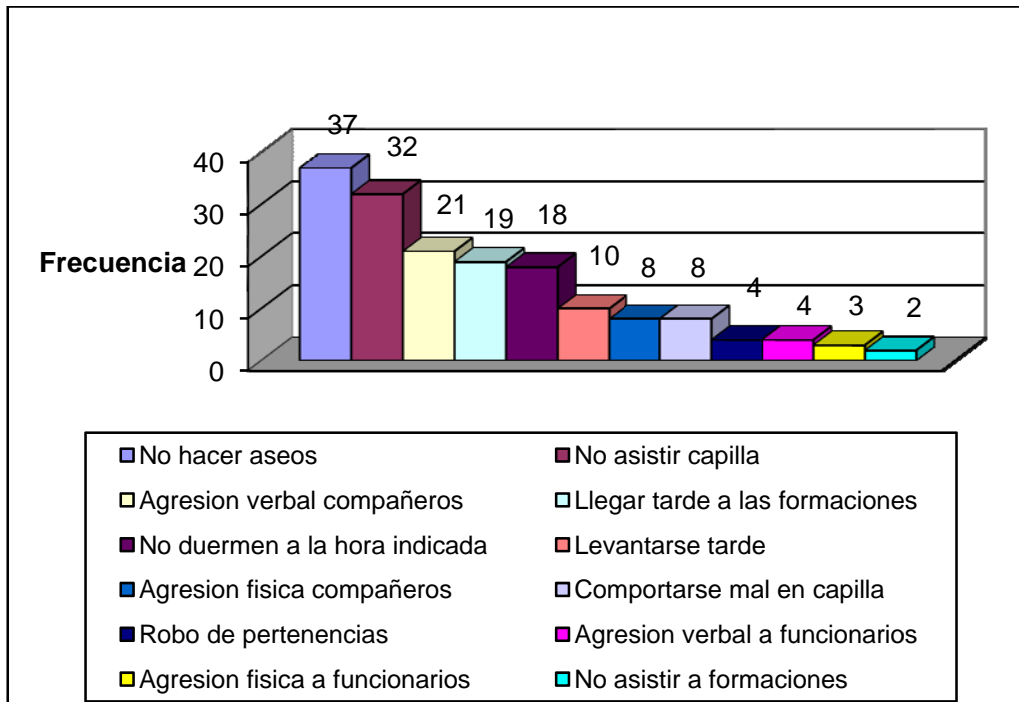
#### ***4.3.8 Presentación y análisis de resultados***

Se han realizado líneas de base en la que se retoma las conductas que generan conflicto en las áreas que se aplica la economía de fichas, las áreas son la de formadores, pedagogía y talleres, en cada una de las áreas al identificar las conductas se realiza unas tablas de frecuencias para identificar cuáles son las conductas de mayor prevaecía para otorgarle un mayor puntaje o un menor puntaje, ya que de esta manera se logra atacar las conductas que generan un mayor conflicto. Es de recordar que la construcción de este economía de fichas se esta realizando conjuntamente con cada uno de los integrantes de las diferentes áreas, en donde se encuentra en su fase de construcción o elaboración, por lo que el sistema aun no ha sido aplicado y se esta manejando, recolectando y aplicando el sistema anterior.

*Figura 4*

*Normas que no se cumplen por parte de la población.*





Como se puede observar en la figura, son las conductas desadaptativas encontradas por las formadoras en el cual se establece la frecuencia de aparición, lo cual la conducta de mayor prevalencia es la de no hacer aseos con una frecuencia de 37, después le sigue la de no asistir a capilla que mantiene una frecuencia de 32 y así consecutivamente, de esta manera conjunto con las formadoras se escogen las conductas que generan más conflicto con el fin de ser colocado en la economía de fichas con su respectivo valor.

*Tabla 4*

*Puntaje asignado a normas que se incumplen*

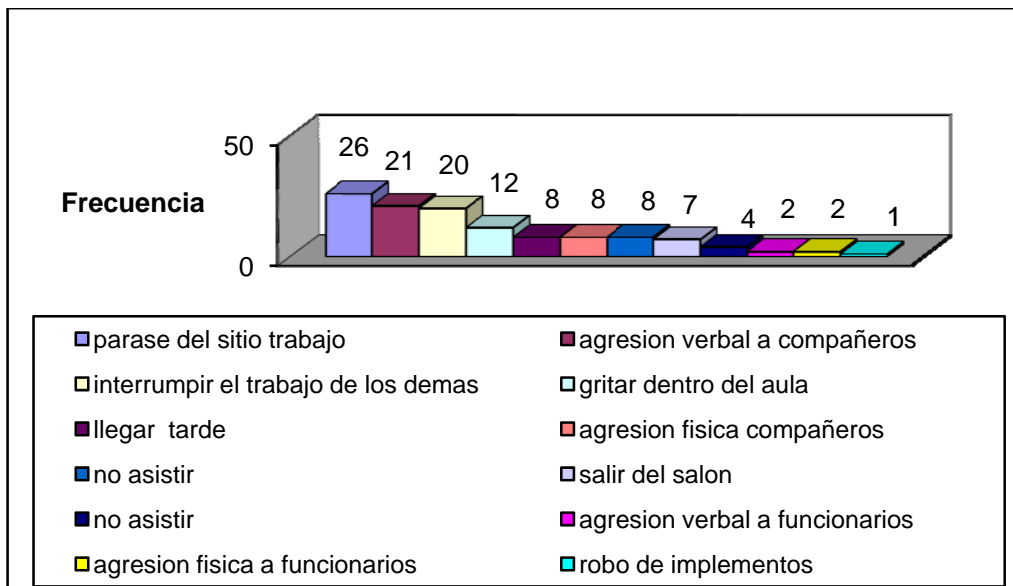
Conducta	Valor
Hacer aseos	500

asistir a capilla	400
Asistir a Formaciones	300
Dormir a la Hora Indicada	250
Levantarse	250

En esta tabla se ubica las conductas que posiblemente entren a la economía de fichas, se escogen estas conductas debido a su alta frecuencia. Pero la técnica funciona bajo el refuerzo positivo lo cual se da puntos cuando el individuo realiza la conducta y se quita no la realiza de forma adecuada

Figura 5

Normas que no se cumplen por parte de la población en el área de Pedagogía



Estas son las conductas que se emiten durante las áreas de pedagogía la que presenta mayor frecuencia es la de pararse del sitio de trabajo, seguido de la agresión verbal a los compañeros e interrumpir el trabajo de los demás, sin embargo se muestras

muchas conductas para ser colocadas en la economía de fichas, además las agresiones de cualquier tipo no muestran diferencias significativas con las encontradas en la tabla de formadores lo cual estas conductas tendrán un mismo valor para ambas tablas.

*Tabla 5*

*Puntaje asignado a normas que se incumplen en el área de pedagogía*

Conducta	Valor
Participar de la actividad	500
Asistir	400
Llegar tarde sin justificación	300

En esta tabla se ha colocado el valor de cada conducta en la economía de fichas; la conducta de Participar de la actividad surge de la unión de las conductas: pararse del sitio de trabajo, interrumpir el trabajo de los demás, gritar dentro del aula y salir del salón, ya que estas generarían una interrupción del trabajo en clase, lo cual la persona no estaría participando de la actividad.

En el área de talleres no se encontraron conductas problemas de alta frecuencia comparadas con las demás áreas. Lo cual se usara la tabla de pedagogía para su aplicación.

*Tabla 6**Normas que se infringen de mayor prevalencia*

Conducta	Valor	Áreas
Agresión de cualquier tipo y a cualquier persona	100	Pedagogía y Talleres

Debido a que las agresiones muestran una frecuencia casi igual en las diferentes contextos, se colocara un valor determinado para ser aplicado en las diferentes áreas, se esta buscando mas conductas que puedan ser colocados por igual.

En los valores cualitativos lo que se busca es que la construcción del sistema de punto no sea elaborado por el área de psicología solamente, si no también por los diferentes integrantes de las áreas de aplicación, ya que lo que se busca es todos los integrantes den importancia del sistema de puntos y se motiven en su aplicación, sin embargo solamente los formadores es con el grupo que se ha podido reunir, cuando se ha hecho la reunión los formadores se muestran receptivos y motivados en construir la economía de fichas, generando diferentes aportes para su elaboración

**4.3.9 Dificultades presentadas**

Las dificultades encontradas es que la elaboración en conjunto de la economía de fichas con los integrantes de cada área no se ha podido realizar, debido a la carga laboral que dificulta buscar un espacio para que todas las personas se reúnan, el único grupo se que

ha podido reunir es con los formadores de la institución, por ello es necesario buscar espacios para que los integrantes se reúnan y den sus aportes a la construcción de la economía de fichas, y así poder aplicar a la población de la Granja

## **5. CONCLUSIONES**

En practica I se puede concluir que una de las problemáticas de mayor prevalencia era el del maltrato infantil, lo cual hacia que los niñas, niñas y jóvenes de la institución presentaran dificultades en diferentes aspecto de su vida, estas dificultades se presentaban en la desadaptación o seguimiento de la norma y problemas comportamentales; este aprendizaje se realizaba por condicionamiento clásico o por imitación, lo cual de una forma lo expresaban al estar internados en la institución.

Otras de la problemáticas de gran prevalencia era la de insatisfacción de las necesidades básicas, ya que a pesar de presentarse una familia constituida los problemas económicos hacían que los niños no estuvieran seguros en sus casas, ya que no se les prestaba un mayor servicio en cuanto alimento, salud y hogar.

De esta forma podemos destacar de la manera en el que contexto influye en toma de comportamiento y de pensamiento ya que el sujeto se ve inmerso en un contexto de aprendizaje que no es del un buen propicio para su desarrollo o salud mental.

Al tener en cuenta el desarrollo del contexto, es por ello de gran importancia el trabajo de prevención de sustancias psicoactivas, ya que esta población se ve integrada a estímulos que no hacen de una vida sana y estable, si esta población hacen parte de riesgos psicosociales, lo cual generaba una fuerte prevalencia de conocer las sustancias psicoactivas . Si se observaba un aprendizaje por imitación por el contexto de los padres de igual manera se daría por imitación a pares, más aun si estos pares son consumidores activos.

Al haber una falta de normatividad por parte de la población, una forma en el que se reflejó es por medio de las líneas de base alcanzadas en el sistema de puntos, ya que de una forma se presentaba una gran prevalencia al desacato de las normas y el de no seguirlas.

De los casos trabajados se pueden concluir que el procesos logrado por medio del enfoque cognitivo conductual, permite la elaboración de evaluación diagnósticos e intervenciones a las diferentes problemáticas que se fueron evidenciando, lo cual hacia la modificación comportamentales para la adaptación del sujeto a diferentes contextos culturales

## **6. RECOMENDACIONES**

Se recomienda el continua trabajando con los casos ya que a pesar de realizar un trabaja de 5 meses es necesario el de seguir fortaleciendo los procesos.

El buscar espacio propicios para la intervención en clínica y la aplicación de los talleres de prevención, ya que en algunas ocasiones se veían interrumpidas por funcionarios de la institución

Fomentar el trabajo en el equipo interdisciplinario ya que en ocasiones las diferentes aéreas que mantiene la institución no realizaban un trabajo en equipo en búsqueda del beneficio de la población

El de modificar completamente el sistema de puntos ya que solo se alcanzo en su parte preparativa y no en su aplicación

## **PRACTICA II**

### **INTRODUCCION**

El consumo de sustancia es una problemática que cada día alcanza mayor fuerza irrumpiendo a la sociedad en general, debido a que afecta de forma directa a los consumidores o indirecta a las personas con quienes conviven, ya que son víctimas de los comportamientos agresivos y desadaptativos, por otro lado, en esta problemática se dan diferentes factores de riesgo que se pueden generar en la población en general, por lo cual se puede destacar que el consumo de sustancias psicoactivas puede llegar a diferentes estratos sociales, de género y de edad.

Por ello la presente practica trata de acerca la problemática a los residentes de la comunidad terapéutica el Hogar de los Muchachos, ya que estos abordan un problema de adicción a las drogas, este instituto que se sitúa kilometro 3 vía Altagracia cuenta con un total de 30 residentes en donde cada uno se sitúa en una fase diferente de su rehabilitación, estas fases van de acuerdo al tiempo en que el residente dure en la institución, al primer mes se conoce como primera fase o pre comunidad y compromiso existencial, la siguiente fase es la de identificación – elaboración – consolidación, este fase tiene un promedio de duración de 10 meses, la tercera fase que se conoce como servicio social dura 4 meses y la última fase es de seguimiento.

Durante cada fase el residente irá trabajando de acuerdo a los objetivos que estén postulados como por ejemplo la tercera fase se establece una etapa de crecimiento y



desarrollo personal, desde ahí el psicólogo practicante por medio del convenio realizado con la Universidad permitirá la aplicación de lo aprendido en esta problemática de la drogodependencia, de esta manera este plan de práctica es creado a partir de las necesidades que la institución presente.

La practica tiene un tiempo de trabajo que inicia el 3 de agosto del 2009 y finaliza el 3 de enero del 2010, durante este tiempo el psicólogo irá creando las estrategias con el fin de intervenir a los residentes de la institución, en los ejes clínicos, talleres psicoeducativos y apoyo en las intervenciones grupales de maratón, es de tener en cuenta que el proceso de rehabilitación del residente es basado bajo los fundamentos de un proceso integral, ya que se da el apoyo de un equipo interdisciplinario que conforma la comunidad terapéutica.

Es así que este plan de práctica contiene el desarrollo de tres ejes de intervención, el primero es el eje clínico, el segundo es el psicoeducativo y finalmente como apoyo a los procesos de maratón, estos ejes surgen de acuerdo a lo analizado en el diagnostico de necesidades, ya que a partir de ahí es que se hace la intervención del practicante en la institución.

### ***1. Presentación del sitio de practica***

La fundación Hogar de los Muchachos es una institución que surge el 31 de enero de 1993 como una entidad sin ánimo de lucro, inicia como un hogar de paso brindando

acogida a las personas habitantes de la calle, para ofrecerles una opción de vida diferente, el programa funciona dando albergue a indigentes y personal drogadictas que por su problemática no tienen dónde vivir.

Es setiembre de 1994 se compra una finca en el corregimiento de Altagracia por parte de la Gobernación, destinada para un programa de tratamiento a personas de todo género y edad que padecen el consumo de sustancias, generándoles no solo albergue sino también estrategias terapéuticas que les ayude a identificar alternativas de vida en pro de su recuperación.

En enero de 16 de 1995 comienza a funcionar como una comunidad Terapéutica y de Reeducción a personas adictas a las drogas y al licor, modalidad que en la actualidad es el sistema de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes más ampliamente reconocidos en el mundo entero, en especial en el caso de usuarios crónicos de sustancias psicoactivas.

En un comienzo la comunidad terapéutica Hogar de los Muchachos fue auspiciada por la Gobernación de Risaralda a través de la secretaria de promoción y Bienestar Social y el servicio seccional de salud, con ayuda esporádica de profesionales, conformando un equipo interdisciplinario, cabe notar que dichos programas se vieron interrumpidos parcialmente debido a un recorte presupuestal de parte de la Gobernación.

En el año de 1997 se dió apertura a la vinculación de mujeres con la misma problemática el proceso terapéutico que se venía implementando en la fundación, esta modalidad se mantuvo durante tres años, tiempo durante el cual se presentaron algunos inconvenientes que dieron al cierre del programa.

El 22 de agosto se recibió una nueva sede en comodato por el grupo Gaula y su programa Fondelibertad donde inicia el programa juvenil género masculino, brindando alternativas a los jóvenes con problemas de drogodependencia.

El 19 de diciembre de 1999 la Fundación hogar de los Muchachos se consolida como una ONG, con dos sedes campestres que fundamentan su atención en dos rangos de edades (adultas y juveniles) atendiendo sus necesidades bajo los mismos parámetros de tratamiento, para lo cual se cuenta con un gran equipo de profesionales de planta y operadores terapéuticos.

Durante todo este tiempo se ha venido desarrollando un programa de prevención dirigido a centros educativos, penitenciarios y demás grupos organizados en diferentes sectores de la región.

- Misión: Nuestra misión es ejecutar procesos de prevención, atención, e intervención integral al consumo, uso y abuso de sustancias psicoactivas y problemáticas conexas, vinculando familias y comunidades en un programa

terapéutico-educativo, dirigido a la sana estructuración de la personalidad de los beneficiarios.

- **Visión:** Nuestra visión para el año 2014, es ser la entidad líder en el eje cafetero, en el tratamiento de las adicciones en todas sus manifestaciones; ampliando la red de cobertura al generar programas alternos, ofreciendo un abordaje integral de esta problemática que afecta cada vez más nuestra sociedad.

La fundación hogar los muchachos está conformada en el modelo de comunidad terapéutica mixto, es decir, integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales en las áreas biopsicosociales y operadores terapéuticos brindando un abordaje integral al fenómeno de la drogodependencia.

La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento con opciones residencial, preventiva y alterna, el tratamiento residencial va dirigido con personas adicción crónica, adictos compulsivos. El factor psicológico de esta patología nos muestra un ser humano con dificultades para la interacción social.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### ***2.1 Diagnostico o identificación de necesidades:***

Para la realización de este apartado se inicia con una identificación de funciones de la psicología dentro de la institución, para llevar a cabo dicha actividad se realizó una entrevista al jefe del área, una revisión de documentos en el cual la institución se basa para

emplear como comunidad terapéutica, y observaciones que detallen el cumplimiento o funcionamiento dentro del hogar; al haber reunido estos tres parámetros se da inicio al proceso de la identificación de necesidades.

Es de gran importancia identificar que los problemas de consumo afecta a una gran parte de la población ya que según estudios del ministerio de salud en el año 2001 jóvenes entre 10 y 24 años han tenido consumo de marihuana y cocaína; las ciudades de mayor consumo en cuanto a marihuana, heroína y cocaína son Medellín (21.4%), Manizales (11.6%), Armenia (11.6%), Pereira (11.5%).

En la entrevista se destaca las diferentes actividades que realiza el psicólogo dentro de la institución, estas funciones van encaminadas a: atención e intervención terapéutica, acompañamiento a intervenciones grupales, participación de las diferentes terapias de grupo, capacitaciones de ser necesarias sobre temas encaminadas a consumo de sustancias psicoactivas, talleres y el acompañamiento de los procesos de maratón terapéutica; en algunas actividades el papel de la psicología tiene una mayor responsabilidad debido al manejo teórico que contiene, lo cual hace que sea manejada por el practicante y no por otro funcionario.

Al respecto con las observaciones se detalla que el residente que inicia un proceso de alejamiento al consumo de sustancias trae consigo problemáticas que generan inconvenientes con su salud mental, lo cual se hace necesario hacer una intervención a estas

áreas problemas, de esta forma la psicología posee las herramientas teóricas y prácticas para intervenir en estas áreas.

Todas las funciones o actividades que se realizan dentro de la institución son justificadas por los modelos de comunidad terapéutica, “Nuestra Fundación ha definido a la comunidad terapéutica como un espacio micro social de convivencia, que provee los elementos reeducativos necesarios para que el adicto en interacción con el grupo construya y lleve a la práctica su proyecto de vida, teniendo en cuenta que es él, el agente y protagonista de su propio cambio”, esta definición permite la construcción de los diferentes métodos o espacios que acceden el cumplimiento de la misión establecido por la institución; estos espacios fueron resaltados con anterioridad y son justificados por la misma, al conocer la proveniencia de acción y de cuales la psicología tiene su mayor función, el practicante se puede destacar en tres ejes de intervención: intervención clínica, talleres psicoeducativos y apoyo en los procesos de maratón.

## ***2.2 Ejes de intervención***

Al realizar el diagnóstico de necesidades, se crean los diferentes ejes que se aplicaron durante la práctica. Lo cual a continuación se explicará en qué consistía cada una.

### ***2.2.1 Intervención clínica:***

Este eje hace referencia a los motivos de consulta de atención clínica individual a la población el hogar de los muchachos, es de tener en cuenta que esta intervención se hace bajo el enfoque cognitivo – conductual.

Durante la evaluación que se realiza al residente, que consiste en una entrevista inicial, y seguimientos semanales, se hace un diagnóstico e intervención a los motivos de consulta del residente; es necesario tener en cuenta que las problemáticas son relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, ya que la institución se especializa en la rehabilitación de dicho problema, durante la intervención se observa la fase del proceso en el que el residente se encuentra, primera fase periodo de inducción en el que se establecen los objetivos terapéuticos, segunda fase elaboración de la problemática, tercera fase servicio social y cuarta fase seguimiento; por otro lado están los residentes que por diferentes circunstancias habían terminado su proceso en otra comunidad terapéutica o en la misma, pero que han sufrido una recaída lo cual vienen a replantear su proceso. De esta forma se crearan estrategias que posibiliten el de enfrentar su problemática de forma adecuada, por medio de la identificación de comportamientos y cogniciones desadaptativas, estableciendo por posibles diagnósticos según los criterios del DSM IV y CIE 10.

### ***2.2.2 Talleres psicoeducativos:***

Los talleres se realizaron una vez a la semana, en la que se plantean diferentes temáticas que tengan alguna relación con el consumo de sustancias psicoactivas, como por

ejemplo trabajo en equipo y sexualidad , estas actividades son de tipo educativo y/o formativo, en la que se desarrollan habilidades para la construcción o fortalecimiento del componente humano.

### ***2.2.3 apoyo grupal (terapia de maratón):***

Consiste en una intervención grupal en la que el residente expondrá acerca de una temática sobre situaciones relacionada acerca de problemáticas de consumo, este procedimiento se inicia con la entrega escrita sobre algunas áreas como, autobiografía, familiar, educativa, sexual, social entre otras, al hacer este proceso el residente toma conciencia de los hechos que ha realizado en el pasado, generando una autoevaluación para poder enfrentar situaciones dolorosas del pasado, logrando un carácter de aceptación y asimilación.

### ***2.3. Justificación de los ejes de intervención***

Los ejes de intervención que se encontraron durante la práctica profesional representan las áreas de intervención que se realizaron en el Hogar de los muchachos, en que por medio de la construcción del marco teórico cumplen sus objetivos.

#### ***2.3.1 Intervención clínica:***

***Utilidad:*** La necesidad de la participación de la psicología clínica para la intervención de las problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, contribuyendo a la



mejora a niveles comportamentales, emocionales y cognitivos, con el objetivo de la fortalecimiento del residente mismo y de sus familias.

La problemática del consumo afecta en gran parte a la convivencia del sujeto consigo mismo y de sus familias, lo cual genera una disfuncionalidad y problemáticas como hurto, violencia, violación, salud física y mental, de esta manera se observa de cómo la psicología clínica puede prestar sus servicios al desarrollo y contribución a la mejora de la salud del paciente y de sus allegados.

- ***Novedad:*** los motivos de consulta que el residente tenga acerca de las problemáticas de consumo, han recibido intervenciones con anterioridad por parte de otros psicólogos, lo cual se es necesario realizar un seguimiento a estas problemáticas, teniendo en cuenta que este mismo residente puede contener nuevos motivos de consulta o que sus intervenciones no han sido terminados.
- ***Interés:*** Se muestra que el consumo de sustancias psicoactivas trae consigo problemáticas que afectan la convivencia del individuo hacia así mismo y la sociedad, lo cual se es necesario la intervención psicológica para afrontar dichas problemáticas que afectan la calidad de vida del residente.

### ***2.3.2 Justificación talleres psicoeducativos:***

- ***Utilidad:*** Generar nuevos espacios en el que se hagan retroalimentaciones o reflexiones acerca de diferentes temas que están relacionadas al consumo de

sustancias psicoactivas, para poder descubrir otras problemáticas que necesiten generar cambios a nivel

- **Novedad:** La realización de estos talleres permite desarrollar temáticas en la que los residentes logren habilidades personales y sociales para la construcción de estilos de vida saludable, posibilitando la mejor convivencia de diferentes contextos, para poder crear herramientas que permitan la construcción de estilos de vida saludable.
- **Interés:** El uso de estos talleres permite tomar otro campo de acción de la psicología, en este caso la educativa, lo que permitiría la construcción de nuevas habilidades en la formación profesional.

### **2.3.3 Justificación Apoyo grupal terapia de maratón**

- **Utilidad:** Es uno de los ejes fundamentales en el proceso como comunidad terapéutica de la institución, ya que por medio de esta, el residente logra identificar las problemáticas de su pasado y generar cambios en su estilo de vida, también en el que logra hacer énfasis en hechos que generen ansiedad para que crea pensamientos y conductas adaptativas para la construcción de un proyecto de vida estable
- **Novedad:** Al poder establecer áreas que no se han trabajado con los residentes lo cual permitirá la reflexión de problemáticas que puedan generar algún conflicto, o el

fortalecimiento de estas mismas. Ya que el residente trae consigo conflictos de su vida antes de ingresar a la institución, lo cual permite identificarlas y realizar devoluciones para que se logre una aceptación de las diferentes vivencias de su pasado y una mejoría del futuro.

- **Interés:** Participar en este proceso ya que por medio de este espacio se puede generar cambios a nivel cognitivo y comporta mental, que son necesarios en la construcción o rehabilitación del consumidor de sustancias psicoactivas, ya que la realización de intervención grupal permite el objetivo que se busca cumplir, además estas temáticas pueden ser traídas a intervenciones individuales para profundizar sobre estas mismas.

### **3. MARCO TEÓRICO PRÁCTICA II**

El hogar de los muchachos según Cerro Ladero, Leza, Lizasoain, Lorenzo (2009) hacen parte de “centros residenciales en los que se trabaja la rehabilitación, a través de un programa terapéutico, en régimen de internamiento, separados del medio habitual del sujeto” (p. 53).

En palabras de Morrison (2008) acerca de comunidad terapéutica “los pacientes que están en remisión total pero viven en un entorno en donde sería muy difícil obtener la sustancia pueden merecer el modificador en un entorno controlado. Tal entorno incluiría

una comunidad terapéutica” (p. 85), es entonces que la comunidad terapéutica permite que el paciente se aísle de su problemática de sustancias psicoactivas y empiece su proceso de rehabilitación, ya que estos programas mantienen un entorno controlado de estímulos y factores que mantienen el hábito del consumo.

Se puede definir que el papel que cumple la comunidad terapéutica según el diplomado para operadores de comunidad terapéutica “es un grupo de auto ayuda en donde el adicto se ve aislado de una serie de factores tales como la droga, los amigos de consumidores, la familia y el dinero entre otros, durante un lapso de tiempo determinado. ” (p. 89) es en este lapso de tiempo que el residente se encuentra con un proceso en ayuda de profesionales y compañeros lo cual va dando respuestas a las diferentes problemáticas, identificando las fortalezas y debilidades

Es así que el diplomado para operadores de comunidad terapéutica a través del aislamiento y el apoyo al residente encuentra un proceso reflexivo acerca de su problema de consumo “siempre apoyado por el grupo de compañeros, quienes actúan como un espejo de las implicaciones sociales de sus actos, y que rechazan sus actitudes y comportamientos irresponsables, o la aprueba y motiva cuando sus acciones son consecuentes con los ideales comunitarios o su proyecto de vida” (p. 83)

Al haber ya abordado en el contexto que se realizó la práctica II y su función que tiene, ahora se empieza a abordar la problemática en la cual la comunidad terapéutica trabaja.

Según Marcia (2003) se entiende por droga como aquella sustancia que tiene propiedades psicoactivas, que consiste en la capacidad de llegar al cerebro a través de la sangre y modificar sus funciones habituales. El abuso de estas sustancias puede provocar alteraciones físicas por el daño que sufre el organismo; psicológicas por afectar la relación que tiene de sí mismo el individuo; micro sociales cuando incide negativamente en la relación con el otro o como por ejemplo pareja e hijos; sociales al perturbar las aéreas laborales o de una comunidad.

Según Caso (1979) retoma la definición de farmacodependencia que da la Organización mundial de la Salud (OMS):

El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. (p 683)

De la definición que se obtiene acerca de la sustancia psicoactiva y de la unión que maneja con los que la consumen, se concibe el término de abuso, según Borrero, Restrepo, Rojas y Vélez, (1991) como el consumo de un fármaco sin necesidad médica y en dosis excesivas que pueden implicar riesgos para el sujeto que la utiliza o para quienes lo rodean. De este abuso hay cuatro tipos.

- Experimental: es una experiencia inicial llevado por el deseo o curiosidad de conocer los efectos de la sustancia, después de haberse dado el consumo se puede continuar o abandonar totalmente.
- Esporádico: es la repetición del consumo una vez conocido los efectos, este abuso se da solo en determinadas circunstancias.
- Repetitivo: es un aumento del abuso esporádico ya que el consumo se esta dando fuera de las circunstancias que se habían establecido.
- Compulsivo: es el uso excesivo y persistente generando la dependencia farmacológica a la sustancia.

De esta dependencia generada por el abuso compulsivo se encuentra las de dos tipos, la física y la psicológica. Guardia (1987) define la dependencia física como la vinculación metabólica entre la persona y la droga. Esta unión se manifiesta cuando hay una disminución o interrupción de la dosis habitual ya que aparecen diferentes trastornos físicos y psicológicos conocidos como el síndrome de abstinencia; este síndrome consiste en el conjunto de sensaciones subjetivas y físicas.

Morrison (2008) explica que la abstinencia se desarrolla a medida que disminuye la concentración de sustancias en el cerebro del consumidor. Los síntomas son específicos a cada sustancia consumida, sin embargo se encuentra cuatro síntomas en común. Alteración del estado de ánimo, actividad motora anormal, trastornos de sueño y otros problemas físicos como fatiga o cambios del apetito. Es de tener en cuenta que cada sustancia mantiene una vida media en el organismo, unido al tiempo de consumo; aunque habitualmente estos síntomas se inician dentro de 12 a 24 horas después de la última dosis.

Por otro lado según Yaria (2005) explica que cuando se da el inicio del consumo se genera un circuito de recompensa, lo cual hace que se mantenga este hábito:

“las drogas activan el sistema de recompensa (centro del placer) y permiten de esta manera el refuerzo positivo (repetición de la ingesta) para precisamente volver a sentir las mismas sensaciones; pero al generar estas mismas drogas neuropsicotóxicidad se repite la dosis aun sin encontrar el flash del placer inicial(a esto se le llama refuerzo negativo)” (p, 36)

De esta misma forma Beck, Liese, Newman, y Wrigly (1999) explican qué la razón básica para empezar el consumo es “conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando” (p. 45).

Estos mismos autores explican que al darse un inicio del consumo se da posteriormente un uso regular debido a que “desarrollan pronto la creencia de que pueden hacer frente mejor a las frustraciones y el estrés de la vida, si pueden tomar drogas y/o alcohol durante un periodo para escapar u olvidar” (Beck, A; Liese, C; Newman, C y Wrigly, F (1999), p. 46).

Los criterios que maneja el DSM IV acerca de la dependencia y el abuso son:

Dependencia de sustancias: Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

**1.** tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

**2.** abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

**3.** La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

**4.** Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

**5.** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

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



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

Abuso de sustancias:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

**B.** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Debido a los hábitos que los residentes han creado con el consumo se pueden dar recaídas o reincidencias al consumo, este impulso es conocido como craving; el Craving según Becoña E, I., López, A, D (2006) retomando a Drummond “considera este concepto como la clave para la adicción, y lo que conduce al consumo de la sustancias a pesar de las consecuencias negativas que se derivan del mismo”.

González (s,f) retomando a Beck, Liese, Newman, y Wrigly (1999). Definen el craving en 4 tipos.

- “1. Respuesta a los síntomas de la abstinencia: Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.
2. Respuesta a la falta de placer: Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "automedicandose"
3. Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas: Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.

4. Respuesta a los deseos hedónicos: Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.”

Al haber explicado Factores asociados al consumo y su mantenimiento se explica lo factores de riesgo que hay acerca el uso de sustancias psicoactivas; según Manrique Rivera, (2001) Se entiende por factor de riesgo como aquel evento que pueda dar mayor prevalencia de que ocurra el evento de consumo de sustancias, según los autores se pueden tener los siguientes factores:

- Factores biológicos: En este factor se descubre que la dependencia al alcohol y las sustancias psicoactivas muestran mayor disposición por cuestiones genéticas, también cuando un adolescente tiene una maduración temprana lo cual unido a pares conflictivos y problemas familiares son disparadores de consumo.
- Familiares: de la dinámica familiar se encuentra que si el ámbito es desorganizado, sobreprotección, falta de normas claras y adecuadas, que no haya satisfacción de seguridad o afecto y padres consumidores.

- Escolares: se encuentran las siguientes características que son desencadenantes como: bajo rendimiento escolar, problemas con compañeros o profesores y conductas violentas como expulsión de la institución
- Relaciones con amigos: debido a circunstancias de que el ámbito familiar no esté estable, hace que el adolescente busque un remplazo con bandas o pandillas, lo cual estos grupos manejan riesgos de consumo.
- Laborales: personas que sufren maltrato, mal remunerados, expuesto a condiciones de peligro, horarios excesivos y condiciones denigrantes.

Al haber trabajado acerca de lo que conforma el significado de sustancia y lo que implica, se continúa con los diferentes tipos que se pueden encontrar.

Alucinógenas: son drogas que se caracterizan por provocar alteraciones psíquicas que afectan la percepción, haciendo referencia a la distorsión visual, auditiva y generar sensaciones irreales. Este tipo de alteraciones distorsionan el conocimiento y la voluntad. Manrique y Rivera, (2008).

Esta definición a los alucinógenos influye en alterar la percepción, afectivo, conductuales e ideos verbales; como dice Borrero, Restrepo, Rojas y Vélez (1991), las alteraciones perceptivas de carácter visual, se generan colores más vivos, el ambiente se percibe como claro o hermoso; las alucinaciones consisten en líneas curvas o puntos policromáticos. En cuanto a la parte auditiva se forman combinaciones con la visión como

por ejemplo el de poder ver un color con un sonido en específico, este fenómeno es conocido como sinestesia. En cuanto a la percepción del cuerpo se destaca que el individuo no es capaz de controlar la distancia o volumen de las extremidades, también en sentir la pérdida o ausencia de una parte del cuerpo y por último a la sensación de flotar en el aire. En cuanto a lo afectivo el sujeto padece de euforia con períodos breves, combinado con ansiedad, tristeza o pánico; por el lenguaje se tiene un discurso redundante, en el pensamiento la persona se hace sugestionable en aceptar cualquier tipo de propuesta; por último en la parte somática hay alteraciones relacionado al frío, vértigo, náusea, dolor abdominal y taquicardia.

La calcificación y sus efectos de los principales alucinógenos según Luna (2008) son: hongos, mescalina, yagé y LSD.

Hongos: se dan alucinaciones de todo tipo, las personas que los consumen describen las experiencias como placenteras y agradables, se sufre la posibilidad de unirlos a otra sustancia.

Mescalina: como los hongos se pueden dar alucinaciones variadas, vómitos y malestares durante varias horas, dependencia y tolerancia en cuanto se adquiere a unirlos con otra sustancia

Yagé: los efectos que se dan con esta sustancia son similares al de la Mescalina.

LSD: en las alucinaciones hay la posibilidad de darse la sinestesia, se pueden producir flashbacks, y la dependencia o tolerancia se da a unirlos con otra sustancia.

Depresoras: se refiere a una depresión neurofisiológica del funcionamiento psíquico. Las drogas depresoras, en cantidades moderadas disminuyen el funcionamiento de la corteza cerebral, esto produce entonces cierta sensación de euforia, permitiendo la liberación de los impulsos accediendo el paso de conductas y de comportamientos que son difíciles de exteriorizar, debido a que son controladas por la corteza cerebral.

Por otro lado si las dosis son elevadas o si el consumo se da repetidamente pero en espacios de tiempo limitado o corto los efectos se dan por todo el sistema nervioso central, lo cual el organismo se enlentecen y la persona muestra signos de embriaguez.

Según Guardia (1989) dice que las drogas depresoras “si las cantidades son aún mayores, la persona entra en coma, es decir que pierde el conocimiento, el tono muscular y queda tendida en el suelo”, llegando así a la posibilidad de sufrir un paro- cardio respiratorio.

De esta clasificación de los depresores encontramos las siguientes sustancias según LUNA (2008):

Alcohol, opiáceos (opio, morfina, heroína), barbitúricos, sedantes o tranquilizantes e inhalantes (pegantes, gasolinas, solventes), lo cual cada uno tiene sus diferentes efectos.

Alcohol:

Sensación inicial de bienestar y de relajación, disminución de inhibiciones, ligera alteración de las sensaciones, comportamiento emocional exagerado, pérdida de la coordinación motora, problemas de equilibrio, visión doble, no coordinación de pensamientos y movimientos, posibles y pérdidas de conciencia, el uso crónico impide la

buena asimilación de nutrientes; alteración de sueño; depresión; agresividad, produce dependencia y tolerancia, puede producir cirrosis.

Acerca del alcohol el DSM IV los criterios de intoxicación son:

**A.** El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.

**B.** El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

**C.** El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

**D.** Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

***Nota de codificación.*** Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

Con la abstinencia son:

**A.** Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

**B.** Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. Temblor distal de las manos
3. Insomnio
4. Náuseas o vómitos
5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. Agitación psicomotora
7. Ansiedad
8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

**C.** Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Opiáceos:

Apatía, abulia, dificultad de concentración, sensación de placer físico generalizado, sensaciones subjetivas de articulaciones pesadas, sensaciones de calor en el cuerpo, rasquiña, en la nariz y en toda la cara, sensación de boca seca; estimulación de hormonas antideureticas; inhibición de la liberación de hormonas folículo- estimulantes y de las hormonas luteinizantes con secuencia de amenorrea; inhibición de la liberación de



tiotropina, disminución de las hormonas de la tiroides; aumento del voltaje y disminución de la frecuencia en el trazado electroencefalografico en relación con el normal, supresión de la fase REM (sueño paradójico de movimientos oculares rápidos); constricción de la pupila; depresión de los centros respiratorios bulbares; estimulación de los centros químico receptores del vomito, nauseas; en el caso del a heroína de ser inyectada hay riesgos de VIH – sida y hepatitis; producen dependencia y tolerancia

#### Barbitúricos:

En dosis bajas producen efectos parecidos a los de los ansiolíticos, mientras que en dosis elevadas son similares a los de la intoxicación etílica; euforia inicial, incapacidad de coordinación de lenguaje y de las ideas; perdida de equilibrio de conciencia, muerte por paro respiratorio. Sensación de cansancio e irritabilidad al despertarse; producen dependencia y tolerancia

#### Sedantes o tranquilizantes:

Disminución de la ansiedad y de la agitación, disminución de respuestas emocionales, disminución del dolor, disminución de la atención, relajación muscular, en altas dosis se rebaja la presión sanguínea, se presentan vértigos y desmayos; producen dependencia y tolerancia.

Inhalantes:

Son parecidos a los demás sustancias depresoras del sistema nervioso central; estado de embriaguez; disminuye sensaciones de frío y de hambre; si hay intoxicación puede haber alucinaciones terroríficas; arritmia cardiaca mortal, muerte por asfixia; daños en el nervio óptico, complicaciones para caminar, pérdida de audición y disminución de las principales funciones intelectuales; son lo que producen más daño neurológico

Estimulantes:

Este tipo de drogas producen una aceleración en el organismo, como el aumento de la presión arterial, disminución de las sensaciones del hambre, sueño, fatiga; se da por otro lado aumento de la velocidad de pensamiento, pero se da la sensación falsa de que las ideas se perciben con mayor claridad y sencillez.

Estas drogas actúan por medio de la Norepinefrina, lo cual actúa en puntos terminales de los nervios y lo conecta en el cerebro, generando los resultados anteriormente explicados.

Acerca de los estimulantes podemos encontrar la cocaína, bazuco y anfetaminas

Cocaína: según Marcia (2003), la cocaína es un potente estimulante cerebral que provoca las sensaciones de gran fuerza muscular y viveza mental, en altas dosis provoca euforia y experiencias alucinatorias.

De los efectos inmediatos se conocen los siguientes:

Disminución de inhibiciones, sensaciones de placer, de bienestar; cambios de atención, hipervigilancia, hiperexcitabilidad; sensación de ser muy competente; aceleración de los procesos de pensamiento; en dosis bajas puede provocar un aumento del deseo sexual y retardar la eyaculación; pero puede impedir una erección; dilatación pupilar, sudoración, aceleración cardiaca, ansiedad y agitación; incapacidad de dormir, aumento de la presión sanguínea y convulsiones en grandes dosis.

Acerca de los efectos a largo plazo son:

Pérdida de peso e irritabilidad, crisis de angustia e insomnio; pensamientos paranoides, ideas persecutoras, aumento de la agresividad, alucinaciones de todo tipo, trastornos psicóticos que se pueden dar permanentes.

Bazuco: Acerca de esta sustancia Manrique y Rivera (2007), explica que corresponde a una pasta básica de la cocaína, de color café, blanco sucio, crema o grisáceo, de sabor astringente y con un fuerte olor aromático, el cual estimula el deseo de fumar del adictos cuando se percibe en el aire.

En cuanto a sus efectos son muy similares a los de la cocaína a largo plazo pero de secuelas mas graves.

Anfetaminas:

Son compuestos sintéticos producidos en laboratorios derivados de la efedrina tiene la propiedad de estimular el sistema nervioso central. Según Caso (citado en Brau, 1968) unos

de los estimulantes que surgió durante la segunda guerra mundial fue la anfetamina, lo cual permitió a los combatientes de ambos campos luchar contra la fatiga ya que se presentaban aumento del estado de alerta, energía y la disminución del apetito.

Acerca de los efectos inmediatos se encuentra: disminución de la fatiga y hambre, sensación de bienestar, aumento de la sensibilidad en general; mejor ejecución de tareas sencillas y dificultad en tareas complejas; resequedad en la boca, aumento de la presión sanguínea y temblor de las manos.

Con los efectos a largo plazo se evidencia que: desnutrición; alteraciones de la piel por problemas vitamínicos, trastornos cardiovasculares; anorexia; hipertensión; cambios de estado de ánimo como irritabilidad, insomnio y depresión; psicosis; paranoia, persecución; sensaciones de animales que caminan sobre la piel; dependencia y tolerancia.

En cuanto a la estructura de la psicología hacia los diferentes problemas o secuelas que el consumo deja Ladero, Leza, Lizasoain, Lorenzo (2009), explican de que a pesar no haber un parámetro de personalidad de consumidor hay ciertas características que si se semejan las cuales son: bajo auto concepto, escaso control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y en algunos un elevado búsqueda de sensaciones.

Estos mismos autores refieren que el consumo es la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos, este modelo se es conocido como un modelo biopsicosocial, este modelo nos da un abordaje de aprendizaje en que el sujeto puede mantener su consumo integrado desde diferentes esferas, es entonces que una persona puede darse una

expectativa o creencias acerca del consumo. Beck Liese, Newman & Wright (1999) retomando a Marlatt (1985) explican que hay 4 tipos de procesos cognitivos, el primero auto eficacia hace referencia a las anticipaciones que tiene una persona acerca de manejar la problemática del consumo, lo cual se pueden dar dos formas, auto eficacia elevada y una auto eficacia baja; la auto eficacia elevada refiere a personas con habilidades de no volver a consumir, mientras que la auto eficacia baja hay una mayor prevalencia a una recaída.

El segundo proceso cognitivo conocido como resultados esperados, es la anticipación que hace el sujeto con los efectos de una sustancia, estas respuestas se dan de forma positiva y negativa, las respuestas positivas consiste en las creencias que tiene un individuo que los efectos de las sustancias le beneficiaran de algún modo, por ello es de gran importancia tener en cuenta que si se presentan más respuestas positivas que negativas hay mayor probabilidad de continuar en el consumo.

El tercer factor cognitivo son las atribuciones de causalidad, en este factor hace atribución al uso de la droga lo cual puede provenir de factores externos o internos, ya que las creencias pueden darse hacia sí mismo o por el contexto.

El cuarto factor es la toma de decisiones, es la predisposición que tiene un individuo en fallar al tomar una decisión “estas decisiones, al final, acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de riesgo” (p, 35)

Desde la psicología es por ello de gran importancia encontrar que una persona mantiene un hábito de consumo y las razones cognitivo – comportamental en el que se mantiene la problemática, es así que para identificar estas es de gran importancia encontrar los antecedentes, las variables que intervienen en su comportamiento y las relaciones funcionales que se pueden dar; es entonces que el análisis funcional nos permite encontrar las estrategias de diagnóstico e intervención; “la formulación del análisis funcional supone una hipótesis explicativa del consumo de drogas en el momento elegido, que nos da información sobre aquellos factores deficitarios que es deseable cambiar porque favorecen la conducta de consumo; y de aquellos factores, tanto el entorno como de la persona, que hay que conservar y potenciar porque facilitan la abstinencia ” (Ladero, Leza, Lizasoain & Lorenzo, 2009, p. 91).

Una de las finalidades que se busca en comunidad terapéutica es que la persona no vuelva al mundo de las drogas es entonces que Ladero, Leza, Lizasoain, Lorenzo (2009) proponen las siguientes intervenciones psicológicas.

- Prevención de recaídas:

Consiste en el proceso en que la persona puede recaer pasado ya su tratamiento Ladero, Leza, Lizasoain, Lorenzo (2009) retomando Matlatt y Gordon (2002) elaboran un programa para proporcionar herramientas y conocimientos al ex consumidor.

a) comprender y analizar su problema con las drogas. b) Aprender a identificar situaciones de riesgo como lugares y personas e internas (pensamientos). c)

Anticipación a consecuencias negativas. d) realizar las estrategias de afrontamiento. e) Identificar señales que sean claves a una recaída f) Motivar los cambios de estilo de vida que ha ganado dominado.

- Enfrentamientos del craving

“debido a la frecuencia y a la variedad de circunstancias en que la droga ha sido consumida. Existen multitud de estímulos a los que esta asociada”

(Ladero, Leza, Lizasoain, Lorenzo (2009) p 96). Algunas de las estrategias para afrontarlo son: Distracción, expresar y buscar apoyo en amigos y familiares, auto instrucciones, relajación

- Estrategias a situaciones externas:

En esta parte se usan tres tipos de habilidades, la primera es la evitación que es el uso de no volverse a exponer en lugares y personas de consumo, el escape es huir en cuanto se presente la situación de alto riesgo y modificación de estímulos es el introducir nuevos estímulos para minimizar el riesgo.

- Enfrentar los pensamientos, es tomar conciencia que algunos pensamientos pueden ser la antesala de volver a consumir por ellos se puede usar el detención de pensamiento esta técnica consiste en detener pensamientos nocivos para el paciente, el cual genera dudas y preocupaciones “la detención de pensamiento incluye en concentrarse en los pensamientos no deseados y, después de un corto periodo de tiempo, detener y vaciar la mente. Generalmente, se utiliza la

orden de “stop” o bien algún ruido fuerte, para interrumpir los pensamientos desagradables” (Davis, Eshelman, Mckay (1987) (p. 95)), por último la reestructuración cognitiva es el poder identificar y desmontar los pensamientos distorsionados.

- Para reducir el estrés de forma significativa, contamos con la ayuda de un arma poderosa: la imaginación” ( Davis, Eshelman, Mckay (1987) p 61) técnicas de autocontrol emocional, esta técnica según terapia cognitiva de las drogodependencias se usa con el fin de ayudar al paciente en crear autocontrol y evitar el consumo de sustancias, lo cual conlleva al cambio o una reestructuración cognitiva (Beck, A; Liese, C; Newman, C y Wrihy, F (1999) ). “Coué afirmaba, que todos nuestros pensamientos acaban haciéndose realidad: uno es lo que piensa que es. Así, por ejemplo si pensamos en cosas tristes, acabamos sintiéndonos triste; si se tiene pensamientos ansiosos se acaba por estar ansioso” (p. 61) técnicas de autocontrol emocional

Ya al haber un abordaje acerca del mundo de las drogas, sus consecuencias y la forma en que se pueden abordar, es importante esclarecer el papel que tiene la psicología y su función en este tipo de procesos “es un sistema de psicoterapia que intenta reducir la conducta contraproducente mediante la modificación de pensamientos erróneos y creencias poco adaptativa, así como mediante el aprendizaje de técnicas de control” (Beck Liese, Newman & Wright, 1999, p. 69)



#### **4. PROPUESTA DE INTERVENCION**

A continuación se dará explicación en la forma que se desarrollara los diferentes ejes de intervención durante la realización de la práctica en psicología clínica la Fundación Hogar de los Muchachos.

##### ***4.1 Intervención clínica***

Fue de gran importancia en el plan de práctica la intervención clínica debido a las necesidades que manejan los residentes por consecuencia del consumo, creando una, evaluación, diagnóstico e intervención y un seguimiento o evaluación a las conductas o pensamientos desadaptativos que afectan al sujeto y su entorno.

##### ***4.1.1 Objetivo general:***

Acompañar a los residentes pertenecientes a la comunidad terapéutica, en su proceso de rehabilitación, realizando, evaluación, diagnóstico e intervención o acompañamiento por medio del enfoque cognitivo conductual.

##### ***4.1.2 Objetivos específicos:***

- Identificar y establecer los objetivos con cada residente de acuerdo a sus problemas comportamentales.
- Establecer diagnóstico .de acuerdo a las conductas y cogniciones desadaptativas que se muestran en la población

- Establecer diferentes técnicas de intervención o de seguimiento de acuerdo a las necesidades de la población.

#### ***4.1.3 Estrategias de acción***

- La revisión de las carpetas en caso de ser residentes antiguos.
- La realización de la entrevista inicial lo cual permite vislumbrar las problemáticas con las que viene el residente.
- Realizar diagnósticos a través de factores desencadenantes, antecedentes, respuestas y mantenimiento.
- Planteamiento de hipótesis para establecer el diagnóstico sobre el motivo de consulta
- Observar los objetivos que el residente tiene acerca del proceso terapéutico o en sus fases de proceso.
- Seleccionar un plan de intervención de acuerdo a las especificaciones del proceso y bagaje teórico
- La realización de seguimientos semanales a cada residente.
- Realizar seguimiento con el fin de conocer las debilidades y fortalezas del paciente

#### **4.1.4 Población**

La población son los residentes en proceso de rehabilitación del instituto Fundación Hogar de los Muchachos, en un rango de edad de los 18 a 55 años.

#### **4.1.5 Procedimiento desarrollado.**

El procedimiento que se desarrollo en este eje consiste en el diagnostico, e intervención clínica desde el enfoque cognitivo-conductual, el proceso se inicia con lecturas de las intervenciones anteriormente hechas y de las recomendaciones, por ello se hace intervención semanal a toda la población que el practicante haya manejado, es entonces que hay un total de 20 pacientes para realizar esta intervención semanal, lo cual ese debe llevar un formato en cada sesión (ver anexo 7) consiste en colocar en lo trabajado durante la intervención y lo observado en esta, después de haber sido diligenciado el formato es colocado en la carpeta del paciente, cada hoja se puede colocar hasta tres intervenciones psicológicas; por otro lado se han presentado el ingreso de nuevos residentes en el cual debe ser diligenciado el formato de entrevista psicológica inicial (ver anexo 8), este formato debe ser diligenciado en menos de 8 días desde el ingreso del residente y después ser colocado en su carpeta respectiva.

#### **4.1.6 Indicadores de logro cuantitativo**

- Se atendió el 100% de la población que fue asignada
- Se realizó el 100% de intervenciones semanales a cada proceso

- Se realizó un total de 38% de entrevistas iniciales
- Se realizó el 100 por ciento de los informes de seguimiento semanal a cada paciente

#### 4.1.7 Indicadores de logro cualitativo.

- Se logró el establecimiento de empatía y rapport con el fin de establecer una relación terapéutica adecuada.
- Se encontró disponibilidad por parte de los pacientes en vincularse en el proceso psicológico, con el fin de asumir un compromiso y establecimiento de metas
- En los diferentes procesos terapéuticos se aplicaron técnicas que permitieron la intervención de diferentes problemáticas traídas durante la consulta.

#### 4.1.8 Presentación y análisis de resultados:

*Tabla 1:*

*Participación de la población en el eje clínico de intervención individual*

Indicador	Total
Número total de casos trabajados	26
Número de casos trabajados semanalmente	20

---

Retiros que se presentaron	5
Personas que han participado en anteriores procesos de comunidad terapéutica	9
Casos terminados	1
Casos iniciados	10
Entrevista iníciales realizadas	10

---

En esta tabla se observa los casos que fueron trabajados en practica II, de esta forma se evidencia que hubo un total de 26 casos de los cuales consisten en, casos nuevos, abandonos, replantamientos y casos trabajados por el anterior psicologo; en la tabla se aprecia que se presentó un total de 5 retitos, lo cual equivale al 19 % de la poblacion trabajada, es entonces que se observa que las razones del retiro se pueden clasificar en dos factores, la primera en un factor interno y el segundo en un factor externo, en los factores externo se encuentra que 2 de los casos han sido por codependencia de las familias ya que en vez de participar en los procesos que entregan comunidad terapeutica, dieron su apoyo a que sus familiares abandonaran el proceso, de esta forma se evidencia que la aceptacion de la problemática del consumo no era del todo adecuada, lo cual permite que el proceso de rehabilitación no fuera del todo terminada, en cuanto al factor interno se evidencia las ansiedades de consumo y la poca motivacion de continuar en comunidad terapeutica, ya que los factores de craving en cuanto al abandono no fueron llevados de forma adecuada por parte del paciente, ya que no se realizo estrategias de afrontamiento, dieron cuenta de que lo aprendido en su

tiempo de proceso era suficiente para generar dichas estrategias, es así que sus pensamientos no estaban del todo estructurados y de esta forma abandonan la institución; muy ligado a este factor se encuentra los de replantamiento.

Las personas que han estado en anteriores procesos de comunidad terapéutica, es debido a que no es la primera vez que ingresan a un plan de intervención de este tipo, ya que en ocasiones han terminado su procesos en otras instituciones o se hayan retirado de la misma, a estos procesos se les conoce con el nombre de replanteamiento, es así que como su nombre lo indica el paciente hace un replanteo del cuales fueron las falencias que hicieron que volviera a consumir, estas falencias permiten realizar un trabajo psicológico en las diferentes esferas y contextos de la persona, el tiempo del replanteo varía según cada paciente, el porcentaje que se obtiene según lo trabajado en práctica II es del 34 %, este valor se obtiene debido al abandono que se pueda presentar por parte de algunos pacientes que debido a factores externos e internos dejan el tratamiento, lo cual hacen que presenten una recaída y por diferentes factores vuelvan a consumir, y de esta forma ingresar a comunidad terapéutica.

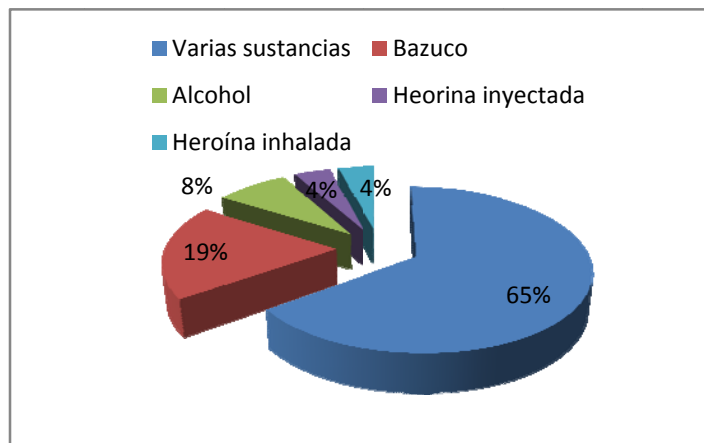
Otras de las características que se encuentran es que solamente se presentó un solo caso como terminado, esto es debido a que lo mostrado en este informe de práctica es de solo tres meses, ya que cuando un paciente ingresa a la institución tiene como mínimo una permanencia de un año, el único caso que cumplió este criterio fue solamente uno, es entonces que los casos que habían sido trabajados con el anterior psicólogo llevaban aproximadamente un poco más de tres meses, lo cual hace que el

informe no vislumbre lo casos que próximamente se puedan cerrar, ningún casos que llevaban más de dos meses presentaron abandono.

Por ultimo se aprecia que mitad de los casos que se iniciaron presentaron abandono, esto es debido a los factores internos y externos que se pudieron presentar, aunque en un caso se presento retiro debido al cierre de la sede, sin embargo esto evidencia la poca falta de afrontamiento de problemas por parte del paciente.

*Figura 1*

*Sustancia de consumo.*



En la figura 1 se aprecia las sustancias de mayor consumo que mantiene la población, se puede evidenciar que los pacientes presentan un mayor porcentaje de consumir tres o más sustancias al mismo tiempo al menos durante 6 meses, según los

criterios del DSM IV, por ello se pueden clasificar como poli consumidores, esto evidencia que a pesar del consumidor de iniciar con una sola sustancia este puede llegar a esta fase de consumo, es entonces que a este tipo de pacientes no presenta un habito con una sola sustancia, además de que cada sustancia no afecta de forma igual los diferentes esferas del sujeto, como por ejemplo de forma biológica las sustancias depresoras con las activadoras, el contexto en el que se desarrolla, el significado que le puede tener el paciente a cada una y el habito en el que se haya conformado ya que es apreciación del paciente del porque combina una sustancia con otra.

Entre las sustancias de consumo se pueden encontrar el alcohol, sustancias inhalantes, alucinógenas, sedantes, drogas de diseño, estimulantes, heroína inhalada, cocaína y sus derivados. Dejando así al bazuco como sustancias de mayor consumo, es entonces que a pesar de haber diferentes sustancias psicoactivas el bazuco es el que mantiene mayor prevalencia en la población trabajada, ya que equivale a un 19%, los efectos o secuelas que deja el bazuco son similares a la de la cocaína pero de forma más fuerte. Estas secuelas se evidencian en la salud mental del paciente y a sus allegados, ya que dejan pensamientos y conductas que generan diferentes problemáticas.

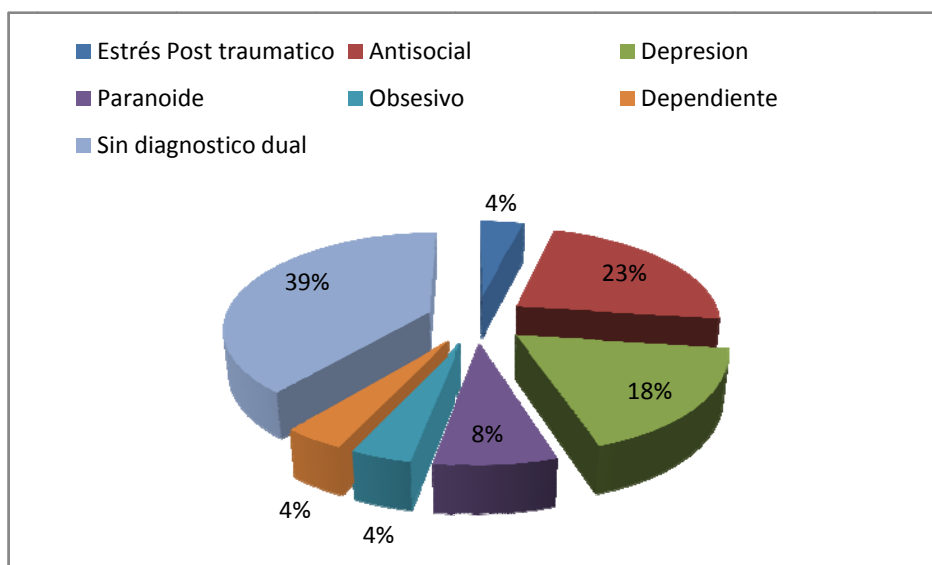
La última sustancia que se presenta de único consumo es la heroína en sus dos presentaciones inyectada e inhalada, la heroína inhalada es conocida en las calles como balazo, la cual consiste en quemar en papel aluminio de la heroína e inhalar el humo que se produce, en sus secuelas y efectos son similares las dos presentaciones sin



embargo la heroína inyectada maneja efectos y dependencia más duraderos debido a que su forma de ingresar al cuerpo se hace por medio del torrente sanguíneo, lo cual hace que tenga un contacto más directo con el cuerpo: por otro lado se observa entonces que la heroína inyectada presenta un menor consumo entre los residentes, ya que se conoce las secuelas que puede dejar, sin embargo se sigue buscando sus efectos y por ello la ingieren de forma inhalante.

Figura 2

Diagnostico dual

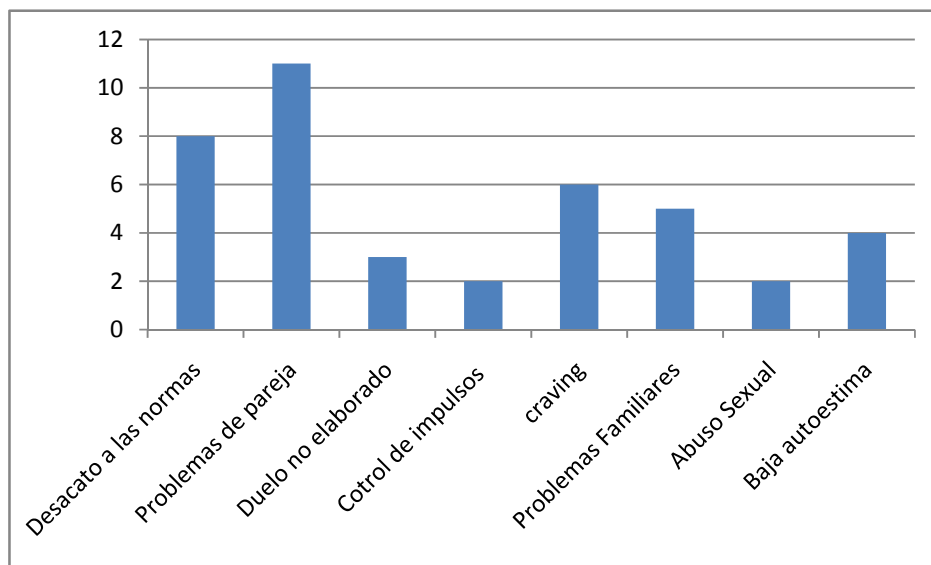


El consumo de sustancias a pesar de que el paciente en comunidad terapéutica no esté consumiendo presenta ciertos rasgos de otros trastornos mentales, debido a las diferentes secuelas de este comportamiento, es así que la de mayor prevalencia es la de rasgo Antisocial, ya que en mayoría de los casos se han presentado conductas criminales, vandalismo, fuga de la casa, participación en peleas, robos, mentiras,

crueledad física a personas y agresividad, por ello al entrar en comunidad terapéutica muchos de los residentes se enfrentan con la norma que esta impuesta, sin embargo el trabajo terapéutico permite esta nueva habituación y restructuración de pensamiento y conducta. El siguiente es la depresión, a pesar de que el consumo se detiene el residente comienza una reflexión acerca de sus problemáticas de consumo y las derivaciones que posee, lo cual la falta de enfrentamiento, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración hace que el residente muestre un cuadro depresivo y se muestre en su estado de ánimo, poco interés, pérdida de peso corporal, alteraciones de sueño, fatiga, poca concentraciones y pensamientos de la muerte; los siguientes trastornos son hechos por cuestiones de la propia experiencia de cada sujeto como por ejemplo en el estrés post traumático es de enfrentamiento en combate en la selva.

*Figura 3*

*Problemáticas trabajadas*



En esta grafica se evidencia que la problemática de mayor prevalencia es la de problemas de pareja, debido a que muchos de los residentes al ingresar a la institución mantiene familias conformadas, después sigue el manejo de la norma ya que la comunidad terapéutica es un lugar controlado lo cual el residente al ingresar desobedece esta normatividad, ya que los contextos que permanecía eran muy permisivos haciendo caso omiso a la norma, después sigue el craving en el cual se daban situaciones de volver a consumir o abandonar la institución ya sea por problemas externos como problemas de pareja o económicos y pensamientos automáticos o ideas irracionales.

Es así que las diferentes problemáticas tratadas hacen que el enfoque cognitivo conductual permita el uso de herramientas y técnicas en los diferentes motivos de consulta traídos por cada paciente, lo cual hace que busque una mejora en su calidad de vida.

#### **4.1.9 Dificultades presentadas.**

Las dificultades encontradas en el eje clínico han sido el cruce de horarios que algunos residentes presentaban, ya que al ser llamados no se encontraban en la institución, o estaban realizando otra función en el cual habían sido asignados, estas funciones podían variar desde ocupacional, realización de alimentos, brigadas de limpieza, salida de la institución por motivos individuales, otra problemática que se presento fue al llamado del residente a consulta, ya que por cuestiones de distancia el

residente podría estar localizado en un punto de la institución lo cual hacía que se demorara en llegar al consultorio , por último se encontró que por cuestiones de espacio el consultorio se encontraba en remodelación lo cual hacía la búsqueda de espacios improvisados para la realización de la intervención psicológica.

#### ***4.2 Talleres psicoeducativos***

Es la realización de talleres, identificando las necesidades que contengan los residentes, para poder trabajar y emplear diferentes temáticas que tengan relación con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como sexualidad, autoestima, herramientas de comunidad terapéutica, entre otros

##### ***4.2.1 Objetivo general***

Diseñar y ejecutar talleres para los residentes dirigidos al abordaje de diferentes temáticas que tengan relación con el consumo de sustancias psicoactivas, propiciando espacios de reflexión, discusión y comprensión

##### ***4.2.2 Objetivos específicos:***

- Buscar el tipo de conocimiento acerca del proceso de uso, abuso y dependencia de las drogas.
- Facilitar la identificación de los factores de riesgo y de protección ante el consumo de sustancias psicoactivas y el conocimiento de los efectos del consumo de drogas a nivel biológico, psicológico y social.

- Generar desarrollo de habilidades sociales que permitan prevenir situaciones de inicio del consumo de drogas.

#### ***4.2.3 Estrategias de acción***

- Preparación de la actividad que se va a realizar.
- Realizar procesos de socialización acerca de las diferentes problemáticas que puedan acarrear el consumo de sustancias.
- Cierre del proceso con la retroalimentación y reflexión de lo aprendido en el taller.

#### ***4.2.4 Población***

La población son los residentes en proceso de rehabilitación del instituto Fundación Hogar de los Muchachos. En un rango de edad de 18 años a 55 años.

#### ***4.2.5 Procedimiento desarrollado.***

El procedimiento llevado consistió en la búsqueda de diferentes temáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, para ello se da inicio a una reunión grupal en el cual se hace un conteo de los residentes que están presentes y de aquellos que están ausentes, este proceso se realiza en el formato de terapia grupal (anexo 9), cada residente deja su firma en los espacios numerados y en las observaciones se anotan los residentes que no asistieron al taller y las razones de la ausencia, después se da inicio de la taller que se tiene propuesto para ese día, es de tener en cuenta que los días de la

realización del talleres son los días miércoles de 2 a 4 de la tarde; después de haber culminado el taller se llena su formato correspondiente como nombre, objetivos, y conclusiones llegadas.

#### ***4.2.6 Indicadores de logro cuantitativo***

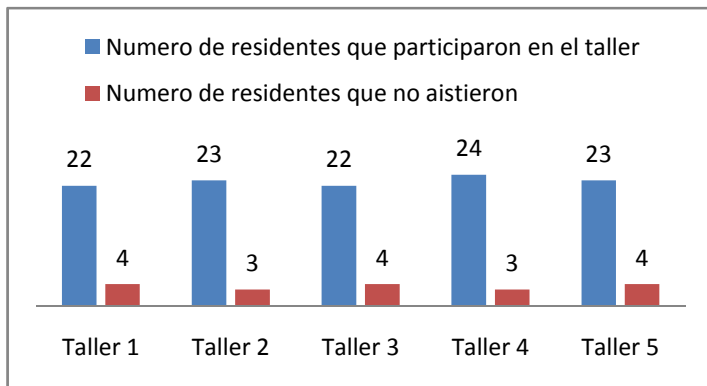
- Se realizó el 50% de los talleres psicoeducativos esperados a trabajar
- Más del 70 % de los residentes asistieron a los talleres programados.

#### ***4.2.7 Indicadores de logro cualitativo.***

- Disposición y participación de los residentes en los diferentes talleres que fueron programados.
- Actitudes de indisciplina que tomaron durante el transcurso de los talleres por parte de algunos residentes.

#### ***4.2.8 Presentación y análisis de resultados***

Figura 4. Participación en talleres por parte de los residentes.



En esta grafica se observa la participación que hubo por parte de los residentes en la práctica en el Hogar de los Muchachos, se evidencia que gran parte de los residentes asistieron a cada uno de los talleres propuestos, las razones de los cuales no hubo participación de algunos residentes es debido al cruce de horarios de otras actividades tales como, visita de familiares, ocupacional, portería entre otras.

Tabla 2. Procedimiento desarrollado en los talleres- practica II

Talleres	Mes	Temática
1	Agosto	Trabajo en equipo (apéndice d)
2	Agosto	Trastornos de la sexualidad (apéndice e)
3	Agosto	Trastornos de la sexualidad (parafilias) (apéndice f)

---

4	Septiembre	La marihuana como consumo social o terapéutico (apéndice g)
5	Septiembre	Habilidades obtenidas en comunidad terapéutica (apéndice h)

---

En la presente tabla se muestra los procedimientos que se desarrollaron en cada uno de los talleres, lo cual se evidencia que se realizó un total de tres talleres reflexivos con dos dirigidos, los talleres dirigidos su temática consta acerca de los trastornos de actividad sexual lo cual fue explicado por parte del practicante y no de los residentes, es así que se respondieron preguntas que fueran surgiendo durante la explicación; en los talleres reflexivos se tomaban diferentes temáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, y se hacían reflexiones o conclusiones acerca de la temática propuesta, estas retroalimentaciones de los residentes son de gran importancia para identificar la posición que tenga el residente acerca del tema y la forma que este confrontando la problemática del consumo.

#### **4.2.9 Dificultades encontradas**

Las dificultades encontradas al respecto de la intervención psicoeducativa fue las pocas intervenciones realizadas ya que debido a cuestiones de horarios se realizaban cruces que impedían el desarrollo del taller, por otro lado en algunas circunstancias



algunos residentes mostraban su poca participación en el taller lo cual generaba indisciplina.

#### ***4.3 intervención grupal (terapia de maratón):***

La comunidad terapéutica con la maratón ocupa un lugar importante en el proceso reeducativo ya que por medio de esta se hacen la aceptación y reflexión de sucesos que generen conflicto con el residente, creando una autoevaluación para generar cambios en el comportamiento y pensamiento

##### ***4.3.1 Objetivo general***

Orientar y acompañar a los residentes en los procesos de identificación de las causas de sus diferentes problemas, a partir del trabajo de áreas (social, autobiografía, comunidad terapéutica, sexual, afectiva, familiar) con el fin de realizar una aceptación de su propio estilo de vida

##### ***4.3.2 Objetivos específicos:***

- Crear por medio de la intervención grupal, reflexión y aceptación con el uso de diferentes temáticas.
- Realizar una autoevaluación en la que el residente dará cuenta de su vida pasada, presente y futura

- Dar cuenta al residente por medio de la intervención grupal los conflictos que puedan tener por las vivencias que han experimentado antes de su ingreso a la institución

#### ***4.3.3 Estrategias de acción:***

- Se da la entrega al residente sobre un área que debe trabajar en la maratón
- Las diferentes áreas que trabaja el residente son: auto biografía, escolar, comunidad terapéutica, sexualidad, afectiva, social ya autoevaluación.
- El residente de forma escrita trabaja las pautas que contenga cada área
- Cada residente leerá frente al grupo su producto
- Al terminar cada residente su lectura se inicia las confrontaciones con cada el grupo
- Por último se realiza una reflexión acerca del área trabajada

#### ***4.3.4 Población***

La población son los residentes en proceso de rehabilitación del instituto Fundación Hogar de los Muchachos. En rangos de edad de 18 a 55 años de edad.

#### ***4.3.5 Procedimiento desarrollado.***

El procedimiento de los procesos de maratón consiste en las últimas semanas de cada mes, durante la semana anterior se hace entrega al área en el que cada residente debe trabajar, durante esa semana el residente responde de forma escrita las preguntas que le corresponde en el área ver anexo 10, cada uno debe entregar un área por mes; al ingresar el nuevo residente empieza con autobiografía, después en el siguiente mes sigue el siguiente orden, familiar, escolar, social, sexual, afectiva, laboral, autoestima, área de comunidad terapéutica, autoevaluación y limpieza; esta última área consiste en realizar limpieza de las fallas en el que el residente haya realizado, esta área se inicia al tercer mes de haber ingresado. Durante la realización de la maratón se hace un círculo a la persona o a las personas de una misma área, el psicólogo debe entonces llenar el formato de hoja de maratón (anexo 11), en este formato se colocan las observaciones que se vislumbran durante la lectura, después se hace retroalimentación de algunos compañeros, seguido del terapeuta y de psicólogo.

#### ***4.3.6 Indicadores de logro cuantitativo***

- Se realizó el 66% de las maratones que fueron asignadas
- Se participó el 100% de las maratones asignadas
- Se participó en más del 70% de las áreas trabajadas por maratón
- Se perdió más del 50% en asistir las limpiezas que tenían propuestas en la maratón.

**4.3.7 Indicadores de logro cualitativo**

- Observar la forma en que cada residente se apropia del área que le haya tocado trabajar en la maratón.
- Observa su compromiso a la escucha y participación en las aéreas que hubieron por trabajar en cada maratón.

**4.3.8 Presentación y análisis de resultados**

*Tabla 3. Maratones presentadas - práctica II*

Mes	Áreas asignadas en cada maratón	Número de residentes que participaron por área	Asistencia de practicante
Agosto			
	Autobiografía	2	2
	Familiar	4	4
	Escolar	3	3
	Social	1	1
	Auto evaluación	1	1
	Comunidad	1	1

	Terapéutica		
	Autoestima	4	4
	Limpieza	15	6
Septiembre			
	Autobiografía	5	4
	Familiar	1	1
	Escolar	4	4
	Social	4	4
	Sexual	2	2
	Comunidad terapéutica	4	3
	Limpieza	21	8

En la tabla se aprecia las maratones que se realizaron durante la práctica, se valora que se participo en la mayoría de áreas que habían sido propuestas; en el mes de agosto no se pudo participar en el total de áreas de limpieza debido a que se realizan entre los días jueves y viernes y el horario del practicante solo va hasta el día jueves, debido a que los viernes son espacios académicos del practicante y no de la institución, en la maratón del mes de septiembre sucede lo mismo de la maratón de agosto ya que las áreas de limpieza no se pueden vislumbrar en su totalidad ; por otro lado se aprecia que todos los

residentes participan y hacen escucha en una área que se esté trabajando, ya que hacen retroalimentaciones acerca de las problemáticas encontradas , generando así un apoyo al residente que este exponiendo sus problemáticas.

#### ***4.3.9 Dificultades presentadas***

La dificultad que se presento en los talleres de maratón era que por cuestiones del horario del practicante no podía vislumbrar en su totalidad las áreas de limpieza.

### **5. CONCLUSIONES**

Se concluye que las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas no solo traen consigo problemáticas del sujeto sino también al contexto que generalmente se esté desarrollando; ya que durante la intervención en clínica se trabajo en aéreas relacionadas a la familia, hijos, laboral y pareja.

Es de forma importante el trabajo con la familia, aunque en este informe no se pudo evidenciar esta parte, sin embargo la influencia que ejerce la familia sobre el residente es propicio a que su motivación de terminar su proceso continúe, además de no permitir la codependencia por parte de estos con el fin de quitar o controlar todos los estímulos relacionados al consumo.

Es de notar que el consumo afecta la salud mental del sujeto ya que en ocasiones se presento por parte de algunos residentes un diagnostico dual, lo cual indicaba que de

presentar un trastorno relacionado al consumo se podía presentar otra patología mental o trastorno, uno de los trastorno de mayor prevalencia en esta población es el antisocial y la depresión. Estos trastornos eran guiados en su primera parte a las conductas delictivas que el residente se podría estar inmerso, mientras que con la depresión se presentaba debido a la poca construcción de su autoestima, pensamientos automáticos y poca tolerancia a la frustración.

Acercas de la sustancia de consumo, se encuentra que a pesar de haber una mayor prevalencia de policonsumidores, los usuarios dieron inicio con una sola sustancia, esta sustancia de inicio varía de acuerdo a los contextos y aprendizajes de cada individuo; aunque la marihuana se muestra en la mayoría de los casos.

Los pacientes policonsumidores generan una percepción de abandonar el consumo de algunas sustancias aunque no todas, ya que se tiene la percepción de que algunas sustancias se pueden volver a consumir

Una de las problemáticas que se presentó era que a pesar de que un residente mostrara una motivación en ingresar la institución, no era suficiente ya que en ocasiones se presentaron retiros o abandonos, de identificar estos retiros se evidenció que una poca falta de resolución de conflictos, podían que el residente se dejara manipular por cualquier factor externo, por ejemplo una oferta de trabajo, separación de la pareja y el mismo impulso de consumo.

En cuanto a los talleres psicoeducativos en un principio se mostraban la poca participación de las actividades por parte de algunos residentes, ya que en ocasiones mostraban indisciplina y la falta del seguimiento de la norma, afectaba el proceso de la actividad, esto destaca en algunos casos el poco desarrollo de norma se mostraba en lo aprendido por parte del residente.

Estos procesos educativos hacen parte de una aplicación de diferentes temáticas, lo cual permitió abordar el fortalecimiento de áreas que los residentes necesitaban.

Los procesos de maratón permiten la evaluación de áreas asignadas a cada sujeto, lo cual se podía integrar a las intervenciones clínicas individuales y de esta forma poderlas complementar, por otro lado también permitían la socialización de eventos traumáticos con el motivo de que el residente observara parte de su proceso, que metas proponerse y el darle un apoyo en su continuación en la institución.

De igual forma las devoluciones que se realizan por parte del grupo staff permiten que el paciente encuentre las falencias en sus procesos de rehabilitación, lo cual accede a la elaboración y fortalecimientos

La teoría cognitivo conductual permitió el acercamiento a las diferentes problemáticas que se vislumbraron a la población de la institución, aunque estos



problemas no eran ligados directamente al consumo del paciente, ya que se trabajó áreas como relación de pareja, duelos, sexualidad, familia entre otros.

## **6. RECOMENDACIONES**

Se es necesario el apoyo de un psicólogo profesional especializado en el área de farmacodependencia, ya que permitiría un acompañamiento y guía en formulación o retroalimentación de los casos

Se recomienda crear un espacio para el trabajo psicológico en las intervenciones clínicas individuales, lo cual permitiría la elaboración de temáticas o motivos de consulta en la que no se presente algún tipo de interrupción

La elaboración de un proceso de inducción por parte de la institución lo cual determinaría los tipos de funciones que están determinadas.

Crear estrategias que permitan una mejoría en los canales comunicativos entre el equipo interdisciplinario, lo cual permitiría la elaboración de un mismo lenguaje, debido a que cada área trabaja bajo los procedimientos de su respectiva disciplina

La elaboración de temáticas análogas sobre los talleres psicoeducativos, ya que permitiría un seguimiento y retroalimentaciones que estén conectadas entre las sesiones que se realizan.

Abrir espacios terapéuticos para el trabajo de las familias, ya que no hay un horario estipulado por la institución –

Se recomienda que el horario de la institución tienen estipuladas se trabaje acorde a los espacios creados, debido que en ocasiones no se seguía según lo acordado

Se recomienda que el horario que la institución tiene estipulada se trabaje acorde a sus horarios, debido que en ocasiones no se seguía según lo acordado.

## 7. COMPLEMENTARIOS

### BIBLIOGRAFÍA

Barrera, S.H (1999). El Homo Machina epistemología de la psicología. Bogota. Facultad de ciencias Sociales y Humanas de UNAD

Beck, A; Liese, C; Newman, C y Wrigly, F (1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidos

Beriso,A; Plans,B; Sánchez – Guerra, M y Sánchez, D;(s,f). Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid. Editorial Eos.

Borrero, J, R; Restrepo, J,M; Rojas, W,M y Vélez, H,A (1991), Psiquiatría, Medellín: Corporaciones para investigaciones biológicas.

Caso, M.A (1970). Psiquiatria, Mexico: Editorial Limusa S.A

Gross, R (2004), Psicología: La ciencia de la mente y la conducta. 3ª edición, México, D.F: Editorial El Manual Moderno

Guardia, J (1989) Todo sobre la Drogadicción, Barcelona: Tibidabo Edicions

Davis, M; Eshelman, E; McKay, M (1987) Técnicas de autocontrol emocional. Biblioteca de psicología, Psiquiatría y salud PRÁCTICA

Gonzales, I, D (s,f) Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving,  
[http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art3b001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001).  
Recuperado el 29 de agosto del 2009

Ladero, J, M; Leza, J, C; Lizasoain, I y Lorenzo, p (2009) Drogodependencias  
Farmacología. Patología psicología legislación. Ed Médica Panamericana  
Madrid

Lawrence. C, K (1981), Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna, México D.F: La Prensa Medica  
Mexicana.

Legrenzi, P (1986), Historia de la psicología, Barcelona: Editorial Herder

Luna, J,A (2008), Psicoactivos Cuestión de todos, Bogota: Universidad Nacional de  
Colombia.

Manrique, F, G & Rivera, L,N (2001)Padres, docentes y estudiantes opinan sobre las  
sustancias psicoactivas, Bogotá: Universidad nacional de Colombia

Marcia, D,A (2003), Drogas ¿por qué?, Madrid, Ediciones pirámide.

Martin, G; Pear, J (1999). Modificación de conducta que es y como aplicarla.

Madrid Pretince Hall

Méndez, F & Olivares, J; (2001): técnicas de modificación de conducta. Madrid. Editorial

biblioteca nueva.

Morrison, J (2006), DSM IV Guía para el diagnóstico clínico, Mexico :Manual Moderno

Santacreu, J& Xesús, M (1999), Que es un tratamiento psicológico, Madrid: Editorial

biblioteca nueva.

Sarason, I,G (1975), Psicología anormal, Mexico D.F: Editorial Trillas.

Yaria, J, A (2005), Drogas Escuela, Familia y prevención, Editorial Bonum, Buenos Aires