

Distorsiones Cognitivas Asociadas A La No Adherencia Al
Tratamiento En Adolescentes Internos En La Comunidad Terapéutica Éxodo De
Popayán

Harold Eduardo Burbano Idrobo

Fabio Gerardo Restrepo

Fundación Universitaria Luis Amigo

Noviembre de 2012

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente agradecemos a Dios por darnos la vida y la oportunidad de lograr esta meta, siendo siempre nuestra guía y soporte en el desarrollo de nuestro estudio. A nuestras familias que siempre estuvieron apoyándonos en la idea de continuar con nuestra capacitación profesional. A las directivas y docentes de la Fundación Universitaria Luis Amigó, que nos abrieron las puertas de su institución para enriquecer nuestro crecimiento profesional. Al padre José Leví Ramírez López, director del Instituto de formación Toribio Maya, quien nos permitió el uso de los espacios para la práctica, facilitando también la posibilidad de realizar nuestro estudio de postgrado. Al equipo interdisciplinario, adolescentes y familias de la Comunidad Terapéutica Exodo, quienes con su colaboración y participación activa en el proceso aportaron para la construcción de nuevos aprendizajes. Y finalmente a la doctora María Del Carmen Jiménez, quien con su conocimiento y carisma nos acompañó durante todo el proceso del estudio como asesora.

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Planteamiento del Problema.....	6
Objetivos.....	9
Justificación.....	10
Marco Referencial.....	12
Marco Contextual.....	16
Marco Teórico.....	27
Marco Conceptual.....	61
Marco Legal.....	62
Diseño Metodológico.....	83
Resultados.....	87
Conclusiones.....	99
Recomendaciones.....	100
Bibliografía.....	101

Resumen

Este estudio se refiere a un análisis de las distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la comunidad terapéutica éxodo de Popayán. A través de la investigación mixta se determinaron cuales son los errores de pensamiento prevalentes en los adolescentes y como inciden en el mantenimiento de la conducta adictiva. Se seleccionó una muestra de 10 adolescentes internos, pertenecientes a las etapas iniciales del tratamiento y se les aplicó el cuestionario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, que mide 15 distorsiones cognitivas. Se encontró que las distorsiones cognitivas más frecuentes en los participantes son la Falacia de recompensa divina, filtraje, falacia de control, falacia de cambio, visión catastrófica y los debería. Estos resultados indican que la adherencia al tratamiento esta mediada en gran parte por las atribuciones externas de éxitos y fracasos, además de estados internos asociados a sentimientos de culpa y frustración.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica, Adicción, Distorsiones cognitivas, Adherencia al tratamiento.

Abstract

This study concerns an analysis of the cognitive distortions associated with non-adherence to treatment in adolescents in the TC internal exodus of Popayan. Through joint research were determined which are the errors of thought prevalent in teenagers and how they affect the maintenance of addictive behavior. A sample of 10 young inmates, belonging to the early stages of treatment and we applied the automatic thoughts questionnaire and Lujan Ruiz, who is 15 cognitive distortions. We found that the most common cognitive distortions participants are the Fallacy of divine reward, filtering, control fallacy, fallacy of change, and catastrophic vision should. These results indicate that adherence is mediated largely by external attributions of success and failure, as well as internal states associated with feelings of guilt and frustration.

Keywords: Therapeutic Community, addiction, cognitive distortions, tratamiento adherence.

**Distorsiones Cognitivas Asociadas A La No Adherencia Al
Tratamiento En Adolescentes Internos En La Comunidad Terapéutica Éxodo De
Popayán**

Introducción

El proceso de adicción al consumo de sustancias y el abuso de sustancias psicoactivas en los adolescentes esta mediado por la presentación de múltiples variables o factores: factores sociales-ambientales, familiares e intrapersonales, así mismo, la interacción de dichas variables acentúa o refuerza el mantenimiento de la problemática. Su abordaje implica el estudio detallado y pertinente para cada caso, ajustándose a las necesidades y principio de voluntariedad del usuario, para poder determinar las metas terapéuticas.

En el departamento del Cauca, la comunidad terapéutica de tipo residencial, es una de las opciones de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, pero en la región, son pocas las entidades que prestan el servicio de atención a los adolescentes con problemática de consumo de sustancias diferentes de dicha modalidad, por lo tanto las posibilidades de intervención se reducen a los tratamientos de internado, alternativa que muchos de los usuarios no quieren asumir por las implicaciones que trae el estar separado de su entorno sociofamiliar y además por los efectos de la suspensión repentina del uso de drogas. Este aspecto ocurre principalmente en las etapas iniciales de motivación para el cambio, cuando no hay un reconocimiento objetivo de su situación.

El tratamiento de las adicciones comprende un enfoque multimodal, donde se integren las áreas que se afectan e inciden en la adherencia al tratamiento para el consumo de sustancias, se reconocen factores ambientales como el entorno de procedencia y red de apoyo sociofamiliar, también se consideran aspectos personales como el grado de adicción y los factores motivacionales y creencias que impulsan al cambio. Frente al aspecto de las creencias, es importante reflexionar sobre la percepción de cada sujeto en cuanto a su problemática y necesidad de cambio, manifestadas en atribuciones, expectativas o pensamientos automáticos. En el siguiente estudio se describen principalmente las variables de pensamiento subyacentes a las creencias que actúan en la persona como variables de predisposición, o mantenimiento de la conducta adictiva. Uno de los factores en el mantenimiento de la adicción, es la creencia habitual de que acabar con el consumo de drogas producirá una serie de eventos secundarios intolerables (Horvath, 1998, en prensa) citado por Beck (1999), aunque dichas manifestaciones varían según la condición de la persona y principalmente la manera en la que cada persona interpreta los acontecimientos.

En el presente estudio se identifican y analizan también, cuales son las variables de pensamiento más frecuentes asociadas a la no adherencia al tratamiento en los adolescentes internos en la comunidad terapéutica éxodo de Popayán, y se pretende por medio de él, generar la inquietud de elaborar planes de intervención enfocados al manejo de los procesos cognitivos de pensamiento y emociones, con el objetivo de fortalecer las estrategias para lograr una mejor adherencia al tratamiento en los usuarios.

Planteamiento Del Problema

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema de salud pública para los países desarrollados. Becoña, (2001), el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades, que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida (Institute forhealtpolicy, 1993), además del costo económico y las altas tasas de mortalidad que se asocian principalmente a la baja eficacia de los programas de tratamiento. Esta situación también se evidencia en los países en vía de desarrollo, y específicamente en el contexto latinoamericano y colombiano.

A partir de las grandes implicaciones que acarrea el consumo de sustancias en una población, se han considerado distintas tipologías de recursos en el tratamiento de adicciones, que se determinan de acuerdo a los intereses, necesidades del individuo y a la oferta según los planes de atención. Ramón Arroyabe (2011) cita algunas alternativas para el manejo de las adicciones, una de las primeras opciones de tratamiento son los programas ambulatorios donde se realizan tareas de orientación, prevención, evaluación y entrenamiento en habilidades sociales, en los cuales se realizan adaptaciones de acuerdo a la población.

También existen las “unidades hospitalarias de desintoxicación”, que son unidades cuya estructura ha sido creada específicamente para tal fin o simplemente “camas” destinadas a la desintoxicación, pero incluidas en otros servicios como psiquiatría, medicina interna etc. (Lorenzo, 2003), seguidamente se localizan los programas de “internamiento parcial” o semi-internados, que se dividen en centro día,

centro fin de semana y Comunidades terapéuticas, contexto en el que se desarrollará la propuesta de investigación.

Las comunidades terapéuticas son centros residenciales en los que se trabaja la rehabilitación, a través de un programa terapéutico, en régimen de internamiento, separados del medio habitual de la persona, suelen ser ubicados en zonas rurales, pero también los hay en los núcleos urbanos. (Lorenzo, 2003).

Existen varios factores que pueden alterar el desarrollo de un tratamiento de rehabilitación en comunidades terapéuticas, tales como: factores de pensamiento, motivación, red de apoyo, grado de dependencia física y psicológica a la sustancia, entre otras. Estas variables determinan el grado de adherencia al tratamiento, evidenciándose en los resultados de abstinencia o recaída.

En relación a este estudio investigativo, en el plano nacional e internacional, se han encontrado algunos estudios asociados a la temática, a nivel local existe estudio sobre creencias irracionales en pacientes con VIH. En el plano local, hay un estudio relacionado con creencias irracionales asociadas a la adherencia al tratamiento de pacientes con VIH, determinando claramente la influencia del manejo de pensamientos en la adherencia en el tratamiento de personas con dicha enfermedad.

En la Comunidad Terapéutica Éxodo de la ciudad de Popayán se han realizado algunos análisis estadísticos relacionados con la no adherencia al tratamiento que inicia con una valoración inicial antes del internamiento, seguido de dos citas de experiencia vivencial, tiempo en el que los jóvenes y familias deciden si hacen uso de la modalidad de internamiento o no realizan el tratamiento, este último factor supeditado a variables

como la voluntariedad, falta de cupos, o no reúnen el perfil para ingresar a modalidad de comunidad terapéutica.

Respecto a los análisis estadísticos, se encontró que en el año 2009, entre los meses de Enero y Diciembre, se atendieron 75 adolescentes con sus respectivas familias, 20 de los cuales se internaron, y los 55 restantes, no hicieron uso del cupo. En ese momento surgió la necesidad de ampliar cupos de atención de 34 a 40, hasta la fecha.

Según los datos del programa, en cuanto a los índices de deserción del tratamiento, en el año 2010 desertaron del tratamiento 20 jóvenes, 6 de los cuales pertenecen al nivel de integración, etapa de acogida que es el momento inicial y de adaptación al programa, 4 del nivel de exploración, momento seguido a la adaptación, y 10 de ellos del nivel de profundización, momento en el que tienen desplazamientos a casa y aproximadamente han transcurrido más de 7 meses en el programa.

En el año 2011, desertaron del programa 21 jóvenes, 16 de ellos de la etapa de acogida, nivel de integración (Fase de adaptación) y 5 del nivel de exploración.

Se puede observar según los datos recogidos del programa, que hay altos índices de deserción del tratamiento, pero no se puede determinar con claridad las hipótesis causales para el problema. Uno de las variables relacionadas, se estudiará con la investigación y está dada por la forma en la que los adolescentes perciben el problema y como las distorsiones cognitivas interfieren en la adherencia al tratamiento.

Pregunta problema

¿Cuáles son las distorsiones cognitivas, asociadas a la no adherencia al tratamiento, presentes en los adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán?

Objetivos**General**

Identificar las distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán.

Específicos

Contribuir a los procesos terapéuticos de intervención cognitiva en la etapa de acogida de los adolescentes consumidores de sustancias.

Detectar los errores de pensamiento presentes en los adolescentes internos en la comunidad terapéutica Éxodo de Popayán.

Determinar la influencia de los factores de pensamiento en el mantenimiento de la conducta adictiva.

Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia es una problemática que se ha venido incrementando y se ha convertido en un problema de salud pública.

Es un fenómeno cada vez más presente en nuestras ciudades y pueblos, involucra a un gran número de niños, niñas y jóvenes, pone en riesgo la salud y la vida de consumidores, altera la tranquilidad y la seguridad de sus familias y comunidades e influye en la pérdida de capital, de potencial humano y social, de bienestar y calidad de vida. (Ministerio de la protección social, descentraliza drogas).

Para el manejo de dicha problemática existen varias alternativas que van desde los programas ambulatorios hasta las modalidades de internamiento como las comunidades terapéuticas, donde se desarrollan modelos y estrategias de intervención tendientes a lograr la abstinencia del consumo de sustancias o la reducción del daño, y en general, el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos consumidores.

La investigación es importante porque se precisa sobre los aspectos de pensamiento y su influencia en la adherencia al tratamiento, adecuándose a los modelos teóricos de la institución que desde el área psicológica, propone la teoría cognitiva como uno de los fundamentos conceptuales pilares, en dicha teoría se enmarcan los procesos de pensamiento como fuentes de generación de malestar psicológico, asociado a las distorsiones cognitivas, y salud psicológica, relacionada con procesos de pensamiento funcionales.

La adherencia al tratamiento está asociada con los procesos motivacionales de los adolescentes, y a su vez, la motivación depende de la forma como se perciba el tratamiento y la problemática de drogas. El conocer las distorsiones cognitivas en los

adolescentes, permitirá al equipo de trabajo, responsable de la intervención, orientar los procesos de atención psicológicos a la modificación de pensamientos disfuncionales, por pensamientos más adaptativos que a su vez faciliten a los adolescentes tener una perspectiva diferente sobre el tratamiento y se logre mayor adherencia a él. Así mismo, se pretende que los adolescentes al ser conscientes de la incidencia de sus pensamientos en la motivación al tratamiento, modifiquen sus estrategias de afrontamiento y se responsabilicen de sus estados emocionales, consecuentes a sus pensamientos. Todo lo anterior aportaría como parte de otras estrategias para la disminución de los índices de deserción del programa.

El estudio a su vez podría mostrar resultados que generen un impacto social, dado que la identificación de distorsiones cognitivas relacionadas con la no adherencia al tratamiento, plantearía la necesidad de reestructurar la estrategia de vinculación al programa y fortalecería los procesos de adherencia al tratamiento, reflejada en el aumento de la demanda del servicio o permanencia en el.

Como investigadores, el estudio servirá para ampliar nuestro conocimiento desde la psicología cognitiva, enfocada en la influencia de los pensamientos en el mantenimiento de la conducta adictiva, y a su vez en plantear la inquietud de la resignificación de los procesos de intervención desde el enfoque cognitivo.

Marco Referencial

Estado de Arte

Se retomaron 4 estudios para iniciar la investigación, los temas son asociados a nuestro trabajo pero no se encontraron investigaciones específicas.

El primer trabajo referenciado es el de distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual, realizado por Irene Polo Martínez Y José Amar para la revista psicogente de la Universidad Simón Bolívar en la ciudad de Barranquilla, en Junio de 2006. Su objetivo era Determinar las diferencias en las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias, afectivo, bipolar y esquizofrenia. Describir y comparar las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico dual, identificando pensamientos deformados en cada grupo de comorbilidad psiquiátrica perteneciente al estudio: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno psicótico inducido por SPA. Este trabajo compara las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por sustancias o psicosis tóxica, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia del Programa de Farmacodependencia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral del departamento del Atlántico. Se administró el cuestionario de Pensamientos Automáticos a 77 sujetos masculinos entre 18 y 40 años, encontrándose dos pensamientos deformados: pensamiento de debería y recompensa divina. Además, se hallaron diferencias significativas en los pensamientos de visión catastrófica, falacia de cambio y tener razón, en los grupos de psicosis tóxica y TAB. En el grupo de psicosis tóxica y esquizofrenia, la diferencia significativa se halló en el pensamiento polarizado,

generalización y etiqueta; mientras que, en el grupo de TAB y esquizofrenia, se encontraron diferencias significativas en casi todas las distorsiones cognitivas.

Palabras clave: Esquema cognitivo, distorsiones cognitivas, drogodependencia, diagnóstico

Araya D. y Mora, del Colegio profesional de psicólogos de Costa Rica, en el 2009, llevaron a cabo un estudio relacionado a los aspectos psicológicos asociados con el mantenimiento de la conducta de juego patológico a través de estudio de casos. Su objetivo era realizar una aproximación a la temática de juego patológico en Costa Rica, entendiendo los aspectos psicológicos del jugador desde una perspectiva cognitivo – conductual, como respuesta y aporte hacia la escasa investigación aplicada llevada a cabo en Costa Rica. Se estudian algunos aspectos psicológicos involucrados con el mantenimiento de la conducta de juego patológico, entendidos como distorsiones cognitivas y características conductuales de las personas que presentan o presentaron en algún momento una conducta de abuso, partiendo principalmente de la evidencia empírica derivada de la investigación aplicada. Dentro de la categoría de distorsiones cognitivas, destaca la falacia tipo I, la cual aparece en el discurso de los participantes de manera significativa, asociada con la mayoría de juegos. Dentro de las características conductuales, el refuerzo positivo se manifiesta fundamentalmente, en la búsqueda de activación psicofisiológica (arousal), en la totalidad de los informantes. El refuerzo negativo se presenta en el escape/evitación a estímulos aversivos por medio del juego. Se discute la implicación de este estudio para investigaciones ulteriores. Palabras clave: adicción, juego patológico, mantenimiento de la conducta, distorsiones cognitivas, características conductuales.

Se consideró el aporte del estudio sobre distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico por adolescentes, realizado por José Miguel Rodríguez Molina y Ana María Ávila Muñoz, del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, en el 2008 en la ciudad de Madrid. El objetivo era conocer si existen distorsiones cognitivas relacionadas con el juego patológico, en adolescentes. El juego patológico es un problema epidémico en España. Numerosos estudios han demostrado que los jugadores patológicos muestran diversas creencias erróneas. Los jugadores comienzan a jugar a edad temprana, así que los adolescentes están en riesgo incluso si no son jugadores patológicos en la actualidad. El objetivo de este estudio es conocer si existen distorsiones cognitivas relacionadas con el juego patológico, en adolescentes. Para alcanzar este objetivo se desarrolló una escala de distorsión cognitiva en adolescentes. Se utilizó una metodología descriptiva transversal. Los resultados demuestran que estas distorsiones están presentes de forma muy significativa. Son distorsiones en todas las áreas de la escala, así como en la escala completa. No aparecieron diferencias por los sexos, ocurren en todas las edades, pero las diferencias varían según las edades.

Palabras clave: juego patológico, distorsiones cognitivas, adolescentes.

El cuarto trabajo revisado fue el de creencias irracionales presentes en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con VIH, pertenecientes a fundaciones de apoyo en la ciudad de Popayán 2008 y 2009. Realizado por Ana María Medina, Lorena Arce y Karen Rengifo en Popayán, Mayo de 2009. El objetivo era determinar las creencias irracionales presentes en la adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con VIH, que asisten a fundaciones de apoyo de la ciudad e

Popayán, 2008- 2009. Para determinar las creencias irracionales presentes en la adherencia al tratamiento de 3 pacientes diagnosticados con VIH pertenecientes a fundaciones de apoyo en la ciudad de Popayán, se aplicaron el cuestionario validado SMAQ y la escala DAS-A. A través de la metodología cuantitativa se encontraron las creencias para las categorías y en la metodología cualitativa se analizaron los argumentos que soportaron la irracionalidad de las creencias.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, Ellis postula, que todas las personas deben encontrar una racionalidad en su pensamiento, por lo tanto es importante eliminar las distorsiones cognitivas: Falacia de cambio, pensamiento dicotómico, catastrofización, abstracción selectiva, racionamiento emocional y culpabilización, que obstaculizan el afrontamiento adecuado al VIH y su curso y pronóstico.

Palabras clave: Creencias irracionales, adherencia al tratamiento, VIH, distorsiones cognitivas.

Marco Contextual

Conceptualización Amigoniana.

Contexto de la congregación, La congregación de religiosos terciarios capuchinos es una entidad sin ánimo de lucro, que hace presencia en 20 Naciones y en las Ciudades más importantes del País, cuya misión específica es la Prevención, Protección y Reeduación de niñas(os), adolescentes y jóvenes, entre 12 y 18 años, hombres y mujeres, considerados en situación de extrema pobreza, con una escasa formación escolar, marginados, estigmatizados y muchos víctimas de explotación en diferentes ámbitos, en general es una población que entra en conflicto con la ley penal, lo que además de muchos otros factores sociales, familiares y personales los coloca en alto riesgo y vulnerabilidad social.

El trabajo de las casa a nivel nacional consiste básicamente en promover el ejercicio y la defensa de los Derechos de los niños(as) y adolescentes, desarrollando con ellos la atención e intervención especializada que los ratifique como sujetos responsables frente a su manera de asumir el mundo.

En la ciudad de Popayán, el Instituto de formación Toribio Maya fu creado inicialmente como Casa de menores por la Asamblea Departamental del Cauca mediante la ordenanza No 36 del 28 de abril de 1927 y a partir del 1 de enero de 1972 se la denomino “instituto de formación Toribio Maya”, en honor al ilustre personaje apóstol de la caridad de la ciudad de Popayán Toribio Maya.

Posteriormente la misma Asamblea Departamental confió la dirección y Administración del Instituto der Formación Toribio Maya ubicado en el barrio Villa del Norte (La Paz) a la congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, quien con la experiencia del carisma Amigoniano transformo la Institución en un verdadero espacio pedagógico.

Con el transcurso del tiempo la institución ha ampliado sus servicios a través de: “La Casa Juvenil Fray Luis Amigo” y “La Comunidad Terapéutica Éxodo”.

Horizonte Institucional

Misión. El Instituto de Formación “Toribio Maya” ubicado en la ciudad de Popayán, Cauca, administrado por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores, Provincia de San José, ofrece atención y formación integral especializada para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en medio institucional y social comunitario, a través de programas pedagógicos, reeducativos y terapéuticos,

basados en los principios amigonianos, los derechos de la niñez y la adolescencia y las normas vigentes, con el fin de restituirles su dignidad.

Visión. Para el año 2016 el Instituto de Formación “Toribio Maya” será reconocido en el departamento del Cauca, como líder certificado en calidad, en los procesos de atención y formación integral para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con perspectiva garantista del respeto por sus derechos a través de la aplicación de los principios del Carisma Amigoniano, Colaboradores formados en competencias, disposición y optimización de los recursos y la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

Principios institucionales.

El instituto de formación Toribio Maya, cree, vive y asume la praxis del carisma amigoniano.

El hombre (niño, niña, adolescente, joven) valor incuestionable de la persona, es el sujeto del acto educativo.

El hombre (niño, niña, adolescente, joven) caído es digno de ser restaurado en todas las dimensiones de la persona.

El hombre (niño, niña, adolescente, joven) protagonista de su propia historia en orden a la transformación de sus experiencias vividas, la construcción de sí mismo y sus potencialidades, reconoce a los otros y es reconocido por ellos.

La vida del hombre (niño, niña, adolescente, joven) es un quehacer y un qué hacerse permanentes.

El educador amigoniano es posibilitador-mediador en el universo relacional de la persona en conflicto que se asume a través, incluso de su mismo quehacer cotidiano, el talante característico de la identidad Amigoniana.

Política de Calidad, El Instituto de Formación “Toribio Maya” propone y desarrolla excelentes procesos de atención y formación integral para la reeducación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes a través de la implementación del sistema de gestión de calidad y mejora continua. Tiene en cuenta las expectativas y necesidades de los clientes, los principios del carisma y la Pedagogía Amigoniana, las normas vigentes y los derechos de la niñez y la adolescencia. Cuenta con el compromiso y participación permanente de sus colaboradores amigonianos y dispone de la infraestructura y recursos necesarios.

Objetivos de calidad. Gestión Directiva: Dirigir el conjunto de procesos y la prestación de servicios de la Institución mediante la Planeación Estratégica, la Gestión de Calidad y mejora continua, conforme a las leyes, los lineamientos del ICBF, las expectativas de los clientes, la misión y visión institucionales.

Gestión Formativa: Atender en forma integral y con perspectiva garantista de derechos a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes remitidos por los juzgados penales para adolescentes y/o defensorías de familia a través de programas pedagógicos, reeducativos y terapéuticos en medio institucional y social comunitario, cuyos contenidos de carácter amigoniano les dignifiquen en su condición.

Gestión Humana: Proporcionar competitividad al Instituto de Formación Toribio Maya por medio de la implementación de procedimientos organizacionales orientados a

identificar el personal idóneo, fortalecer sus competencias y mantener su calidad de vida laboral, evidenciándose en el logro de objetivos tanto individuales como institucionales.

Gestión Financiera: Optimizar la inversión de los recursos económicos captados para la atención integral de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; bienestar de los colaboradores e Institución en general; requerimientos legales y fortalecimiento de las buenas relaciones e iniciativas financieras.

Valores institucionales

Coherencia

Trascendentalidad

Respeto

Tolerancia

Amor exigente

Honestidad

Perdón

Libertad

Solidaridad

Responsabilidad

Creatividad

Servicio

Modalidades Atendidas

Tabla 1

Modalidad Y Programa	Rango De Edad
Internamiento - CIP	De 16 A 18 Años
Internamiento - CAE	De 16 A 18 Años
Internamiento – Protección SRPA	De 14 A 17 Años
Internamiento – Protección SPA	De 12 A 18 Años
Medio Social - Intervención de Apoyo	De 12 A 18 Años
Libertad Vigilada	
Medio Social – Semi Internado Externado	De 14 A 18 Años
4 Horas	

Proceso Formativo

Etapas. La propuesta Pedagógica Amigoniana establece un método progresivo y secuencial por períodos, que se desarrolla paulatinamente sustentado por un Sistema de auto corrección y de acompañamiento. A partir de estos períodos se Estructura el Proceso reeducativo-terapéutico del Sistema Pedagógico Amigoniano.

Acogida. Es un espacio de bienvenida y motivación que permite la inserción del adolescente y su familia dentro de un proceso reeducativo y/o protectivo-preventivo a través del medio institucional.

Tratamiento

Ésta es la segunda etapa del proceso de gestión de atención y formación integral, comprende tres niveles: encauzamiento, afianzamiento y robustecimiento, da cuenta del diagnóstico integral, la elaboración y ejecución del plan de acción reeducativo, preventivo y/o protectorio a nivel individual y familiar, y de la preparación para el egreso. En ésta se opera un proceso pedagógico-terapéutico, integral, sistemático y progresivo, que le permite realizar al adolescente y su familia una reflexión y una resignificación de su realidad personal, familiar y social, para generar cambios y transformaciones en su contexto particular.

Encauzamiento. Iniciar un proceso de sensibilización y concientización por parte del joven y su familia respecto a su situación personal y socio familiar que permita la construcción del diagnóstico integral, el plan de atención e intervención y la aceptación para participar del proceso reeducativo-terapéutico y/o protectorio-preventivo.

Afianzamiento. Ejecutar el plan de atención individual y familiar ofreciendo al adolescente, joven y su familia, las condiciones necesarias de soporte y acompañamiento en el afrontamiento de la intervención pedagógico –Terapéutica.

Robustecimiento. Lograr con el adolescente, joven y familia, propuestas autogestionarias como principal condición para la reformulación de su proyecto de vida y búsqueda permanente de alternativas para afrontar riesgos e incrementar factores protectivos a partir de los logros obtenidos durante el proceso.

Postinstitucional. Es una instancia de seguimiento y acompañamiento que permite evaluar y medir el impacto del proceso pedagógico-terapéutico, en el adolescente y su familia, brindándole el apoyo y asesoría necesarios para enfrentar proactivamente el medio al que pertenecen.

Áreas de intervención

Salud

Pedagogía

Psicología

Sociofamiliar

Académica

Competencias Laborales

Bienestar

**Programa: Atención Especializada en Consumo de Sustancias Psicoactivas
(Comunidad Terapéutica Exodo)**

Modalidad: Internado

La COMUNIDAD TERAPEUTICA AMIGONIANA EXODO”, es una Institución auspiciada por el I.C.B.F., dirigida y administrada por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, fundada el 15 de 1994, localizada en el municipio de Popayán, atiende 40adolescentes de la Regional Cauca, presta atención a jóvenes con problemas de conducta y consumo de sustancias psico-activas y de Protección Especial, remitidos por un Defensor de Familia de Cauca o comisario de familia.

La Institución desarrolla el Proyecto de Atención Integral (P.A.I) y el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I) en los cuales intervienen un Equipo Interdisciplinario conformado por: Religiosos de la Congregación, Pedagogos, Educadores de aula, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Instructores de Taller, Servicios de Salud, Servicios Generales, Servicios Administrativos, Financieros y Directivos. Para un total

de 70 personas.

El Centro realiza un trabajo académico en la Educación Básica Primaria y Educación Básica Secundaria, donde asisten la mayoría de jóvenes que ingresan a la institución; cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Educación Nacional bajo el Decreto de 1998. Se ofrecen programas de formación pre-vocacional en talleres de ebanistería, Metalistería, sistemas y Panadería. A estos talleres van los jóvenes de acuerdo con sus capacidades, opción y gusto del menor.

Para garantizar un mejor funcionamiento institucional y el logro de los objetivos propuestos, el centro se haya organizado por áreas de atención, cada una está conformada por profesionales que, aunque se especializan en diferentes disciplinas, son en su conjunto educadores, es decir, personas que están dedicadas a perfeccionar las facultades intelectuales y morales del joven atendido por el programa, siempre basandose en los principios de la Pedagogía Amigoniana y tomando como punto de llegada la formación integral del menor atendido. Las áreas de atención en el Centro, son: Área Pedagógica, Académica, Técnica, Pastoral, Salud, Psicología, Trabajo Social, Administrativa, Talento Humano y Área financiera.

Reseña histórica

En noviembre de 1994, se inicia en la ciudad de Popayán, la ejecución del proyecto Comunidad Terapéutica Éxodo, bajo la dirección del sacerdote terciario capuchino Rafael Ernesto Gómez Senejoa.

Entre el grupo de niños y adolescentes que remitieran las autoridades competentes al Instituto de Formación Toribio Maya, para ser reeducados; algunos presentaban problemas de adicción a sustancias psicoactivas S.P.A.

Estos jóvenes requerían de una atención especializada para superar su conducta adictiva; es así como se da respuesta a una necesidad prioritaria de la población atendida. Inicialmente se gesta este proyecto en la modalidad ambulatoria, servicio que se ofrecía en la jornada de la tarde de 2:00 p.m. A 6:00 p.m., en la cual se desarrollaban actividades deportivas, grupos de encuentro, análisis de situaciones, diario terapéutico y aseo.

No todos los usuarios del programa eran procedentes del instituto Toribio Maya, en la medida que los jóvenes y las familias requerían del servicio, se iba haciendo imperiosa la necesidad de adquirir y adecuar un lugar donde se pudiera albergar el grupo que más que reeducación, necesitaba ser rehabilitado.

Se funda entonces la casa de la Esperanza, un proyecto liderado por prestigiosos ciudadanos payaneses encaminados a combatir el consumo de la droga; preocupados por la niñez y la juventud víctima de este flagelo, le hacen el ofrecimiento a la comunidad de religiosos terciarios capuchinos para dirigir el programa en el lugar que hoy todos conocen como EXODO, zona rural kilómetro uno vía a Totoro. Se recuerda con cariño y gratitud a los religiosos Fray Fernando Alape, Fray Miguel Hernández, Padre Julio Cesar García y un grupo de terapeutas laicos que desde sus inicios hasta el momento han aportado sus conocimientos y su entrega generosa para la evolución y mantenimiento de ésta obra.

A través de los años de experiencia, Éxodo ha evolucionado positivamente, el aprendizaje ha sido continuo y eficaz. El soporte científico, espiritual y humanístico que hoy orienta el quehacer pedagógico y terapéutico; proceso en el cual se reconocen los aportes dados por la CTA de San Gregorio y el apoyo del padre Alberto Ortega, quien desde el año 2004 empezó a reorientar desde su conocimiento y experiencia ésta comunidad hoy puesta al servicio de los jóvenes y familias de la ciudad y el sur occidente colombiano que en este centro buscan ayuda.

Estructura de crecimiento terapéutico

La comunidad terapéutica es una modalidad de protección, tratamiento internado para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, que atiende adolescentes entre 12 y 18 años de edad, remitidos por defensores de familia. La duración del tratamiento está determinada para aproximadamente un año, tiempo en el que se interviene al joven y su familia desde distintas áreas, y en diferentes etapas y niveles de tratamiento. El proceso se divide en cuatro niveles: integración, exploración, profundización y proyección.

Tabla 2. Niveles del proceso

Etapas	Nivel	Fases
Acogida	Integración	Atención
		Integración-Motivación
Tratamiento	Exploración	Concientización-Convivencia
		Profundización

	Proyección
Post institucional	Reinserción

Etapa acogida

Integración. El objetivo es iniciar un proceso de adaptación y Sensibilización por parte del joven y su familia respecto a la dinámica del programa, frente a su problemática de consumo de sustancias psicoactivas y conductas asociadas permitiendo la construcción del diagnóstico inicial y el plan de atención.

Etapa tratamiento

Exploración. El objetivo es explorar, identificar y priorizar las problemáticas, personales familiares y sociales del niño, adolescente y familia estableciendo el plan de intervención con el fin de re significar su proyecto de vida.

Profundización. El objetivo es ejecutar el plan de atención individual y familiar ofreciendo al niño, adolescente al y joven y su familia, las condiciones necesarias de acompañamiento y orientación en el tratamiento de su problemática

Proyección. El objetivo es lograr que el niño, adolescente y joven y su familia modifiquen conductas adictivas y problemas de conducta, con un plan de vida definido y alternativas claras académicas, laborales y de proyección social.

Marco Teórico

La adicción a las sustancias psicoactivas

la incidencia de la problemática se extiende a las distintas esferas del ser humano, afectando no solamente al individuo directamente involucrado con el abuso de drogas, sino también a su familia y entorno inmediato, generando a su vez impacto en el contexto macro social como un problema de salud pública. Para el entendimiento de la dinámica de la adicción, es necesario citar los conceptos básicos que se exponen a continuación:

Droga. La Organización Mundial de la Salud (1992) define a la droga como "cualquier sustancia que asimilada por el organismo viviente es capaz de influir en una o varias de sus funciones" (Lorenzo, 2003).

Otra definición que se encontró es la siguiente: "Droga psicoactiva es toda sustancia de origen natural, químico o medicamentoso y que, por su composición, al ser introducida al organismo viviente, mediante cualquier vía de administración (oral, nasal, endovenosa, entre otras) genera alteraciones o trastornos en el sistema nervioso central, causando efectos nocivos en el organismo, afectando de esta manera su natural funcionamiento, siendo capaz de inducir la autoadministración ante el consumo continuo y prolongado, estableciéndose alteraciones fisiológicas duraderas ya sea de tolerancia y/o abstinencia para finalmente cristalizar en un patrón de abuso/dependencia (Becoña, 2002).

En el texto Drogodependencias de Lorenzo se retoma la siguiente definición: "aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar

dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Del Moral, 2003).

En la definición anterior, psicoactivo se refiere a la capacidad de alterar el funcionamiento psíquico, generando cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento. La acción reforzadora positiva es la capacidad que tienen las drogas de inducir a los sujetos a repetir su autoadministración por el placer que generan y la dependencia física y psíquica se evidencian en el malestar somático o psíquico asociado a la suspensión o disminución de la dosis habituales. En esta definición también se incluye que éstas sustancias “no tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos”. De una manera más coloquial, podríamos decir entonces que las drogas son sustancias que por el placer que producen, inducen un consumo repetido que puede generar daños a nivel social, emocional o físico.

Abuso y dependencia. Estos términos hacen parte de las descripciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), el cual utiliza criterios específicos.

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

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

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

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

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.

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

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. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes Durante un periodo de 12 meses:

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).

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).

Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

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).

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

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión, CIE-10 (1992), no se encuentran los términos de abuso y dependencia y estos son reemplazados por el de “consumo perjudicial” y “síndrome de dependencia”, los cuales se basan en los siguientes criterios:

Consumo perjudicial. A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o Contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.

B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).

C. La forma de consumo ha persistido al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de 12 meses.

D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del Comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo (excepto para la intoxicación aguda).

Síndrome de dependencia

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes Manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses:

Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia (craving).

Disminución de la capacidad de controlar el consumo en lo referente al inicio, Término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de Cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.

Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la Sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la Sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida), con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia, tales como necesidad de Aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia, o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.

Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponer lo que tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

Drogodependencia

La drogodependencia fue definida por la OMS en 1982, como un síndrome manifestado por un patrón conductual donde el uso de una sustancia tiene más prioridad que otras conductas.

Para la APA (DSM-IV TR), la drogodependencia se caracteriza por: "...un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que un Individuo continúa consumiendo una sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella...y existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia". Este término es equivalente a farmacodependencia.

Respecto a la dependencia también deben tenerse en cuenta otros conceptos como dependencia psíquica y física:

Dependencia Psíquica. Algunos autores también la llaman dependencia psicológica o conductual y puede Definirse de la siguiente manera: Estado de satisfacción producido por el consumo de una droga, que lleva a repetir el consumo para obtener placer o evitar el malestar. El individuo siente una necesidad imperiosa de consumir la sustancia y experimenta un gran malestar emocional cuando no puede consumirla. Anteriormente este concepto se denominaba “hábito” o “habitación”. Para este tipo de dependencia y desde las teorías psicológicas conductistas será Definitiva la capacidad de la sustancia de generar refuerzo, entendido como, cualquier suceso que incrementa la posibilidad de repetición de una conducta. Desde el punto de vista de la drogodependencia, se considera refuerzo positivo a toda vivencia placentera asociada al consumo y como refuerzo negativo, a los efectos desagradables generados por el cese del consumo, que llevan al individuo a auto administrarse de nuevo la sustancia.

En este punto es interesante también definir el término *craving*, ya que éste se **Menciona** frecuentemente cuando se habla de la dependencia psicológica; esta palabra puede traducirse como deseo vehemente. En el contexto que **nos** ocupa se refiere al deseo intenso de droga que experimentan los consumidores crónicos cuando pasan por períodos de abstinencia.

Dependencia Física. También se conoce como “neuroadaptación” y se define de la siguiente manera: “Estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-

organismo. Sus dos Componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo” (Del Moral, 2003)

los dos componentes básicos de la neuroadaptación son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo, los cuales se definen a continuación:

Tolerancia

Aunque existen varios tipos de tolerancia, la más importante es la Conocida como tolerancia aguda, que puede definirse así:

Es la necesidad de incrementar la dosis de una droga para experimentar los efectos buscados o también puede expresarse como la disminución de la intensidad de los efectos con el consumo de las dosis habituales.

En algunos casos, puede presentarse el fenómeno conocido como tolerancia invertida o sensibilización, en el cual se presentan iguales efectos o incluso mayores, con dosis iguales o menores. En este caso, la droga se consume en intervalos más prolongados entre dosis y el ejemplo más conocido es el que se presenta en los alcohólicos, quienes debido al daño hepático progresivo producido por el consumo, empiezan a presentar síntomas de intoxicación aguda después de la ingestión de cantidades pequeñas de alcohol.

Síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia aguda puede definirse como el conjunto de síntomas y Signos físicos y psíquicos, de gravedad y perfil variables que se presentan debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de una droga.

La intensidad del síndrome de abstinencia va a depender de muchos factores como el tipo de droga, la cantidad, la vía y frecuencia de administración, la velocidad de

absorción y eliminación, la existencia de metabolitos activos y la presencia simultánea de otras enfermedades.

El síndrome de abstinencia aguda define la dependencia física pero no es un elemento indispensable en el diagnóstico de la drogodependencia.

Este tipo de síndrome también puede presentarse por la administración de una Sustancia antagonista de la droga consumida y en este caso, recibe el nombre de Abstinencia precipitada. En algunos tipos de tratamiento, se utilizan medicamentos antagonistas de la heroína, como la naloxona, buscando desencadenar síndromes de abstinencia aguda en el sujeto si éste reincide en el consumo.

En algunos sujetos, el síndrome de abstinencia agudo es reemplazado o acompañado por un síndrome de abstinencia tardío, el cual se define como el conjunto de síntomas y signos derivados de una disregulación del sistema Neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas (afectividad, pensamiento, percepción, memoria, etc.). De manera característica la clínica de ansiedad se reduce con la administración de un placebo cuando el drogodependiente supone que es droga. (Del Moral, 2003). Este tipo de cuadro está muy relacionado con la dependencia psicológica.

Existe otro tipo de síndrome de abstinencia que se presenta meses o años, después de haber abandonado el consumo y es desencadenado por la presencia de estímulos del entorno relacionados con el consumo. Recibe el nombre de síndrome de abstinencia condicionado y también está muy relacionado con la dependencia psicológica.

El Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, en su 28º informe de 1993, observó: "...que en situaciones clínicas es difícil distinguir entre la dependencia física y

la dependencia psíquica descritas en el informe de la 20ª reunión. El Comité consideró, además, que esta distinción no es compatible con la opinión actual de que todos los efectos de los fármacos en el individuo pueden potencialmente comprenderse desde el punto de vista biológico. El Comité también hizo notar que el término dependencia física ha llevado a confusión, pues los clínicos suelen interpretar la manifestación de los síndromes de abstinencia de droga como prueba tanto de la dependencia física como de la farmacodependencia definida en la 16ª reunión.

Por estas razones, el Comité consideró que habrá menos confusión si se siguen las pautas para el diagnóstico de la CIE-10, en las cuales no se hace distinción entre la dependencia física y la dependencia psíquica”.

La adicción se da de forma gradual y varía dependiendo de la situación y entorno que rodee al sujeto. Ungerleider, 1980 propone 5 estadios por los que la persona desarrolla su proceso de adicción:

1. Consumo experimental: en el cual el sujeto solo usa la droga solo por presión o curiosidad, no desarrolla aún un hábito de consumo.
2. Consumo social recreativo: en el cual el sujeto consume en circunstancias sociales, como eventos, reuniones, no hay un patrón habitual y la persona decide con quien y cuando consumir.
3. Consumo habitual: hay un encadenamiento y ritual de la conducta de consumo, perdiendo progresivamente el autocontrol. La droga adquiere un papel en la vida del sujeto que consume.
4. Consumo abusivo: hay un deterioro y malestar clínicamente significativo de por lo menos 1 año. Consumo recurrente de las sustancias que lleva a

incumplimiento laboral, consumo en situaciones de alto riesgo, suspensiones en el trabajo, colegio, problemas legales que la persona reconoce pero que continúa realizando.

5. Consumo dependiente: reconocido por la ausencia de control de consumo que lleva a desarrollar tolerancia, síndrome de abstinencia e ingesta compulsiva, por lo menos durante 1 año. La persona pierde los mecanismos de autocontrol y justifica su consumo en que ya no puede salir de él.

Este proceso de adicción es relativo al sujeto en cuanto a tiempo y forma de presentación y depende entre otras variables de la edad de inicio, vía de administración, duración de los efectos, y uso de varias sustancias.

Respecto a la edad de inicio, entre más temprana la edad, mayor es la probabilidad de adicción, y es en la adolescencia donde la persona se encuentra en más alto grado de vulnerabilidad debido a varias condiciones de esta etapa.

Adolescencia

Existen marcadas diferencias culturales e históricas respecto a las características y duración de la adolescencia (Lara, 2000). Históricamente se ha considerado la pubertad como el criterio biológico para la entrada de la adolescencia, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “pubertad” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación. Sin embargo, en la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el

transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven.

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida (UNICEF 2011). Sin embargo, existen en la Psicología del Desarrollo distintos enfoques que caracterizan a estas edades y han sido explicadas de diversos modos, atendiendo a la concepción teórica asumida por autores pertenecientes a diferentes escuelas y corrientes en la Psicología. Esta caracterización se vincula a cuestiones claves para la Psicología del Desarrollo como son el problema de la definición de los factores considerados como determinantes del desarrollo psíquico y la periodización que se deriva de la concepción asumida ante este problema.

Según estos enfoques, la adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. Hay definiciones de matiz psicológico como la de Evans de la cual escogemos dos ideas: a) el adolescente trata de conquistar el acabado de su independencia y b) búsqueda de una identidad aceptable para sí mismo. Es ya clásica la definición de Hollingshead, de matiz sociológico: periodo de la vida de una persona

durante el cual, la sociedad deja de considerarla como un niño, pero no le concede ni el status, ni los roles, ni las funciones del adulto.

La Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término adolescencia suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

Generalmente se distinguen dos etapas: a) la pubertad, que se caracteriza por los cambios fisiológicos que se operan en el joven (Steinberg, 1996, citado en Figs, 2001) y su impacto psicológico y b) la adolescencia propiamente dicha, en donde cobran mayor relevancia los aspectos ligados a los cambios psicosociales.

Como generalidades del adolescente, se ha identificado que siente afectado por las realidades del mundo y sabe que pronto tendrá que enfrentarse a él, ha esperado y deseado llegar a tener la libertad y la independencia del adulto, pero obtenerla le produce ansiedad y temor. Algunos están preparados para hacer frente al mundo, finalizar los estudios y conseguir un trabajo, tomar decisiones propias, experimentar, pero otros pueden llegar a deprimirse ante todos estos cambios, sentir ansiedad y temer

al futuro, y una de las formas de manifestarlo puede ser a través del consumo de sustancias.

Las consecuencias psíquicas de los cambios fisiológicos se relacionan con la conciencia e interés creciente por las cuestiones relacionadas con el cuerpo. Por este motivo, esta es una etapa de enorme importancia a los efectos de implementar intervenciones tendientes a la promoción de conductas saludables que partan del conocimiento del propio cuerpo, que posibilite la construcción de un proyecto con sentido existencial e ideales sociales (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2002). Las tendencias se inclinan a determinar la adolescencia como edad predominante de inicio, sin embargo no es una generalidad para entender la dinámica de las adicciones.

Para el entendimiento de la adicción en los adolescentes, nos basaremos en el modelo cognitivo, desarrollado a partir de la terapia cognitiva propuesta por Aaron Beck y Albert Ellis.

El modelo cognitivo de las adicciones

La terapia cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck, a comienzos de los años sesenta. La idea básica sobre la que se desarrolla la terapia es que la “percepción subjetiva y la manera idiosincrásica en que un individuo estructura sus experiencias, determinan sus sentimientos y conductas” (Beck, 1967 y 1976).

Conceptos teóricos fundamentales

Organización cognitiva. Los individuos ante una situación estimular dada no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan un significado al estímulo, en función de sus asunciones previas denominadas esquemas cognitivos.

Los esquemas cognitivos contienen información archivada por el individuo a lo largo de su historia de las experiencias derivadas de su interacción con el medio.

Durante el proceso de clasificación, interpretación y evaluación de la situación estimular pueden activarse esquemas negativos. Estos esquemas negativos llevarían al individuo a cometer sesgos cognitivos que facilitarían un procesamiento de la información procedente del medio coherente con los contenidos del esquema o esquemas activados. La estructuración cognitiva negativa de la situación sería la responsable de la emisión de respuestas emocionales y conductuales desajustadas (ansiedad, tristeza, ira abandono, etc.)

Beck considera que cada una de las cuatro emociones básicas van asociadas con percepciones o valoraciones específicas y conductas.

Tabla 2

VALORACION	EMOCION	RESPUESTA CONDUCTUAL
Frustración	Tristeza	Abandono, pasividad

Conquista	Jubilo	Actividad
Vulnerabilidad y amenaza	Angustia	Huida, Bloqueo
Ofensa	Ira	Preparación para la defensa y ataque

Los contenidos negativos que aparecen en los trastornos emocionales son, según Beck, idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número y grado de las distorsiones cognitivas. Se supone entonces un continuo entre los trastornos psicopatológicos y las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales “normales” ante situaciones vitales (Weishaar y Beck, 1986).

Los esquemas cognitivos se pueden definir también como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y emociones de manera "inconsciente".

Son representaciones mentales de nuestra experiencia en la vida, pero no meras copias de lo que nos ha sucedido sino más bien nuestra experiencia organizada con sentido personal.

La forma de pensar con la que se enfoca y experimenta la vida por cada persona. En el lenguaje popular: "la manera en que nos tomamos las cosas". En el lenguaje psicológico: "la organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guía nuestra conducta, emociones deseos y metas personales".

Estos esquemas cognitivos están, en cierto modo, localizados en nuestro cerebro en los circuitos neuronales de la memoria, son el resultado del desarrollo biológico y las experiencias de aprendizaje de cada persona y están constituidos por los significados que tiene cada persona respecto del mundo y de sí mismo. De hecho, cuando hablamos de "mente humana" nos referimos al funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como "conocimiento", "memoria", "deseos", "sentimientos", "conducta", etc.

Desde esta perspectiva se considera que la psicopatología (trastornos psicológicos) es el resultado de alteraciones en la organización o funcionamiento de los significados personales, y la psicoterapia como la labor de desarrollar significados alternativos que generen más bienestar.

En el desarrollo de una persona los primeros esquemas cognitivos creados son los **ESQUEMAS TEMPRANOS NUCLEARES** (Algunos psicólogos le llaman también modelos operativos o guiones). Se refieren a escenas cargadas de afecto. El niño ante de desarrollar el lenguaje (desde el nacimiento hasta los 3-4 años aproximadamente) a partir de su experiencia de vinculación afectiva con sus progenitores, por lo general los padres, se construye mentalmente su experiencia en forma de imágenes o escenas sobre acontecimientos repetitivos (relaciones con sus padres, si mismo y entorno). Esa organización mental de escenas-nucleares o centrales- van a constituir la "base de su personalidad" en el sentido de que la influencia posterior de otras experiencias de su vida va a estar matizada por estas experiencias primarias. Esas experiencias primarias se relacionan como hemos dicho con la vinculación afectiva con sus padres, sobre todo con la madre. A esa vinculación afectiva se le ha denominado **APEGO** (Bowlby,

1969,1973). El apego no abarca no solo los primeros años de la vida infantil, sino toda la vida, pero es en los primeros años de la vida cuando va a dejar su más marcada influencia.

La teoría del apego defiende que las personas tienen una disposición innata al vínculo afectivo con otros seres humanos: buscar la proximidad hacia adultos específicos que proporcionan protección contra los peligros. La calidad de esta experiencia de apego afectivo y sus alteraciones van a ser "guardadas" por la persona en su memoria de acontecimientos vividos (llamada memoria episódica) de manera "inconsciente".

Beck y sus colaboradores (Beck, 1967, 1976, Beck y Emery, 1979, Beck, Freeman y Cols, 1990) han formulado modelos explicativos de distintos trastornos emocionales en los que resaltan el importante papel que tienen las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de los mismos.

Este modelo de parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Se destaca fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Sin embargo se tienen en cuenta los otros factores señalados. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias...) se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel. Esto no quiere decir que los otros componentes sean olvidados; al contrario se trabaja a menudo con todos ellos en la terapia (métodos de manejo afectivo, modificación de conducta...). Lo importante es que todos esos

componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Dicho de otra manera, aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, lo más relevante es la cuestión del significado.

El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. Con el término "significado" nos referimos al sentido que tienen los acontecimientos de la vida para una persona. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno de nosotros nuestra propia vida actual, los recuerdos, lo que esperamos del futuro y el cómo nos consideramos a nosotros mismos.

Beck desarrollo su modelo partiendo del estudio de la depresión, y recurre a tres conceptos relacionados con la organización cognitiva: A) triada cognitiva, B) esquemas y C) errores cognitivos.

- A. La triada cognitiva hace referencia a tres patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a si mismo, al mundo y al futuro de una manera negativa, haciendo que el individuo se perciba incompetente, con demandas excesivas e insuperables y desesperanza.
- B. Los esquemas son patrones cognitivos estables que permiten al individuo seleccionar, categorizar, evaluar, diferenciar y codificar los estímulos procedentes del exterior. Los esquemas permiten la regularidad de las interpretaciones sobre un conjunto de situaciones estimulares. Los esquemas activados ante una situación estimular dada, determinaran como el individuo

estructurará las distintas experiencias de ellas derivadas y cómo responderá ante la situación.

- C. Distorsiones cognitivas, los esquemas negativos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información que Beck denomina distorsiones cognitivas. Estas distorsiones por una parte facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio externo, y por otra, permiten mantener la validez de sus creencias negativas sobre ellos mismos, el mundo y el futuro.

Beck, y algunos terapeutas cognitivos han listado las principales distorsiones cognitivas:

Abstracción Selectiva o Filtraje.

Consiste en una especie de visión de túnel donde solo se percibe lo congruente con el estado anímico. De esta manera un sujeto puede soñar con temáticas de pérdida, temor, ira o euforia, ignorando otros aspectos de su experiencia.

Pensamiento polarizado

Se perciben los acontecimientos de manera extrema sin tener en cuenta los grados intermedios. El sujeto por ejemplo puede soñar con decepciones a sus deseos y verse como un desgraciado, incompetente e inútil, o verse en un estado de éxtasis maravilloso. La experiencia del sueño adquiere una polaridad extrema sin tonalidades medias.

Sobregeneralización

El sujeto saca una conclusión general para todos los aspectos de su vida de un evento concreto. Por ejemplo tras un rechazo en el sueño se ve como un desgraciado arruinado.

Interpretación del pensamiento

Se interpretan sin base las intenciones de las demás personas hacia uno, por lo general de manera desfavorable. La suspicacia proyectiva y los sueños persecutorios con temor suelen reflejar esta distorsión.

Visión catastrófica

El sujeto adelanta catástrofes y desgracias para su vida o sus intereses. Soñar con desgracias, enfermedades y pérdidas de diversos tipos, puede estar relacionado con esta distorsión.

Personalización

Consiste en relacionar sin base los acontecimientos del entorno consigo mismo. Es similar a la interpretación del pensamiento.

Falacia de control

La persona persiste en tener un grado de control excesivo sobre las conductas ajenas o incompetentes en grado extremo para manejar los propios problemas. Los sueños donde el sujeto es acusado de algo, o pasa algún tipo de prueba puede estar relacionado con esta distorsión.

Falacia de justicia

Es la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con los deseos personales. Los sueños donde el sujeto ejecuta actos de venganza, o reclama justicia, se pueden relacionar con esta distorsión.

Razonamiento emocional

Insistencia de creer que los sentimientos siempre reflejan eventos reales que lo han producido. Si una persona se siente irritada entonces tiene razones legítimas para que los otros le hayan ofendido. Muchos sueños se pueden basar en el propio estado emocional con el que el sujeto se fue a dormir.

Falacia de cambio

Creer que el bienestar de uno mismo depende exclusivamente de los actos de los demás, de que estos cambien su conducta. Los sueños donde uno se percibe satisfecho con cambios imaginados en las personas de su entorno pueden reflejar esta distorsión

Etiquetación

Se fundamenta en otorgar una etiqueta generalizadora a las personas y eventos, usando el verbo ser (p.e "los negros son inferiores"). Similar a la generalización.

Los deberías

Es la disposición a exigirse a sí mismo, a los otros y a la vida que las cosas tienen que ocurrir por fuerza en una determinada dirección. Cuando el sujeto se ve frustrado en su vida de vigilia en la consecución de sus deseos, puede soñar con la compensación en sus ensueños de sus deseos. Por lo general esto puede formar parte de la exigencia de intolerancia a la frustración, y ser "compensado en los sueños". Por ejemplo una persona que se exige tener éxito en sus relaciones afectivas y tiene fracasos que vive como intolerables , puede verse en sus sueños rodeado de personas que le complacen afectivamente o sexualmente.

Culpabilidad

Atribuir sin evidencias la responsabilidad de los eventos totalmente a uno mismo o a los demás. Los sueños en relación a tribunales y castigos, pueden relacionarse con este tema.

Falacia de razón

Es el hábito de no escuchar las razones ajenas ante desacuerdos, por creerse uno en posición de la verdad absoluta. El soñar con debates, luchas y disputas donde uno sale vencedor, puede reflejar esta distorsión.

Falacia de recompensa divina

Supone la tendencia a esperar que los problemas mejoren mágicamente en el futuro, sin buscar uno mismo soluciones personales. Los sueños donde los problemas se resuelven de manera mágica o por intervención de instancias superiores y poderosas, pueden relacionarse con esta distorsión.

Otro autor que aporta en el trabajo de investigación desde el enfoque cognitivo, resaltando los procesos de pensamiento en la adicción es Albert Ellis, quien desarrolló la terapia racional emotiva.

La Terapia Racional Emotiva surge con una finalidad sumamente clara: ayudar a que los clientes que llegan a la consulta, logren una solución rápida a sus problemas. Esta finalidad se logra modificando los pensamientos que la persona posee, pues según explica Ellis (1980), son los pensamientos de la persona los que llegan a determinar su forma de actuar, o sea su conducta.

La persona puede entonces tener esquemas o formas de pensamiento que no le resultan del todo funcionales, pues las consecuencias de ese estilo de pensamiento no le permiten lograr ajustarse de la mejor manera a diferentes situaciones a las que se enfrenta a largo de la vida y en su cotidianeidad. La persona se encuentra entonces viciada por determinados pensamientos y creencias que neutralizan su accionar y que a la vez no contienen ningún sentido lógico; estos pensamientos son automáticos y pueden ser reconocidos bajo el nombre de distorsiones cognitivas o bien ideas irracionales (Dattilio y Padesky, 1995).

La teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual fue formulada por Albert Ellis PhD, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la American Psychological Association.

Básicamente la propuesta de la TREC es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

A la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, Ellis lo ha llamado “pensamiento racional” y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado “pensamiento irracional”.

Es importante aclarar que algo será “racional” o “irracional” en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él o ella, no para el/la terapeuta, en tanto esos pensamientos no le permitan conseguir sus metas y le causen perturbación emocional: ansiedad, depresión, enojo excesivo etc. O sea, que las emociones sean las que manejen a la persona y no la persona la que maneje a sus emociones. Cuando se dice que las emociones manejan a las personas, se quiere decir, que el individuo se enoja, se deprime o se angustia, de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr sus objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce

consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo.

Un enfoque de la psicología que dio su contribución al desarrollo de la TREC fue el psicoanálisis en dos de sus figuras importantes, una es Karen Horney (1950), que identificó y escribió acerca de “la tiranía de los deberías”, como elemento medular en la perturbación emocional, y Alfred Adler (1927), quien se interesa en la relación entre la descalificación y devaluación que hacen las personas hacia ellas mismas y la ansiedad, así como en el uso de un método cognitivo – persuasivo (utilizando la acción – dirección) en el tratamiento psicológico.

Siempre dentro del campo de la psicología, se encuentra el aporte de dos pioneros del movimiento conductista, como son Watson y Rayner (1920), y la utilización de sus técnicas, especialmente en la terapia sexual activo – directiva durante la década de los cincuenta. Durante esta época, la TREC se desarrolla y emerge; Ellis publica un estudio en el que da a conocer que las personas atendidas con este nuevo método, presentan una mejoría significativa, en relación al abordaje psicoanalítico, las sesiones se reducen de 100 a 35.

Además, para él la base de la perturbación psicológica es el pensamiento irracional, y así introduce tal concepto y define la neurosis “como el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de manera poco funcional” (Ellis, Caballo y Lega, 1999; p. 33).

Las Once Ideas Irracionales de Albert Ellis

1. Necesito ser amado/ y o aceptado/ a por las personas significativas de mi entorno.
2. Para considerarme valioso/a tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles.
3. Hay personas que son inmorales y perversas y deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones.
4. Es tremendo y catastrófico el que las cosas no salgan como uno quiere.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y no tenemos capacidad para controlar los trastornos que nos produce.
6. Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieto/a y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor.
7. Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida que afrontarlas. La vida tiene que ser fácil.
8. Dependemos de los demás por lo que necesito tener a alguien más fuerte que yo en quien poder confiar y de quien depender.
9. El pasado me determina. Algo que me ocurrió una vez y me conmociono, debe seguir afectándome indefinidamente.
10. Debo preocuparme constantemente por los problemas de los demás.
11. Existe una solución perfecta para los problemas humanos y es catastrófico si no se encuentra.

El ABC de la TRE

Albert Ellis, desarrolla en la terapia racional emotiva el modelo ABC, consiste en un procedimiento cognitivo que explica como las consecuencias psicológicas son derivadas de los procesos de pensamiento, a su vez, los principios de este modelo son usados para la modificación de las respuestas en el individuo. Los elementos que Ellis considera en el modelo son el acontecimiento activador, los pensamientos o creencias y las consecuencias.

Acontecimiento Activador. Es el punto A, del modelo, el hecho que ocurre o se propicia para que ocurra, porque puede provenir tanto del mundo exterior como de nuestro mundo interior; puede ser algo apreciable a simple vista o algo que no tiene concreción determinada (puede ser un accidente de carretera o una preocupación por un familiar enfermo o por algo que pueda suceder; una discusión con otra persona o un problema de relación con alguien a quien se quiere evitar...). Estos acontecimientos pueden ser históricos, actuales o temporales.

Pensamientos y Creencias. Es el punto B del modelo y consiste en las creencias irracionales o racionales sobre el suceso activador. Según Ellis, las creencias irracionales derivan en perturbaciones o trastornos psicológicos, y las creencias racionales derivan en salud psicológica.

Consecuencias emocionales y conductuales. Es el punto C del modelo, Son las respuestas físicas, cognitivas o de conducta resultantes de la interacción entre el evento activador y las creencias.

Dichas variables del modelo actúan de forma circular y reciproca.

Con referencia a la drogodependencia, existen muchos factores de pensamiento que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, cuya manifestación abierta son los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas.

Marlatt (1985) describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones. La autoeficacia se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo como por ejemplo “yo puedo decir NO a las drogas”, y un ejemplo de autoeficacia baja sería por ejemplo: “NO puedo pasar un día sin drogas, estos niveles de autoeficacia bajos se asocian con recaídas.

Los resultados esperados se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia o una actividad adictiva. Entre más positivos sean los resultados esperados, más probabilidades tiene la persona de continuar con su uso. Las atribuciones de causalidad se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de una droga es atribuible a factores externos o internos. Marlatt (1985) explica que las creencias externalizadas es muy probable que acaben de producir un uso continuado de las drogas, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control, ocurre cuando un individuo ha usado drogas después de un periodo de abstinencia y atribuye su recaída a la presión de su grupo o que no tiene voluntad para abstenerse.

Marlatt (1985) también describe el abuso de sustancias y la recaída como un proceso cognitivo de toma de decisiones, demostró que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en cuanto que conduce al uso posterior de sustancias. Algunas decisiones que al principio parecen irrelevantes acaban por inducir una recaída, por ejemplo situarse con un grupo de personas consumidoras, o en una sala de fumadores.

El modelo cognitivo de las adicciones es una forma de abordar los problemas de adicción que han aportado para la intervención y para su explicación. Toma relevancia desde el mismo momento en el que se hace conciencia de la situación, y su progreso depende en gran parte de cómo se perciba el problema y esto a su vez interferirá en como el individuo se adhiera al tratamiento y lo asuma.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es definida como “la conciencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que han recibido (Epstein y Cluss, 1998)” al ser esta una de los problemas más importantes con que cuentan los profesionales de la salud en el no cumplimiento de los regímenes prescritos por parte de los pacientes.

Para David F. Marks et.al (2008) la adherencia al tratamiento es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento.

Citado por Medina, A. Arce, L. Rengifo K, (2009).

Los problemas en la adherencia al tratamiento son mayores en personas con enfermedades crónicas y en aquellas que requieren cambios de hábitos o estilos de vida

según Correa (2002) basado en los planteamientos hechos por Meichenbaum y Turk (1991). Citado por Medina, A. Arce, L. Rengifo K, (2009).

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar barreras o dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Frente al tratamiento de las adicciones y la adherencia al mismo, los esfuerzos que se realizan son incompletos si no se considera el tema de la motivación. Miller y Rollinck (1991) se centraron en este tema, explicando que muchos adictos tienen pensamientos auténticamente contradictorios acerca de cambiar (antes que ejercer poca resistencia, tener poca voluntad o problemas de carácter). Los autores consideran la motivación como un “estado de predisposición o anhelo apremiante a cambiar, que fluctuaría de un momento a otro y de una situación a otra.

Tradicionalmente se consideraba el tratamiento de una conducta adictiva como el paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a otro de cambio permanente de abstinencia. Sin embargo, en la actualidad se sabe que una conducta adictiva no se caracteriza por un estado de todo o nada sino que, más bien, sigue un proceso de cambio con una serie de etapas o estadios que tienen lugar a lo largo del tiempo, desde que el individuo empieza a reconocer que tiene un problema, pasando por las distintas fases del tratamiento, hasta alcanzar una abstinencia mantenida en el tiempo.

Prochaska, Norcross y Di Clemente, 1992, proponen seis estadios por los cuales pasan las personas con conductas adictivas: 1) Precontemplación, 2) Contemplación, 3) Preparación, 4) Actuación, 5) Mantenimiento y 6) Recaída.

Precontemplación. Los adictos que se encuentran en esta etapa no creen tener un problema adictivo y no reconocen la posibilidad de acudir a tratamiento. es más probable que las personas cercanas reconozcan el problema mejor que el propio individuo. En este estadio el aspecto crítico es aumentar la toma de conciencia del individuo sobre su adicción y hacerle ver la necesidad de plantearse su problema para lograr un cambio en su estilo de vida.

Contemplación. Los individuos en este estadio tienen un mayor nivel de concienciación de su problema, han considerado la opción de cambiar aunque al preguntarles, normalmente la rechazan. En esta etapa se caracterizan por la ambivalencia, que puede definirse como un estado mental en el que coexisten sentimientos contradictorios sobre continuar con la adicción o dejarla (Miller y Rollnick, 1991)

Preparación. Esta etapa se caracteriza por la decisión de emprender una serie de pasos, como por ejemplo, iniciar un programa de tratamiento para superar la adicción. Los pacientes combinan criterios intencionales y conductuales realizando pequeños cambios que no cumplen los criterios para determinar su paso al siguiente estadio.

Actuación. los individuos que se encuentren en este estadio están preparados para llevar a cabo un plan terapéutico específico. El adicto inicia la puesta en práctica de una

serie de procedimientos de intervención dirigidos a alcanzar la abstinencia y la modificación del estilo de vida. Esta etapa puede tener una duración de tres a seis meses. **Mantenimiento:** en esta etapa el adicto se caracteriza por la generalización de la abstinencia a otras drogas y por el mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida, y fundamentalmente, por el aprendizaje del manejo de las crisis y recaídas. Se intentan consolidar los nuevos hábitos de comportamiento a nivel cognitivo, conductual, emocional y social.

Recaída. El fenómeno de las recaídas va a estar presente tanto en la etapa de actuación como en la de mantenimiento, lo importante es espaciarlas hasta alcanzar la abstinencia.

La persona puede intercalar etapas de cambio en su proceso de recuperación, y dependiendo principalmente de la motivación para el cambio, se establece la adherencia al tratamiento. La importancia de analizar el estadio de cambio en el que se encuentra el adicto al iniciar el programa de intervención, es determinante a la hora de incidir de forma más apropiada en su nivel de motivación y en su proceso terapéutico a lo largo del tratamiento.

Marco Conceptual

Las nociones que dirigen esta indagación, se giran alrededor de cuatro conceptos fundamentales: Comunidad terapéutica, adicción, Distorsiones cognitivas y adherencia al tratamiento.

Comunidad Terapéutica: espacio metodológico de autoayuda que ofrece un tratamiento integral para la adicción a las sustancias psicoactivas y sus problemas relacionados, donde los residentes facilitan los procesos de cambio. (Arroyabe Ramón

2011). Las comunidades terapéuticas son centros residenciales en los que se trabaja la rehabilitación, a través de un programa terapéutico, en régimen de internamiento, separados del medio habitual de la persona, suelen ser ubicados en zonas rurales, pero también los hay en los núcleos urbanos. (Lorenzo, 2003).

Adicción: Luna José Arturo, 2005, cita la definición de adicción a sustancias según Pérez, como la dependencia de una persona hacia aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central y que modifican el campo de la conciencia del sujeto. Para la APA (DSM-IV TR), la drogodependencia se caracteriza por: "...un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella...y existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia".

Distorsiones cognitivas: serie de errores en el procesamiento de la información. Estas distorsiones por una parte facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio externo, y por otra, permiten mantener la validez de sus creencias negativas sobre ellos mismos, el mundo y el futuro.

Adherencia al tratamiento: La adherencia al tratamiento es definida como "la conciencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que han recibido (Epstein y Cluss, 1998)" al ser esta una de los problemas más importantes con que cuentan los profesionales de la salud en el no cumplimiento de los regímenes prescritos por parte de los pacientes. Para David F.

Marks et.al (2008) la adherencia al tratamiento es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento.

Marco Legal

La Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos y el Instituto de Formación Toribio Maya Popayán, asume la normativa legal internacional y nacional vigente para Colombia en materia de niñez y adolescencia, la cual conjuntamente con los principios filosóficos y pedagógicos que enmarcan el modelo Amigoniano para la atención y formación integral, orientan las decisiones y prácticas que la institución desarrolla en favor de la niñez, la adolescencia y la familia.

Este tiene su punto de partida en la Convención Internacional de los Derechos de la Niñez (CIDN) de 1989, ratificada mediante la ley 12 de 1991, y demás normativa internacional que en materia de niñez y adolescencia representan la expresión de acuerdos e intenciones de la comunidad internacional y por lo tanto aplicables y de obligatorio cumplimiento no sólo en razón de la adhesión que hace el Estado Colombiano como país miembro de la Organización de las Naciones Unidas – ONU, sino en la medida en que se conviertan en costumbre internacional.

Además de la Convención Internacional de los Derechos de la Niñez (CIDN), la cual hace parte del bloque de constitucionalidad para garantizar el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos de la niñez y la adolescencia en Colombia, existen otros instrumentos internacionales que sin tener la fuerza vinculante que tienen para el Estado los tratados, son aplicables por las razones antes mencionadas.

Entre estos instrumentos que son referentes para la aplicabilidad en los programas de atención en medio social y comunitaria están:

Las Reglas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores - Reglas de Beijing (1985),

Las Reglas de las Naciones Unidas para la Prevención de la delincuencia Juvenil - Reglas de Riadh (1990).

Dichos instrumentos definen los principios, mecanismos y procedimientos que se constituyen en patrones de referencia y orientación para las autoridades involucradas en la administración del sistema de justicia para los adolescentes que entran en conflicto con la ley, así como la prevención de la delincuencia juvenil, señalando además la obligatoriedad del Estado de incorporar los principios de estas Reglas a la legislación interna y por tanto su adecuación al ordenamiento internacional señalado por la CIDN, estableciendo formas de seguimiento y control para su aplicación particularmente en los escenarios de actuación socioeducativa que son objeto de la aplicación de las “medidas no privativas de la libertad”.

Existen igualmente otros instrumentos que en el marco de la protección integral de la CIDN son aplicables a los niños (as) y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados o están en riesgo de serlo porque son menores en situación de trabajo y de explotación laboral. Dichos instrumentos son:

El Convenio 182 de la Organización Internacional del trabajo – OIT sobre las peores formas de trabajo infantil, y

El Convenio 138 sobre la edad de admisión al empleo.

En el marco de la normativa nacional en materia de niñez y adolescencia se destacan la Constitución Política de Colombia de 1991 (CP), la Ley de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006), la Ley General de educación (Ley 115 de 1994),

decretos reglamentarios y demás lineamientos establecidos por el Estado Colombiano para regular los procesos de protección, prevención, educación y reeducación de la población menor de 18 años, como son los Lineamientos Técnico Administrativos y Estándares de Estructura de los Servicios de Bienestar en Protección (versión 2004 – 2006) y Lineamientos Técnico Administrativos para la atención de adolescentes en el Sistema de Responsabilidad Penal en Colombia (versión 2007) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.

De manera breve se abordará la normativa vigente en el Estado Colombiano, tratando de resaltar los aspectos fundamentales que dan soporte al Proyecto de Atención Institucional - PAI y Proyecto Educativo Institucional – PEI de la Oficina de Pastoral para la Niñez y la Familia – OPAN y dan soporte legal a las propuestas, programas y proyectos de atención a la niñez y la adolescencia en medio Social comunitario.

La Convención Internacional de los Derechos de la Niñez (CIDN)
Por medio de la Ley 12 de 1991 el Congreso de la República aprobó la Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. En consecuencia, la Convención se constituye en un tratado vinculante que obliga al Estado Colombiano a respetarla y cumplirla a partir de la fecha de su publicación, el 28 de enero de 1991 y de esta manera garantizar el compromiso mundial por y para la infancia.

Entre algunos de los aspectos que se señalan en la CIDN encontramos:

El concepto de Niño entendido como “Todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Art. 1), así como el desarrollo que hace la Convención sobre el conjunto de

derechos humanos que les corresponden a los niños (as) y adolescentes en todas partes del mundo, señalando una serie de normas mínimas que los Estados deben cumplir en materia de promoción, defensa, garantía y restitución de los derechos de la infancia. De igual manera, la interpretación internacional de los derechos del Niño agrupa el conjunto de derechos expresados en la convención en cuatro (4) grandes áreas de derechos, los cuales son referentes para su identificación, caracterización y categorización, tales como:

Área de vida y supervivencia,

Área de Desarrollo y la Educación.

Área de Protección

Área de Participación.

Así mismo, cabe resaltar el reconocimiento que a través de la Convención se hace sobre los niños y las niñas como “Sujetos de derechos” y por ende su participación activa en las decisiones que les afectan (Arts. 12, 31, 33 y 36), independientemente de su situación o condición de vulnerabilidad, conflicto y exclusión social en la que se encuentren, pues el conjunto de derechos son garantías otorgadas a la infancia y por lo tanto, son válidos para todos los niños y niñas.

De esta manera, la CIDN se constituye en una doctrina jurídico social y ética no solo para Colombia sino para América Latina y el resto del mundo -hablando de los Estados parte que han ratificado este compromiso con la infancia- y que nos obliga a adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para generar una cultura a favor de la infancia y la adolescencia, donde realmente se tenga en cuenta “el interés superior del niño” y se asuma la “prevalencia de los derechos de los niños”

sobre los de los demás, marcando un nuevo paradigma y enfoque de trabajo por y para la niñez a partir de la doctrina de la protección integral.

Finalmente no podemos desconocer que la Convención ofrece elementos innovadores que permiten orientar a las entidades públicas y privadas para el desarrollo de políticas públicas que garanticen la supervivencia y participación de la niñez y la adolescencia a través del desarrollo de acciones y estrategias de promoción, prevención, rehabilitación, reeducación y protección especial, así como para movilizar a los diversos actores sociales en la promoción de una cultura incluyente y de respeto a los derechos de los niños (as) y adolescentes.

Constitución Política de Colombia de 1991 (CP)

Colombia es reconocida como un Estado social de derecho a través de su carta magna (Art. 1), la cual establece entre los fines esenciales del Estado (Art.2): Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes que se consagran en este documento; facilitar la participación de todos en las decisiones que afectan la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación, así como mantener la integridad, asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo, entre otros.

En el marco de dichos fines, la CP reafirma y profundiza para el país los postulados de la Convención Internacional de los Derechos de la Niñez (CIDN), definiendo en los artículos 13, 44, 45, 50 y 67 algunos aspectos fundamentales relacionados con la niñez y la adolescencia y el reconocimiento de sus necesidades de protección, trato digno en razón de su edad y condición, así como de sus derechos y garantías.

Art. 13. Declara que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación...” “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física y mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos y maltratos que contra ella se cometan”.

Art. 44. Establece que “son derechos fundamentales de los niños: La vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, a tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.” Así mismo define que “Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral abuso, maltrato e explotación, a la vez que gozarán de los derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia”. De igual manera establece que “La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”.

Art. 45. Consagra que “el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizarán la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”.

Art. 50. Determina que “todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”.

Art. 67. Define “la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social”.

Los Fines de la Educación (Ley 115 de 1994 – Ley General de Educación))

Los fines de la educación en Colombia reflejan la filosofía, las políticas e intencionalidad que el Estado Colombiano plantea para la educación formal, no formal e informal, los cuales están contemplados en la Ley general de educación (Título I, art. 5), y deben desarrollarse atendiendo a los siguientes fines:

"El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que la que le imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos.

La formación en el respeto a la vida y a los derechos humanos, a la paz, a los principios democráticos, de convivencia, pluralismo, justicia, solidaridad y equidad, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad.

La formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

La formación en el respeto a la autoridad legítima y a la ley, a la cultura nacional, a la historia colombiana y a los símbolos patrios.

La adquisición y generación de los conocimientos científicos y técnicos más avanzados, humanísticos, históricos, geográficos y estéticos, mediante la apropiación de hábitos intelectuales adecuados para el desarrollo del saber.

El estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad.

El acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura, el fomento de la investigación y el estímulo a la creación artística en sus diferentes manifestaciones.

La creación y fomento de una conciencia de soberanía y para la práctica de la solidaridad y la integración con el mundo, en especial con Latinoamérica y con el Caribe.

El desarrollo de la capacidad crítica, reflexiva y analítica del espíritu científico que fortalezca el desarrollo científico y tecnológico nacional, orientado con prioridad al mejoramiento cultural y de la calidad de vida de la población, a la participación en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas y al progreso social y económico del país.

La adquisición de una conciencia para la conservación, protección y mejoramiento del medio ambiente, de la calidad de vida, del uso racional de los recursos naturales, de la prevención de desastres, dentro de una cultura ecológica y el riesgo y la defensa del patrimonio cultural de la Nación.

La formación en la práctica del trabajo, mediante los conocimientos técnicos y habilidades, así como en la valoración del mismo como fundamento del desarrollo individual y social.

La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre, y

La promoción en la persona y en la sociedad de la capacidad para crear, investigar, adoptar la tecnología que se requiera en los procesos de desarrollo del país y le permita al educando ingresar al sector productivo." (Ley 115 de 1995, Título I, art. 5).

Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006).

Mediante la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006 se sanciona en Colombia la Ley de Infancia y Adolescencia, la cual conforma el manual jurídico que establece los principios, normas, autoridades competentes, así como los procedimientos administrativos y judiciales para la protección de los niños (as) y adolescentes que contempla tres libros:

- I. La Protección Integral.
- II. El Sistema de Responsabilidad para Adolescentes y Procedimientos especiales para cuando los niños (as) y adolescentes son víctimas de delitos, y
- III. El Sistema Nacional de Bienestar Familiar, Políticas Públicas e Inspección, Vigilancia y Control.

Estos a su vez desarrollan los principios y definiciones, derechos y libertades, garantías y medidas de restablecimiento de derechos, autoridades competentes, así como los procedimientos administrativos y judiciales que regulan la protección integral de los niños (as) y adolescentes cuando se encuentran en situación de vulneración de sus derechos, como de los adolescentes mayores de 14 años y menores de 18 que incurrir en la comisión de delitos.

Entre los aspectos planteados en el Código de la Infancia y la Adolescencia y que se constituyen en referentes socio legales que orientan el Proyecto de Atención Integral (PAI), así como el Proyecto Educativo Institucional (PEI) desarrollados en los programas de atención en medio social comunitario de la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos – Oficina de Pastoral para la Niñez y la Familia - OPAN destacamos los siguientes:

Libro I. La protección integral.

Aplica para los programas de atención cuya población beneficiaria son los niños (as) y adolescentes menores de 18 años, que son referenciados, remitidos y vinculados por el Defensor de Familia y a quienes se les ha declarado medida de Protección por encontrarse en situación de amenaza y vulneración de sus derechos.

1. Establece la finalidad de la Ley 1098 de 2006: “Garantizar a los niños (as) y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (Art. 1).
2. Define como sujetos titulares de derechos a todas las personas menores de 18 , entendiéndose por niño o niña a las personas entre 0 y 12 años y por adolescente a la persona entre 12 y 18 años de edad (Art. 3).
3. Establece los principios y definiciones que orientan el marco ético y conceptual en el proceso de protección y restablecimiento de derechos, tales como: La Protección Integral, el interés superior de los niños (as) y adolescentes, prevalencia de sus derechos, corresponsabilidad, exigibilidad de derechos, perspectiva de género y responsabilidad parental (Arts. 7 -14).

4. Determina los Derechos y libertades (Arts. 17 - 37) los cuales desarrollan los derechos de la niñez planteados en la Convención:

- Derecho a la vida y a la calidad de vida y aun ambiente sano.
- Derecho a la integridad personal.
- Derecho a la rehabilitación y la resocialización.
- Derechos de protección.
- Derecho a la libertad y seguridad personal.
- Derecho a tener una familia y a no ser separado de ella.
- Custodia y cuidado personal.
- Derecho a los alimentos.
- Derecho a la identidad.
- Derecho al debido proceso.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la educación.
- Derecho al desarrollo integral en la primera infancia.
- Derecho a la recreación, participación en la vida cultural y en artes
- Derecho a la participación de los niños, las niñas y los adolescentes
- Derecho de asociación y reunión.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a la información.
- Edad mínima de admisión al trabajo y derecho a la protección laboral de los adolescentes autorizados para trabajar
- Derechos de los niños, niñas y los adolescentes con discapacidad.

- Libertades fundamentales.

5. Define las Garantías de derechos y Prevención a partir del establecimiento de las Obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado (Arts. 38 a 49), las Medidas de restablecimiento de los derechos (Arts. 50 a 78), las autoridades competentes (Arts. 79 a 95), así como el procedimiento administrativo (Arts. 96 a 118) y judicial (Arts. 119 a 138) para el restablecimiento de derechos en temas relacionados con adopciones, alimentos, reconocimiento de paternidad autorización para el trabajo de adolescentes, permiso para salir del país, restitución internacional de niños, niñas o adolescentes, entre otros.

Es de meritoria importancia resaltar los Arts. 52 y 53 a saber:

Art. 52 Verificación de garantías de derechos, para lo cual “en todos los casos la autoridad competente deberá, de manera inmediata, verificar el estado de cumplimiento de cada uno de los derechos de los niños (as) y adolescentes...” “Se deberá verificar:

1. El Estado de salud física y psicológica.
2. Estado de nutrición y vacunación.
3. La Inscripción en el registro civil de nacimiento.
4. La Ubicación de la familia de origen.
5. El Estudio del entorno familiar y la identificación tanto de elementos protectores como de riesgo para la vigencia de los derechos.
6. La vinculación al sistema de salud y seguridad social.
7. La vinculación al sistema educativo”.

Art. 53. Medidas de restablecimiento de derechos:

1. Amonestación con asistencia obligatoria a curso pedagógico.

2. Retiro inmediato del niño, niña o adolescente de la actividad que amenace o vulnere sus derechos o de las actividades ilícitas en que se pueda encontrar y ubicación en un programa de atención especializada para el restablecimiento del derecho vulnerado.

3. Ubicación inmediata en el medio familiar.

4. Ubicación en centros de emergencia para los casos en que no procede la ubicación en los hogares de paso.

5. La adopción.

6. Además de las anteriores. Se aplicarán las consagradas en otras disposiciones legales o cualquier otra que garantice la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

7. Promover las acciones policivas administrativas o judiciales a que haya lugar.

8. Entre las autoridades competentes para el restablecimiento de los derechos de los niños (as) y adolescentes, acorde con lo establecido en la Ley 1098 de 2006 están: Las Defensorías de Familia, las Comisarías de Familia, La Policía Nacional y en especial la Policía de Infancia y Adolescencia, y el Ministerio Público integrado por la Procuraduría General de la Nación, La Defensoría del Pueblo y las Personerías distritales y municipales, para lo cual los Arts. 79 a 95 señalan las calidades, deberes y funciones entre otras.

9. Con respecto a los procedimientos que se siguen cuando se vulneran los derechos de los niños (as) y adolescentes estos se dan en dos niveles:

Los Procedimientos Administrativos, los cuales definen como autoridad competente al Defensor de Familia, Comisario de Familia o Inspector de Policía, están

orientados al restablecimiento de los derechos. Este procedimiento puede durar máximo seis (6) meses y establece las actuaciones para la práctica de pruebas y demás diligencias tendientes a proteger a los niños (as) y adolescentes cuando sus derechos han sido vulnerados; igualmente se toman las medidas de protección a su favor.

Los Procedimientos Judiciales los realiza el Juez de Familia con el fin de adoptar las medidas de protección para los niños (as) y adolescentes a quienes se les han vulnerado sus derechos y por lo tanto se encarga de: a) Revisar las decisiones del Defensor de Familia o Comisario de Familia; y b) Resolver las situaciones de restablecimiento de derechos cuando el Defensor de Familia o el Comisario de Familia han perdido su competencia, esto es, después de seis (6) meses.

10. Respecto a los adolescentes trabajadores el Código señala, además de definir en el art. 35 la edad mínima de admisión al trabajo (A partir de los 15 años) y el derecho a la protección laboral de los adolescentes autorizados para trabajar, los Arts. 113 a 118 relacionados con la autorización para trabajar, la jornada de trabajo, salario, derecho a la maternidad, prohibición de realizar trabajos peligrosos y nocivos, así como las garantías especiales para el adolescente indígena autorizado para trabajar.

Libro II. El Sistema de Responsabilidad para Adolescentes – SRPA y

Procedimientos especiales para cuando los niños, niñas y adolescentes son víctimas de delitos.

En materia de Justicia penal juvenil, para aquellos adolescentes a los que se les acuse de haber infringido la ley, la Convención de los Derechos del niño prevé la

creación de un sistema de justicia especializado, para lo cual, la ley 1098 de 2006 en el libro II da respuesta.

Este sistema “pretende ofrecer todas las garantías procesales a los adolescentes que infringen la ley penal en cumplimiento de las normas nacionales e internacionales, al tiempo que explicita la responsabilidad del adolescente frente al hecho delictivo, los derechos de las víctimas que establece el modelo de justicia restaurativa y la intencionalidad pedagógica de las medidas”. (Anexo de Lineamientos ICBF – SRPA de marzo de 2007).

Por lo tanto, los planteamientos definidos en este libro, aplica para los programas de atención cuya población usuaria son los adolescentes entre 14 y 18 años que son remitidos y vinculados por el Juez Penal de Adolescentes y a quienes se les ha declarado Sujetos de Responsabilidad Penal para el cumplimiento de las medidas No privativas de la Libertad: Libertad Vigilada, Prestación de servicios a la comunidad y medio Semicerrado.

Entre los postulados allí desarrollados se resaltan los siguientes:

1. Se define el Sistema de Responsabilidad para Adolescentes – SRPA como el conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que intervienen en la investigación y juzgamiento de los delitos cometidos por personas que tengan entre 14 y 18 años al momento de cometer el hecho punible (Art.139).
- 2 Su finalidad “tanto del proceso como en las medidas que se tomen son de carácter pedagógico, específico y diferenciado del sistema de adultos, conforme a

la protección integral. El proceso deberá garantizar la justicia restaurativa, la verdad y la reparación del daño” (Art.140).

3. Determina la exclusión de la responsabilidad penal a las personas menores de 14 años, las cuales “no serán juzgadas ni declaradas responsables penalmente, ni privadas de la libertad, bajo denuncia o sindicación de haber cometido una conducta punible“. De igual manera define la exclusión de la responsabilidad penal a “las personas mayores de 14 y menores de 18 años con discapacidad psíquica o mental, pero se les aplicará la respectiva medida de seguridad. Estas situaciones deben probarse debidamente en el proceso, siempre y cuando la conducta punible guarde relación con la discapacidad” (Art.142).

4. Así mismo, en el caso de la persona menor de 14 años que incurra en la comisión de un delito “sólo se le aplicarán medidas de verificación de la garantía de derechos, de su restablecimiento y deberán vincularse a procesos de educación y de protección dentro del Sistema Nacional de Bienestar Familiar – SNBF, los cuales observarán todas las garantías propias del debido proceso y el derecho de defensa” (Art.143).

5. Establece los procedimientos aplicables en el sistema, el cual salvo algunas reglas especiales definidas en este libro, se rige por la ley 906 de 2005 que establece el Sistema penal acusatorio, exceptuando las que sean contrarias al interés superior del adolescente (Art. 144 ss.).

6. Define la competencia del Defensor de Familia en el Sistema de Responsabilidad para Adolescentes – SRPA, cual es acompañar al adolescente en

todas las actuaciones del proceso y en las etapas de indagación, investigación y del juicio para verificar la garantía de sus derechos (Art. 146).

7. Determina las autoridades y entidades competentes en el SRPA (Art. 163), las cuales estarán conformadas por:

- Los Fiscales Delegados ante los Jueces Penales para adolescentes para la dirección de las investigaciones.
- Los Jueces Penales de Adolescentes, Promiscuos de Familia y Municipales que cumplirán funciones judiciales.
- Las Salas Penales y de Familia de los Tribunales Superiores del Distrito Judicial que integrarán la Sala de Asuntos Penales para adolescentes, ante quienes procede la segunda instancia.
- La Corte Suprema de Justicia, la Sala de Casación Penal, ante la cual se tramitará el recurso extraordinario de casación y la acción de revisión.
- La Policía Judicial y el Cuerpo Técnico Especializados adscritos a la Fiscalía delegada
- Ante los jueces Penales para adolescentes y Promiscuos de Familia.
- La Policía Nacional con su personal especializado.
- Los defensores públicos de la Defensoría del Pueblo, quienes asumen la defensa del niño, niña o adolescente cuando carezcan de apoderado.
- Las Defensorías de Familia del ICBF y las Comisarías de Familia, o los Inspectores de Policía, quienes tomarán las medidas para la verificación de garantía de derechos y las medidas para su restablecimiento.

- El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar quien define los lineamientos técnicos para la ejecución de las medidas pedagógicas.

8. Establece como parte de la finalidad del SRPA, la reparación del daño la cual consiste en la responsabilidad solidaria que asumen los padres o los representantes legales del adolescente que cometió el delito para reparar los daños o perjuicios a que haya lugar (Art. 170). La reparación del daño según la ley 1098, operará con base en “la aplicación preferente del principio de oportunidad” que las autoridades judiciales deben facilitar en todo momento para permitir la conciliación y la reparación integral de los daños; a la vez que se “realizará con el consentimiento de ambas partes y debe llevarse a cabo con una visión pedagógica y formativa mediante la cual el niño, niña o adolescente pueda tomar conciencia de las consecuencias de su actuación delictiva y de las responsabilidades que de ella se derivan” (Art. 174).

9. Desarrolla los derechos de los adolescentes durante su proceso judicial, entre los que se destacan:

1. Ser citados como testigos en los procesos penales que se adelanten contra los adultos y su declaración solo podrá ser tomada por el Defensor de Familia (Art. 150).
2. Derecho al debido proceso y a las garantías procesales tales como: la presunción de inocencia, asesoramiento, presencia de los padres o tutores, notificación de las imputaciones, a la defensa, a guardar silencio, confrontación con los testigos e interrogar a estos, a la apelación, entre otros (Art. 151).

3. Principio de legalidad: No podrá ser investigado, acusado, ni juzgado por acto u omisión, al momento de la ejecución del delito que no esté previamente definido en la ley vigente. Sólo podrá ser sancionado con la imposición de las medidas definidas en el Código de la Infancia y la Adolescencia (Art. 152).
 4. Principio de Inmediación: Ninguna actuación que se adelante en la etapa de juicio tendrá validez si no es adelantada directamente por el funcionario judicial (Art. 156).
 5. Prohibición de juzgamiento en ausencia del adolescente (Art. 158).
 10. Establece las sanciones aplicables a los adolescentes a quienes se les haya declarado su responsabilidad penal, las cuales deben cumplirse en programas de atención especializados del SNBF, así como responder a los lineamientos técnicos diseñados por el ICBF:
 - La amonestación.
 - La imposición de reglas de conducta.
 - La prestación de servicios a la comunidad.
 - La Libertad vigilada.
 - Internación en medio semicerrado.
 - La privación de libertad en centro de atención especializado (Art. 177).
- Así mismo establece que para la aplicación de todas las sanciones la autoridad competente deberá asegurar que el adolescente esté vinculado al sistema educativo y corresponderá al Defensor de Familia o quien haga sus veces el control del cumplimiento de esta obligación y verificar la garantía de derechos” (Art. 177 párrafo 1).

11. Señala la finalidad de las sanciones: “Protectora, educativa y restaurativa, y se aplicarán con el apoyo de la familia y de especialistas” (Art. 178).

12. Determina los Derechos de los adolescentes durante la ejecución de las sanciones:

- “Ser mantenido preferentemente en su medio socio familiar, siempre y cuando este reúna las condiciones requeridas para su desarrollo.
- Recibir información sobre el programa de atención especializada en el que se encuentre vinculado durante las etapas previstas para el cumplimiento de la sanción.
- Recibir servicios sociales y de salud por personas con la formación profesional idónea, y continuar su proceso educativo de acuerdo con su edad y grado académico.
- Comunicarse de manera reservada con su apoderado o defensor público, con el Defensor de Familia, con el Fiscal y con la autoridad judicial.
- Presentar peticiones ante cualquier autoridad y a que se le responda.
- Comunicarse con sus padres, representantes o responsables, salvo prohibición expresa de autoridad judicial.
- A que su familia sea informada sobre los derechos que a ella y al adolescente le corresponden” (Art. 180).

La comunidad terapéutica éxodo se rige según los lineamientos establecidos por el instituto colombiano de bienestar familiar en los lineamientos técnicos para el programa especializado de atención a niños, niñas adolescentes consumidores de sustancias

psicoactivas. En los lineamientos contempla la opción el internamiento para la población con conductas de abuso de sustancias o dependencia a las mismas.

El proceso terapéutico, según el lineamiento, tiene una duración de 12 meses, se desarrollará en 3 momentos de atención:

1. Acogida
2. Tratamiento
3. Post institucional

Diseño Metodológico

Tipo de investigación

Investigación Mixta: Mediante la cual se logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, efectuando indagaciones más dinámicas. “Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno”. Chen, 2006; Johnson et al. 2006

Población y Muestra

El universo del estudio son 40 adolescentes. La población informante es una Muestra 10 adolescentes, internos en la comunidad terapéutica éxodo, de edades entre los 15 y los 16 años que se encuentran en el nivel de integración de la etapa de acogida y del nivel de exploración, primera instancia de la etapa de tratamiento, según los datos de la comunidad terapéutica, son los dos niveles con mayor índice de deserción del tratamiento.

Los adolescentes se encuentran bajo medida de protección, consumo de sustancias psicoactivas, su ingreso es de carácter voluntario y permanecen alrededor de un año. Antes de la aplicación del instrumento, se realizó un acercamiento con la población, para indagar su situación en el proceso, y momento actual en el tratamiento, así mismo se permitió con el espacio el conocimiento mutuo y expectativas frente al estudio.

Instrumento

Se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), (Ruiz y Lujan 1996).

El Inventario de Pensamientos Automáticos es un cuestionario desarrollado por los psicólogos españoles, Juan Ruiz y José Lujan (Ruiz, 1996), a partir de las descripciones hechas por McKails (1985). Diseñado para medir 15 distorsiones cognitivas. Los autores del inventario de pensamientos automáticos han encontrado que éste es útil para medir depresión y ansiedad y trastornos asociados como el consumo de sustancias (Ruiz, 2003). El Inventario permite obtener una puntuación por tipo de distorsiones cognitivas que resulta de sumar los 3 ítems que comprende cada distorsión, cuyo puntaje oscila con un mínimo de cero y un máximo de nueve puntos (mm. = 0, máx. = 9). Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que “a menor puntuación, muestran ausencia de Distorsiones Cognitivas” y “a mayor puntuación, presentan tendencia a padecer Distorsiones Cognitivas. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

Está conformado por 45 reactivos, que contienen afirmaciones a la que las personas responden: Nunca pienso eso, Algunas veces lo pienso, Bastante veces lo pienso, Con mucha frecuencia lo pienso de acuerdo a la forma de pensar o como se ajusta a su realidad.

Las distorsiones cognitivas evaluadas por el instrumento son:

Filtraje: la persona se enfoca casi exclusivamente en las cosas negativas y rara vez en las positivas. Por ejemplo: "mire todas esas personas que no me quieren".

Pensamiento polarizado: Valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.

Sobregeneralización: Sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente. Si ocurre algo malo en una ocasión, se espera que ocurra una y otra vez.
Interpretación del pensamiento: Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

Visión catastrófica: Adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.

Personalización: Hábito de relacionar los hechos del entorno con uno mismo, sin base suficiente.

Falacia de control: Las personas con esta distorsión suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida.

Falacia de justicia: Costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.

Razonamiento emocional: Tendencia a creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.

Falacia de cambio: Tendencia a considerar que son los otros quienes han de cambiar primero su conducta.

Etiquetas globales: Consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.

Deberías: Hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.

Culpabilidad: Atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a sí mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.

Falacia de razón: Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.

Falacia de recompensa divina: Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la dificultad mejorara mágicamente en el futuro. (Gómez, 2011)

Procedimiento

1. Planteamiento del tema de investigación, identificando los hechos que afectan el problema
2. Recopilación de antecedentes/ estado de arte.
3. Definir los objetivos
4. Organizar y precisar un enfoque teórico cognitivo para fundamentar el marco teórico
5. Identificar la población para posteriormente, definir y seleccionar los criterios de inclusión de la muestra,
6. Seleccionar el instrumento y definir las normas de aplicación y de puntuación
7. Convocatoria a las personas seleccionadas de la institución (*firma del consentimiento informado*)

8. Analizar e interpretar los datos obtenidos dentro del enfoque conceptual
9. Elaborar el informe de resultados.
10. Entrega de informes y sustentación de la investigación

Los resultados se determinaron según dos categorías: ausencia de distorsiones cognitivas, calificación de 0 a 4, y presencia de distorsiones cognitivas de 5 a 9, según el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

Se realizó el análisis de distorsiones según cada afirmación, teniendo en cuenta los extremos de respuesta:

0 y 1 que corresponden a “nunca pienso eso” y “algunas veces lo pienso” que son indicadores de ausencia de distorsión.

2 y 3 que corresponden a “bastantes veces lo pienso” y “con mucha frecuencia lo pienso” respectivamente, que son indicadores de presencia de distorsión, y se realizó también un análisis general con la muestra de la población. Se determinó como indicador significativo para la población general, los puntajes que superan el 50% de la población.

Resultados

Tabla 3. Filtraje.

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
1	5 Personas	5 personas
16	8 personas	2 personas
31	7 personas	3 personas

Según los resultados obtenidos, el 50% de los participantes puntuó con indicador de distorsión cognitiva en la pregunta número 1, correspondiente a la afirmación de “no poder soportar ciertas cosas”. El 30 % en la afirmación “Ya vendrán mejores tiempos” y el 20% en la afirmación “Es horrible que me pase esto”

Tabla 4. Pensamiento Polarizado

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
2	7 personas	3 personas
17	10 personas	0 personas
32	9 personas	1 persona

En este ítem se encontró con presencia de distorsión el 30% de los participantes, alusivo a la afirmación 2, de “solo le ocurren malas cosas” con respecto al 70 % de personas que puntuaron con ausencia de distorsión, y el 10% en la afirmación “Soy incompetente e inútil”

Tabla 5. Sobregeneralización

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
3	7 personas	3 personas
18	7 personas	3 personas
33	7 personas	3 personas

En la variable de Sobregeneralización no hay una evidencia significativa de presencia de distorsión, según el número de la muestra, pues solamente el 30% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en las preguntas 3, 18 y 33.

Correspondiente a las afirmaciones: “Todo lo que hago me sale mal”, “Siempre tendré este problema” y “Nunca podre salir de esta situación” respectivamente.

Tabla 6. Interpretación del Pensamiento

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
4	6 Personas	4 Personas
19	8 Personas	2 Personas
34	9 Personas	1 Persona

En la interpretación del pensamiento, aunque no sobrepasa la mitad de la población, se destaca que el 40% de los participantes, puntuó alto en la afirmación 4, correspondiente a “se que piensan mal de mí”, el 20% en la afirmación “Sé que me están mintiendo y engañando” y el 10% en la afirmación “Quiere hacerme daño”.

Tabla 7. Visión Catastrófica

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
5	4 Personas	6 Personas
20	8 Personas	2 Personas
35	4 Personas	6 Personas

En el análisis de la visión catastrófica, el 60% de los participantes puntuó con indicador de distorsión cognitiva en las afirmaciones 5 y 35, correspondientes al temor de tener una enfermedad grave y de que a personas que quiere les pase algo malo. Aunque en el resultado general no se evidencia prevalencia de la distorsión se destaca estos temores debido a que suelen ser factores desmotivantes para su proceso, y algunos de los adolescentes se justifican con estas afirmaciones para suspender el tratamiento. El 20% de los participantes puntuó con distorsión en la afirmación 20, correspondiente a ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?, asociada con la pérdida de control, frecuente en la conducta adictiva.

Tabla 8. Personalización

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
6	7 Personas	3 Personas
21	8 Personas	2 Personas
36	9 Personas	1 Persona

En la personalización no se encontraron afirmaciones indicadoras de distorsión según la proporción de la población. El 30% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 6, “Soy inferior a la gente en casi todo”, el 20% en la afirmación 21, “Soy superior a la gente en casi todo” y el 10% en la afirmación “La gente hace las cosas mejor que yo”.

Tabla 9. Falacia de Control

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
7	7 Personas	3 Personas

22	4 Personas	6 Personas
37	6 Personas	4 Personas

En falacia de control se destaca que el 60% de los participantes presentan indicador de distorsión en la afirmación 22, correspondiente a sentirse responsable del sufrimiento de las personas que lo rodean. El 40% en la afirmación 37, “Soy una víctima de mis circunstancias”, y el 30% en la afirmación 7, “Si otros cambiaran si actitud yo me sentiría mejor”.

Tabla 10. Falacia de Justicia

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
8	9 Personas	1 Persona
23	7 Personas	3 Personas
38	10 Personas	0 Personas

En la falacia de justicia no se encontraron hallazgos significativos de distorsión con respecto al número de la muestra. El 30% puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 23, “Si me quisieran de verdad, no me tratarían así”, y el 10% en la afirmación 8, “No hay derecho a que me traten así”

Tabla 11. Razonamiento Emocional

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
9	9 personas	1 persona
24	2 personas	8 personas
39	9 personas	1 persona

En el razonamiento emocional aunque en el resultado global no marca tendencia de distorsión si se destaca en la afirmación 24, la tendencia a sentirse culpable por haber hecho “algo malo “en el 80% de los participantes. El 10% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 9, “Si me siento triste es porque soy un enfermo mental”, y el otro 10% en la afirmación 39, “Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo”

Tabla 12. Falacia de Cambio

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
10	7 Personas	3 Personas
25	6 Personas	4 Personas
40	7 Personas	3 Personas

En falacia de cambio, aunque no se obtuvo un puntaje representativo según la muestra, se destaca que el 40% de los participantes puntuaron con indicador de distorsión en la afirmación 25, correspondiente a “si tuviera más apoyo, no tendría estos problemas” el 30% en la afirmación 10, “Mis problemas dependen de los que me rodean” y el otro 30% en la afirmación 40, “Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas”

Tabla 13. Etiquetar Globales

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
11	7 Personas	3 Personas
26	8 Personas	2 Personas

41	9 Personas	1 Persona
----	------------	-----------

En la variable de etiquetas globales no se observa una tendencia significativa en los participantes, que indique la presencia de distorsión. El 30% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 11, “Soy un desastre como persona” el 20% en la afirmación 26, “Alguien que conozco es un imbécil”, y el 10% en la afirmación 41, “Soy un neurótico”

Tabla 14. Culpabilidad

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
12	6 Personas	4 Personas
27	7 Personas	3 Personas
42	8 Personas	2 Personas

En culpabilidad, el 40% de los participantes, puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 12, “Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa”, el 30% en la afirmación 27, “Otros tienen la culpa de lo que me pasa”, y el 20% en la afirmación 42, “Lo que me pasa es un castigo que me merezco”.

Tabla 15. Los Debería

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
13	6 Personas	4 Personas
28	4 Personas	6 Personas
43	9 Personas	1 Persona

En la variable los debería, el 60% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 28, “No debería cometer esos errores”, el 40% en la afirmación 13, “Debería de estar bien y no tener estos problemas”, y el 10% en la afirmación 43, “Debería recibir mas atención y cariño de otros”.

Tabla 16. Falacia de Razón

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
14	6 Personas	4 Personas
29	8 Personas	2 Personas
44	5 Personas	5 Personas

En la falacia de razón, el 50% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 44, “Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana”, el 40% en la afirmación 14, “Sé que tengo la razón y no me entienden”, y el 20% en la afirmación 29, “No quiere reconocer que, estoy en lo cierto”.

Tabla 17. Falacia de Recompensa Divina

Pregunta	Respuestas 0 Y 1	Respuestas 2 Y 3
15	3 Personas	7 Personas
30	1 Persona	9 Personas
45	3 Personas	7 Personas

En la de falacia de recompensa divina, el 90% de los participantes puntuó con indicador de distorsión en la afirmación 30, “Ya vendrán mejores tiempos”, el 70% en la

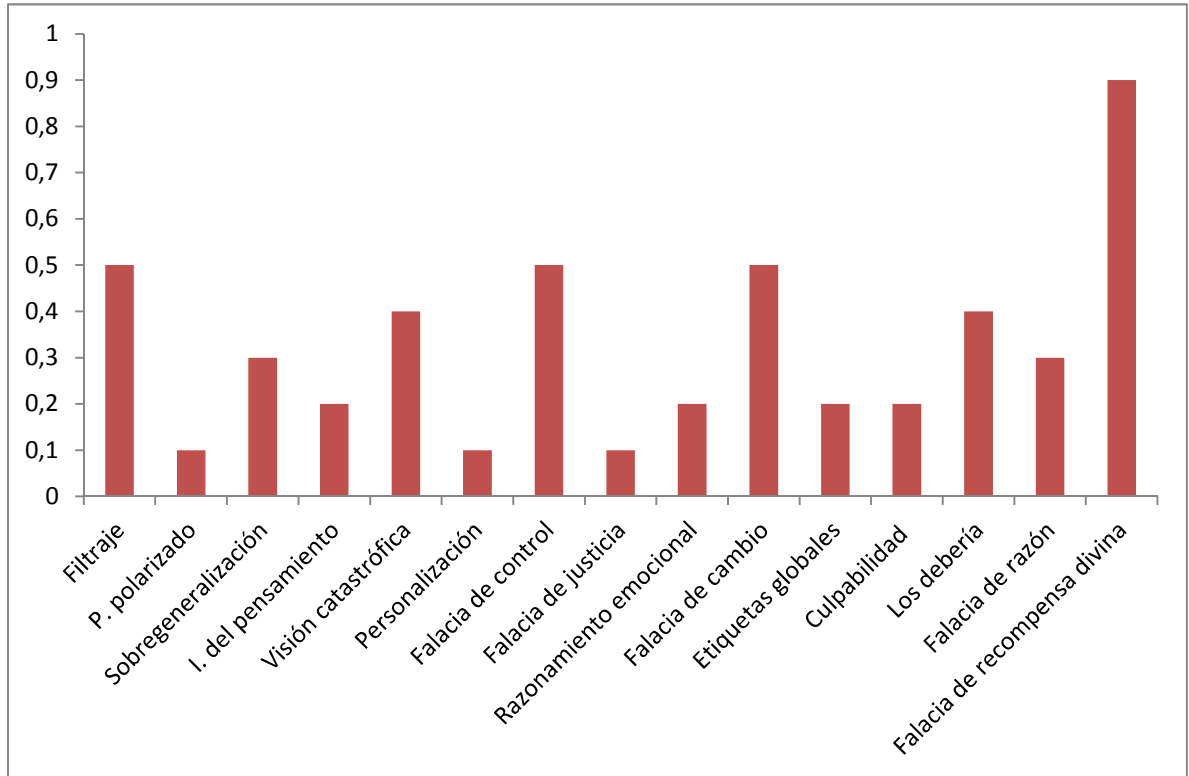
afirmación 15, “Aunque ahora sufre, algún día tendré mi recompensa”, y el 70% en la afirmación 45, “Tarde o temprano me irán las cosas mejor”

Puntuación Global

Tabla 18. *Número de Jóvenes: 10*

Distorsion	Numero De Jóvenes	Porcentaje
Filtraje	5	50%
Pensamiento polarizado	1	10%
Sobregeneralización	3	30%
Interpretación del pensamiento	2	20%
Visión catastrófica	4	40%
Personalización	1	10%
Falacia de control	5	50%
Falacia de justicia	1	10%
Razonamiento emocional	2	20%
Falacia de cambio	5	50%
Etiquetas globales	2	20%
Culpabilidad	2	20%
Los debería	4	40%
Falacia de razón	3	30%
Falacia de recompensa divina	9	90%

Figura 1. Distorsiones Cognitivas Aplicadas al Instrumento



Las distorsiones cognitivas más frecuentes en los participantes son en su orden:

Falacia de recompensa divina, filtraje, falacia de control, falacia de cambio, visión catastrófica y los debería.

Según la gráfica, se observa que la mayoría de los participantes presentan distorsión cognitiva de falacia de recompensa divina, que corresponde a la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la dificultad mejorara mágicamente en el futuro. Esto se relaciona con la tendencia que las personas tienen para empoderarse de su tratamiento y tomar decisiones orientadas al cambio, debido a que están a la espera de modificaciones en su comportamiento sin el esfuerzo que puede requerir el tratamiento de internado.

Se observa la tendencia de los participantes a manifestar la distorsión de filtraje, correspondiente a enfocarse casi exclusivamente en las cosas negativas y rara vez en las positivas, el resultado está relacionado principalmente con la idea de no poder soportar las cosas. Dicho pensamiento se asocia a creencias relacionadas con el alivio, donde predomina el pensamiento de que la utilización de drogas acabará con un estado de malestar determinado (Beck, 1979), en este caso presentado la mayoría de veces por la no tolerancia de los síntomas de síndrome de abstinencia y “craving”, aspectos habituales en esta etapa del tratamiento. Según Beck, los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece que llegan a ser más intensas cuando justamente deciden dejar de utilizar la droga. Estas creencias se centran en la anticipación del estado de privación “si no consumo, no seré capaz de soportar el dolor”.

También se considera la presentación de la distorsión falacia de control, que consiste en que las personas suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. En los participantes se evidencia este rasgo por la tendencia a culparse del sufrimiento de las personas que les rodea, a su vez, este sentimiento de culpa actúa como desencadenante interno de malestar psicológico que produce en los adolescentes deseos de consumir sustancias por el alivio de malestar, antes mencionado.

Otro error de pensamiento identificado es la falacia de cambio, que consiste en la tendencia a considerar que son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, o que el bienestar de sí mismos depende de los demás. Esta tendencia está más marcada en la afirmación de que si tuvieran más apoyo no tendría estos problemas, según los

resultados de la aplicación del instrumento. El centrar su atención en la falta de apoyo, desvía las intenciones de continuar con el tratamiento, generando en los participantes sentimientos de desesperanza por atribuir su cambio a factores externos, principalmente familiares.

Se observa la disposición de manifestar visión catastrófica, que consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales. Esta variable se relaciona con el temor de padecer una enfermedad o de que les pase algo “malo” a personas cercanas según lo arrojado en el cuestionario. Estos factores de pensamiento, podrían generar en las personas internas para el tratamiento ansiedad por su condición anticipatoria y catastrófica. La ansiedad es uno de los factores que pueden inducir a la deserción del programa.

Otros participantes, presentan la distorsión cognitiva de los deberías, que consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema. Según lo arrojado por el cuestionario, se asocia a la percepción errónea de no poder cometer errores. Este tipo de pensamiento podría llevar a los internos a manejar bajos niveles de tolerancia a la frustración y a reforzar sentimientos de culpa cuando cometan un error. Estas sensaciones son vividas por las personas con intenso malestar y a su vez pueden reafirmar en algunos casos la percepción negativa de si mismo.

Las personas con baja tolerancia a la frustración tienen demandas, expectativas y peticiones rígidas y poco realistas. Karen Horney (1950), se refería a estos fenómenos como “la tiranía de los deberías”. Beck (1999).

Las distorsiones cognitivas comúnmente causan las emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación, llevar a (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos), dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios, asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas. Canario y Báez (2005)

Conclusiones

Las distorsiones cognitivas distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento más frecuentes en los participantes son la Falacia de recompensa divina, filtraje, falacia de control, falacia de cambio, visión catastrófica y los debería.

Según los resultados, se evidencia la tendencia de los adolescentes participantes a atribuir sus éxitos o fracasos a factores externos. Esto se refleja en que la distorsión de mayor puntuación fue la falacia de recompensa divina, seguida de la falacia de cambio, las dos variables se enfocan en las atribuciones y expectativas con su entorno inmediato y futuro. Lo anterior también se relaciona con la dependencia, que es uno de los rasgos característicos de personas con problemática de adicción.

Se resaltan en los participantes errores de pensamientos relacionados con no poder soportar malestar, aspecto que mantiene la conducta adictiva por el mecanismo de refuerzo negativo, al pretender disminuir dicho malestar a través del consumo de sustancias y por ende el abandono del tratamiento.

Por medio de los resultados en cada afirmación y en el resultado global, se observa que son prevalentes los errores de pensamiento relacionados con sentimientos de culpa y frustración por el uso de los deberías. En los procesos de tratamiento de internado son frecuentes las deserciones inducidas por estados de ansiedad, que son desencadenados muchas veces por estos estados internos. La conducta de evitación o escape, hace que los adolescentes empleen como estrategia de afrontamiento el consumo de sustancias.

Debido al tiempo de consumo y grado de adicción de los participantes, se concluye que los factores de mantenimiento de la conducta adictiva están dados en menos proporción por reforzadores positivos o reacciones de placer, ya que estos factores son más incidentes en las etapas iniciales del proceso de adicción.

La manifestación de distorsiones cognitivas podría estar relacionada con la etapa motivacional de cambio en la que se encuentra el sujeto.

Otro factor incidente en la detección de errores de pensamiento es el momento de la estructura terapéutica del proceso en el que se encuentran los participantes. Quienes están en la etapa de adaptación y exploración de necesidades.

La variabilidad del estado ánimo característica en los adolescentes internos, podría interferir al momento de desarrollar el cuestionario.

Recomendaciones

Es recomendable la aplicación de un cuestionario complementario, como la escala de actitudes disfuncionales (DAS) o el inventario de creencias irracionales, para la detección de otro tipo de factores de pensamiento como creencias o estándares disfuncionales.

Es importante la aplicación del cuestionario al cierre del tratamiento para poder determinar la evolución en el manejo de pensamientos o la permanencia de los mismos, también para medir la eficacia de los tratamientos cognitivos en la población.

Se recomienda a la institución fortalecer las estrategias de vinculación al programa, teniendo en cuenta las distorsiones identificadas con el objetivo de lograr mejores resultados en la adherencia al tratamiento.

Elaborar planes de intervención enfocados al manejo de los procesos cognitivos de pensamiento y emociones en las etapas iniciales del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya, D. Mora, L. (2009), Aspectos psicológicos asociados con el mantenimiento de la conducta de juego de patológico: estudio de casos. Colegio profesional de psicólogos de Costa Rica.
- Arroyabe, R. (2011), La comunidad terapéutica, TM impresores y suministros S.A.S.segunda edición.
- Beck, A. Freeman A. (1995) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, 1ra edición, Ediciones paidos ibérica, S.A.
- Beck, A. Wright, F. Newman, C. Liese, B. (1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias, ediciones paidos ibérica, S.A.
- Becoña, E. (2002) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, Universidad de Santiago de Compostela, Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. Cortes, M. (2010), Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, Editorial Socidrogalcohol, Barcelona.
- Bobes, J. Miguel, C. Miguel, G.(Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Copyright . Editores. Enfoque Editorial, S.C.
- Caballo, V. (2008) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2 España editores, S.A.
- Caballo, V. Simón, M. (2002) Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, Ediciones pirámide, S.A.
- Castañedo, C. (1990), grupos de encuentro en terapia Gestalt, Editorial Herder, Barcelona.
- Comunidad terapéutica Exodo, (2011) Proyecto de atención integral.

Corsi, J. (2005) Psicoterapia integrativa multidimensional, Editorial Paidós, 1ra edición.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Febrero de 2011, La adolescencia una época de oportunidades.

Giraldo, A, Conceptos básicos en drogodependencias, Fundación Universitaria Luis Amigó.

Gómez, E. (2011). Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología
Línea de Investigación Perfiles Cognitivos y Psicopatología Distorsiones cognitivas como factor de riesgo en la insatisfacción marital, universidad de San Buenaventura.

Instituto colombiano de bienestar familiar, (2010), Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

Lara, J. (2000), Adolescencia, cambios físicos y cognitivos, revista de la facultad de educación de Albacete.

Luna, J. (2005), Logoterapia y drogadicción, Editorial sociedad de San Pablo, 1ra edición.

Medina, A. Arce, L. Rengifo K, (2009) Creencias irracionales presentes en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con VIH, pertenecientes a fundaciones de apoyo en la ciudad de Popayán 2008 y 2009. Universidad Cooperativa de Colombia.

Oblitas, L. (2008) Psicoterapias contemporáneas, Edamsa impresiones S.A.

- Ortega, A. (2011) Modelo Psico-socio-Educativo para el tratamiento de adicciones integrales, Comunidad Terapéutica Amigoniana, religiosos terciarios capuchinos.
- Polo, I. Amar, J. (2006) Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnostico dual, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.
- Rodríguez, J. (2008) Distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico por adolescentes: un estudio preliminar. Madrid.
- Ruiz, J (1992) Manual de psicoterapia cognitiva.
- Sampieri, R. Fernández, C. Baptista, P. (2001) Metodología de la investigación, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición.
- Vallejo, M. Pareja, M. Fernández, R. (1993), Manual práctico de modificación de conducta, Groupe Donograph S.A.
- Canario, J. Baez, M, (2005) [://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-61-1-distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-61-1-distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih.html).

ANEXO 1. Carta de Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACION: DISTORSIONES COGNITIVAS ASOCIADAS A LA NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES INTERNOS EN LA
COMUNIDAD TERAPEUTICA EXODO DE POPAYÁN**

Yo, ----- Identificado con C.C () CE () No.-----
con residencia en _____ teléfono _____ de _____ años de edad
manifiesto que he sido informado del estudio que la Especialización en Adicciones (sede Cali) de la Fundación Universitaria Luis Amigo va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

Fui informado y comprendo las molestias y riesgos de la realización de estos procedimientos. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Se me explico que no existe procedimiento alternativo y estoy informado que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria y puedo desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la Investigación.

Conozco los objetivos generales y específicos del Proyecto descritos a continuación:

Objetivo general

Identificar las distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán.

Objetivos específicos

1. Contribuir a los procesos terapéuticos de intervención cognitiva en la etapa de acogida de los adolescentes consumidores de sustancias.
2. Detectar los errores de pensamiento presentes en los adolescentes internos en la comunidad terapéutica Éxodo de Popayán.
3. Determinar la influencia de los factores de pensamiento en el mantenimiento de la conducta adictiva.

Que los Procedimientos a realizarse serán

Se aplicará previo consentimiento informado.

Aplicación del cuestionario

Análisis de los resultados.

Publicación de resultados

A si mismo entiendo que los datos aquí consignados son confidenciales y que en caso de daño producto específico de estos procedimientos que me afecten, causados por la investigación me acogeré al tratamiento médico que brinde el Plan Obligatorio de Salud () a la cual estoy afiliado.

- Manifiesto que No padezco de reacciones alérgicas conocidas a medicamentos
- Acepto participar libre y voluntariamente en el estudio mencionado.

Firma
Nombre(s), Apellido(s) del Participante
C.C o CE

Firma
Nombre(s), Apellido(s) del
Investigador Principal
C.C TP

Firma _____

Firma _____

Nombre (s), Apellido(s) Testigo
CC

Nombre (s), Apellido(s) Testigo
CC

ANEXO 2.

I NVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

- 1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.....0 1 2 3
- 2.Solamente me pasan cosas malas.....0 1 2 3
- 3.Todo lo que hago me sale mal.....0 1 2 3
- 4.Sé que piensan mal de mi.....0 1 2 3
- 5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?.....0 1 2 3
- 6.Soy inferior a la gente en casi todo.....0 1 2 3
- 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiria mejor.....0 1 2 3
- 8.¡No hay derecho a que me traten asi!.....0 1 2 3
- 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....0 1 2 3
- 10.Mis problemas dependen de los que me rodean.....0 1 2 3
- 11.Soy un desastre como persona.....0 1 2 3
- 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.....0 1 2 3
- 13.Deberia de estar bien y no tener estos problemas.....0 1 2 3
- 14.Sé que tengo la razón y no me entienden.....0 1 2 3
- 15.Aunque ahora sufra, algún dia tendré mi recompensa.....0 1 2 3
- 16.Es horrible que me pase esto.....0 1 2 3
- 17.Mi vida es un continuo fracaso.....0 1 2 3
- 18.Siempre tendré este problema.....0 1 2 3
- 19.Sé que me están mintiendo y engañando.....0 1 2 3
- 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?.....0 1 2 3
- 21.Soy superior a la gente en casi todo.....0

- 1 2 3
 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....0 1 2 3
 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....0 1 2 3
 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.....0 1 2 3
 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.....0 1 2 3
 26. Alguien que conozco es un imbecil.....0 1 2 3
 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.....0 1 2 3
 28. No debería cometer estos errores.....0 1 2 3
 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.....0 1 2 3
 30. Ya vendrán mejores tiempos.....0 1 2 3
 31. Es insostenible, no puedo aguantar más.....0 1 2 3
 32. Soy incompetente e inútil.....0 1 2 3
 33. Nunca podré salir de esta situación.....0 1 2 3
 34. Quieren hacerme daño.....0 1 2 3
 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.....0 1 2 3
 36. La gente hace las cosas mejor que yo.....0 1 2 3
 37. Soy una víctima de mis circunstancias.....0 1 2 3
 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.....0 1 2 3
 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.....0 1 2 3
 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.....0 1 2 3
 41. Soy un neurótico.....0 1 2 3
 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.....0 1 2 3
 43. Debería recibir más atención y cariño de otros.....0 1 2 3
 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.....0 1 2 3
 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor.....0 1 2 3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION
 TOTAL

FILTRAJE 1-16-31 ()

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()

VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()

PERSONALIZACION 6-21-36 ()

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()

CULPABILIDAD 12-27-42 ()

LOS DEBERIA 13-28-43 ()

FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()