

PROGRAMA DE APOYO BASADO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN UN GRUPO DE  
ADULTOS DE LA FUNDACIÓN Y GRUPO DE APOYO  
“EL CAMINO” EN LA CIUDAD DE CÚCUTA



Autores:

ELKIN JAVIER ALBARRACÍN OSORIO

JAIRO ALBERTO DIEZ LEDESMA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD  
BUCARAMANGA, MAYO 2013

PROGRAMA DE APOYO BASADO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN UN GRUPO DE  
ADULTOS DE LA FUNDACIÓN Y GRUPO DE APOYO  
“EL CAMINO” EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

Autores:

ELKIN JAVIER ALBARRACÍN OSORIO  
C.C. 88222873

JAIRO ALBERTO DIEZ LEDESMA  
C.C. 13.493.242

Trabajo presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Psicología Clínica y de la Salud

Directora:

Ps. DORIS AMPARO BARRETO OSMA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD  
BUCARAMANGA, MAYO 2013

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre que a pesar de haber partido a la gracia del señor al finalizar mi especialización siempre fue el pilar más importante, demostrándome siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi padre que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

A mis hermanos e hijos, a quienes quiero; por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi amigo y compañero ELKIN JAVIER ALBARRICIN, con el cual compartimos nuestras luchas y triunfos durante nuestra carrera y especialización. Los cuales culminamos con éxito, cumpliendo así nuestras metas propuestas. Siendo los dos un magnifico equipo para la realización de esta tesis. ¡Que el señor lo tenga en su santa gloria!

Y por último a los docentes que nos aportaron para el engrandecimiento de nuestro conocimiento.

Jairo Alberto Diez Ledesma

## CONTENIDO

RESUMEN .....	vii
Justificación .....	9
Descripción y Planteamiento del Problema.....	12
Objetivos .....	15
Objetivo general .....	15
Objetivos específicos.....	15
Antecedentes de investigación.....	16
MARCO TEÓRICO .....	22
Psicología de la salud .....	22
Salud mental positiva.....	25
Salud mental .....	27
Psicología Positiva.....	30
Capital Psicológico .....	32
Emociones .....	33
Emociones positivas .....	36
El valor de las emociones positivas.....	36
Emociones negativas .....	38
Adicciones y Farmacodependencia .....	39
Neurobiología de las adicciones .....	39
METODOLOGÍA.....	44
Tipo de investigación.....	44
Diseño.....	44
Muestra .....	45
Instrumentos .....	45
Procedimiento.....	45
RESULTADOS.....	47
Grupo focal evaluativo .....	52
DISCUSIÓN .....	54
Las drogas y su debate mundial.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61

APENDICES .....	69
Apéndice A .....	69
Apéndice B .....	70
Apéndice C .....	75
Apéndice D .....	80
Apéndice E .....	99
Apéndice F .....	104

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los sujetos de la investigación. ....	67
Tabla 2. Tipos de drogas.....	68

## **RESUMEN**

La presente investigación buscó determinar cómo desde la Psicología Positiva se logra abordar y transformar las condiciones y las conductas producidas por el abuso de sustancias psicoactivas en un grupo de adultos y jóvenes del Centro de Rehabilitación “El Camino” en la ciudad de Cúcuta, a través de un diagnóstico y un Programa de Apoyo que permitieron identificar la emociones positivas y el capital psicológico, así mismo mejorar la calidad de vida y el bienestar de este grupo de participantes. El estudio tuvo como objetivo describir las características emocionales, Mediante la IA se pretende tratar de formar simultáneamente conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica, orientada a transformar las condiciones psicológicas en un grupo de adultos jóvenes en proceso de rehabilitación, en un muestreo desarrollado por conveniencia. La muestra estuvo conformada dieciséis (16) personas todas de sexo masculino que se encuentran en este centro cuyo rango de edad oscila entre los 18 a los 50 años. Se desarrollo por fases basados en los objetivos planteados en la investigación.

Palabras clave: Psicología Positiva, programa de apoyo, relaciones interpersonales, entrenamiento de emociones, salud mental, trastorno por sustancias.

## **ABSTRACT**

The present investigation sought to determine how from Positive Psychology fails to address and transform the conditions and behaviors produced by psychoactive substance abuse in a group of young adults and Rehabilitation Center "The Way" in the city of Cucuta, through of diagnosis and support program which identified the positive emotions and psychological capital, likewise improve the quality of life and welfare of this group of participants. The study aimed to describe the emotional, By IA is to try to form simultaneously knowledge and social changes, so to join theory and practice, aimed at transforming the psychological conditions in a group of young adults in the process of rehabilitation, on sampling developed for convenience. The sample consisted of sixteen (16) are all male persons who are in this center whose age range between 18 to 50 years. The phased development based on research objectives.

**Keywords:** Positive Psychology, program support, interpersonal relations, training emotions, mental health, substance disorder.



## **Justificación**

El sistema de salud colombiano vive una profunda crisis que se ve reflejada en el proceso de atención a los usuarios en Salud y a su vez presencia una controversia sobre el ingreso de la salud a la economía de escala en un modelo neoliberal que prescinde del ser humano como sujeto y lo convierte en objeto y mercancía y dentro de este sector el más afectado o como siempre se ha tenido como “la cenicienta” es el de la salud mental, cuyo recursos son muy limitados y no existen los suficientes centros especializados en la red pública. No cuentan con todas las condiciones necesarias logísticas, sanitarias, profesionales especializados y que por ende que brinden tratamientos efectivos para la gran cantidad de pacientes que acuden y que presentan problemas en salud mental.

Sin embargo, en los últimos años y desde la salud mental se han creado espacios para la atención y tratamiento de las adicciones. Existen estudios de prevalencia sobre el tema del consumo, pues la preocupación por el aumento en la demanda especialmente en jóvenes escolarizados y adultos jóvenes, es alarmante para todas las instituciones de educación secundaria y superiores, que ven como se presentan cada vez más casos en sus poblaciones, con graves repercusiones en el plano humano y en los procesos institucionales (deserción estudiantil, delincuencia, violencia intrafamiliar, abandono laboral, entre otros).

La adicción a diferentes sustancias se ha convertido en un problema muy importante en nuestra sociedad. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2005 pone de manifiesto la importancia de indagar sobre la drogadicción a nivel mundial, debido a la fuerte

dependencia que producen estas sustancias; los datos informan cifras de 52 millones de personas adictas a los psicoestimulantes. (UNODC, 2005).

Desde las esferas mundiales y nacionales, se dan algunas cifras preocupantes. Colombia se considera un país productor y que en épocas anteriores no representaba alarma el consumo interno de drogas ilegales, hoy día incrementó en muchos sectores de la población. Existe la preocupación por el incremento constante del consumo de drogas ilegales y legales entre jóvenes y jóvenes adultos. Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) del 2004, los consumidores de drogas ilegales ascendían a 185 millones de personas. Ese mismo informe, en el año 2005, mostró cómo la cifra se incrementó a 200 millones, lo que significa que el 5% de la población mundial, entre 15 y 64 años, ha consumido drogas ilegales al menos una vez en el último año, teniendo mayor prevalencia la marihuana (4%), las anfetaminas (0,6%), los opiáceos (0,4%), la cocaína (0,3%) y el éxtasis (0,2%). (Fuente, Organización de las Naciones Unidas, 2004, UNODC).

Según un estudio realizado por UNODC-Colombia (2009), de consumo de sustancias psicoactivas en una población de 12-65 años en Bogotá D.C, se encontró que el 54.4 % consumo tabaco/cigarrillo, 88% alcohol y el 25% han consumido sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, e inhalables).

Por ello es necesario indagar por todos los medios posibles sobre aspectos relacionados con el consumo y la adicción, en el inicio, el mantenimiento del consumo y en especial en

aspectos más positivos que orienten procesos de rehabilitación mucho más eficientes que el solo ver la conducta como patología.

Desde el punto de vista de la Psicología Positiva se plantean elementos que conducen a optimizar los procesos de rehabilitación de individuos farmacodependientes. Los tratamientos o las intervenciones tradicionales en ocasiones pudieran ser ineficaces por carecer de protocolos científicos estandarizados; además porque se desconocen las fortalezas y las virtudes de las personas que se convierten en herramientas necesarias para enfrentar cualquier tipo de adversidad por la que atraviesa el ser humano.

Por otra parte la persona que abusa de una sustancia necesitan ciertos cambios a medida que avanza el tratamiento, los objetivos del tratamiento suelen incluir la desintoxicación, la rehabilitación física, el control de la conducta de drogarse, el convencimiento de que es posible afrontar los problemas de la vida y llevar una vida muy satisfactoria, sin necesidad de las drogas.

Por ello la Psicología Positiva se ha convertido en un enfoque que propende por el buen funcionamiento humano, actuando como catalizador para el cambio y la transformación, no solo de solucionar las cosas que van mal sino construir cualidades positivas (Seligman, 1999). La estructura de programas bajo este enfoque, lleva a generar resultados en las personas que se encuentran en procesos de rehabilitación de una manera integral y positiva, logrando resultados personales de forma duradera, mejorando el bienestar físico, psicológico, familiar y social.

### Descripción y Planteamiento del Problema

La drogadicción es un problema grave en la mayoría de los países de todo el mundo, son millones de personas adictas a drogas ilegales, las llamadas legales y medicamentos de venta con fórmula. No se logra comprender la auténtica magnitud del sufrimiento que representan cifras de estudios, tamizajes, investigaciones realizadas por organismos gubernamentales y no gubernamentales (ONG), que representan millones de personas enfermas, que sufren. La incidencia de la drogadicción es tan alta hoy por hoy que casi con toda seguridad alguien cercano o conocido puede estar afectado negativamente por el consumo de drogas.

En muchos casos el carácter jurídico que se le da al consumo de drogas influye en la percepción que se tiene sobre la inocuidad de la misma y será menos proclive a suponerse que las drogas legales (Marihuana, cocaína, alcohol, tabaco, etc.) son inocuas y que las ilegales son peligrosas si se recuerda que la mayoría de las leyes que rigen el consumo de drogas en diversas partes del mundo se pusieron en rigor a principios del siglo XX, mucho antes de que hubiese una investigación científica sobre el tema. (Pinel, 2007).

Se puede entender entonces que el consumo de sustancias se conceptualiza como una enfermedad y de igual forma concebido como el problema psiquiátrico más común en la actualidad a nivel mundial (Rosenzweig, Leiman, Breedlove, 1996), La dependencia de distintas drogas, incluyendo la nicotina, el alcohol, los psicoestimulantes o los opiáceos, se define como un trastorno crónico y recidivante caracterizado por un consumo abusivo y continuo de estas sustancias a pesar de sus consecuencias negativas para la vida de la persona (DSM-IV, 1998) por tal motivo ha alcanzado el rango de problema social (Pulvirenti, 2001).

En las últimas décadas se han realizado grandes avances en el conocimiento de las bases neurobiológicas de la adicción, lo que ha permitido cambiar completamente la conceptualización de este trastorno, que ha evolucionado desde considerarse un vicio a contemplarse como un trastorno psicoorgánico crónico que requiere tratamientos psicomédicos adecuados. Sin embargo, hay aspectos cruciales del proceso adictivo que permanecen todavía sin resolver como son: familiares, psicológicos, socioculturales entre otros. (Coramidas, Roncero, Bruguera, Casas, 2007).

La OMS determina que "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. El uso prolongado de una droga y si el sujeto reúne las condiciones biológicas, psicológicas y ambientales entre otras puede establecer un patrón conocido como adicción. (Lexicon of Alcohol and Drug Terms, Organización Mundial de la Salud, 1994).

Por lo general, después de iniciado el consumo de cualquier clase de droga hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona.

La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10), pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general. (Lexicon of Alcohol and Drug Terms, Organización Mundial de la Salud, 1994).

Es importante señalar que la gran mayoría de los tratamientos e intervenciones llamadas procesos de rehabilitación son de corte organicista y en el elemento psicoterapéutico tradicional es “suprapatologizada” atendiendo a la patología más que a los elementos o recursos internos psíquicos de los individuos.

Desde el modelo de la Psicología Positiva es posible atender a los recursos internos de los seres humanos, se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadores contra el trastorno mental y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia, o el valor, entre otras actúan como barreras frente a los trastornos o cualquier problemática que los individuos enfrenten. (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, citado por Vázquez, 2006).

Por esto la utilización de los postulados de la Psicología Positiva, definida como el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo; el propósito de ésta es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman & cols. 2005).

Para cumplir este objetivo se hace necesario comprender el funcionamiento óptimo en múltiples niveles, incluyendo el experiencial, personal, relacional, institucional, social y global.

Para ello, consideran necesario estudiar la dinámica de las relaciones entre estos procesos a los niveles antes mencionados y la capacidad humana de dar orden y significado en respuesta a la inevitable adversidad, considerando que el significado de la buena vida, en todas sus posibles manifestaciones, puede emerger de estos procesos. (Linley & Joseph, 2004).

De acuerdo a los anteriores planteamientos, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Puede un Programa de Apoyo basado en la Psicología Positiva transformar las condiciones psicológicas, producidas por el abuso de sustancias psicoactivas en un grupo de adultos jóvenes de la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” en la ciudad de Cúcuta?

## Objetivos

### Objetivo general

Crear un Programa de Apoyo basado en la Psicología Positiva, mediante la investigación acción IA que permita transformar las condiciones psicológicas, producidas por el abuso de sustancias psicoactivas en un grupo de adultos y jóvenes de La Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” en la ciudad de Cúcuta.

### Objetivos específicos

- Identificar emociones negativas y positivas en un grupo de adultos y jóvenes que están en proceso de rehabilitación en la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino”.
- Describir las fortalezas (optimismo, resiliencia, amor, humor, persistencia y la espiritualidad) en un grupo de adultos y jóvenes que están en proceso de rehabilitación en la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino”.

- Crear y desarrollar el programa de apoyo basado en psicología positiva, dirigido a adultos y jóvenes que están en proceso de rehabilitación.
- Evaluar el programa de apoyo basado en psicología positiva, vivenciados por adultos y jóvenes en proceso de rehabilitación.

#### Antecedentes de investigación

Se presentan algunas investigaciones que aunque no preceden en los contenidos totales de este estudio, se relacionan con la psicología positiva y las adicciones a las drogas con fundamento teórico de trabajos realizados en este campo.

Martínez, (2006). “El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva”. Dentro del marco de la Psicología positiva existe una línea de investigación centrada en las virtudes y fortalezas del ser humano, entendidas como rasgos positivos de personalidad.. En este artículo se exponen algunos de los estudios que muestran los efectos beneficiosos de un grupo concreto de estas fortalezas, las trascendentales (espiritualidad, gratitud, esperanza, apreciación de la belleza y excelencia, humor), con la intención de promover su investigación.

Piqueras, et al (2009). Desarrollaron un estudio titulado: “Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física”. Este artículo pretendió, en primer lugar, delimitar los conceptos y las características principales de cada emoción; y segundo, sintetizar los hallazgos científicos que avalan la influencia de las emociones negativas clásicas en el proceso salud-enfermedad. Estos fenómenos psicofisiológicos se han asociado a las enfermedades mentales y



físicas como variables influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento. Por lo tanto, se revisan algunos de los vínculos entre las cuatro emociones negativas y los trastornos mentales. También, se repasan las evidencias que respaldan la influencia de las emociones negativas en el desarrollo de comportamientos de riesgo para la salud física. Por último, se describen algunos datos que apoyan el impacto de la activación psicofisiológica emocional en los sistemas orgánicos, como la inmunidad, los procesos tumorales, etcétera.

Vázquez, et al (2006). “Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones”. Las intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva están ya apareciendo en la literatura científica. En esta revisión, defendemos que tanto por razones teóricas como prácticas es necesario tener en cuenta los aspectos negativos y positivos del funcionamiento humano para comprender mejor los aspectos clínicos.

Se discutirán tres modelos complementarios y relevantes en relación a sus implicaciones directas para las intervenciones psicoterapéuticas: El modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman (2002), el modelo multidimensional del bienestar psicológico de Ryff (1995) y el modelo motivacional de Deci y Ryan (2000). Las intervenciones positivas en el área clínica deberían estar sólidamente guiadas por los datos empíricos guiados por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico. Además, las novedosas y prometedoras intervenciones y programas destinadas a aumentar el bienestar de las personas, algunas de las cuales son descritas en esta revisión, deben ser evaluadas con los diseños más estrictos (ensayos clínicos aleatorizados, preferiblemente) para probar su eficacia. Finalmente, también discutimos las implicaciones de las intervenciones positivas para abordar importantes problemas clínicos (ej.

recaídas y recurrencias) y presentamos algunos desafíos que la investigación futura en este campo emergente necesita abordar.

Salazar P (2009), felicidad en estudiantes de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana. Con el fin de establecer el nivel de felicidad en los estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicando la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener y el Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad de Peterson a una muestra de 285 estudiantes de los programas de Medicina, Enfermería y Psicología. Los estudiantes poseen una vida llena, pues alcanzaron puntuaciones elevadas en todas las dimensiones de aproximaciones a la felicidad, a saber: Vida Significativa, Vida Placentera y Vida Comprometida, al igual que en la Escala de Satisfacción con la Vida. No se hallaron diferencias por género y la edad no correlacionó con las variables de estudio excepto con la Vida Placentera con una correlación negativa. Los estudiantes de Medicina mostraron los puntajes más altos de felicidad sobre los de Enfermería y Psicología, que no se diferenciaron entre sí. Se requieren otras investigaciones a través de diferentes metodologías, que aclaren la naturaleza de estas diferencias.

Aguilar *et al* (2005). “*Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento*”. El propósito fue describir las principales circunstancias que generan tentación al uso de drogas en pacientes que reciben tratamiento, relación con el tiempo de tratamiento y uso actual de drogas. El estudio fue descriptivo correlacional, el muestreo fue no probabilístico convencional por cuota, muestra de 61 participantes. El instrumento Escala de Tentaciones de Uso de Drogas con consistencia interna de 93. Las principales circunstancias que generan tentación a usar drogas fueron; que estén en lugares donde todos usen drogas, estar con

alguien que use drogas, ir a fiestas con los amigos, observar a alguien usar y disfrutar drogas. A menor tiempo de tratamiento mayor es la percepción de tentación a usar drogas. Aquellos que refirieron consumir algún tipo de droga reportaron medias más altas de tentación que aquellos que no consumen. Los que indicaron como droga de impacto, marihuana y otras drogas ilícitas, mostraron mayor tentación al uso de drogas.

Córdova *et al* (2010). “*Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas en Centros de Integración Juvenil y Universidad Nacional Autónoma de México*”. El objetivo de este estudio fue el comparar la percepción subjetiva de bienestar entre jóvenes usuarios de drogas y no usuarios. La muestra estuvo conformada por 1,056 jóvenes, de los cuales 26.8% eran usuarios de drogas y 73.2% estudiantes de educación media superior. El instrumento consistió en una escala desarrollada ex profeso, con el fin de evaluar variables que se relacionan con la valoración global de la vida. Se incluyó una adaptación de la escala de Anguas (1997), que valoran el estado afectivo del sujeto. Los jóvenes usuarios de drogas presentan mayor presencia de indicadores de depresión. Los jóvenes que no han usado drogas perciben su vida como más satisfactoria, cuentan con un proyecto de vida, se sienten más satisfechos con respecto al uso de su tiempo libre y presentan más autoestima. Entre los factores relacionados con el bienestar subjetivo que mejor predicen el uso de drogas, destaca la percepción de una mayor capacidad para la interacción con el grupo de pares, la depresión, la satisfacción con el uso del tiempo libre y la intensidad con que se experimentan algunos afectos negativos. Por el contrario, como factores protectores del consumo se identificaron la intensidad de estados afectivos positivos, la percepción de una vida satisfactoria, contemplar el futuro con esperanza y contar con un proyecto de vida.

Luciano et al (2006). *“Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso”*. La Psicología Positiva aboga por el estudio científico de la felicidad, el análisis de las condiciones que la hacen posible y la búsqueda de indicadores objetivos ligados tanto al bienestar de los ciudadanos en general como a la promoción de características personales que se relacionan con este bienestar y que comprenden un acopio de experiencias subjetivas calificadas de positivas. La Terapia de Aceptación y Compromiso analiza los denominados trastornos psicológicos desde una perspectiva funcional, centrada en la evidencia experimental sobre las características del hecho de ser verbales y lo que ello trae consigo en el ámbito cultural de referencia. En este breve artículo se presentan los puntos de encuentro, algunas de las divergencias y, especialmente, las aportaciones que diluciden métodos preventivos y clínicos para que las personas podamos afrontar la vida en armonía con las características de la condición humana.

Hervás, G. (2009). *Psicología positiva: una introducción*. La psicología positiva surgió hace algo más de 10 años por la iniciativa de Martín Seligman junto con otros renombrados psicólogos norteamericanos. El motivo fundamental de su creación fue fomentar el interés de académicos e investigadores sobre un área muy desatendida hasta ese momento: el estudio de los aspectos psicológicos positivos del ser humano. A partir de entonces, y tras realizar un importante esfuerzo para reunir la investigación previa realizada, han sido muchos los investigadores que han comenzado a estudiar aspectos como la resiliencia, la satisfacción vital o la capacidad de agradecimiento. En este artículo se presenta una introducción sobre el desarrollo de este movimiento, sus antecedentes históricos y una descripción de los temas más importantes que se están trabajando en este campo.

Alpizar *et al.* (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. En el presente artículo se realiza una revisión bibliográfica cuyo objetivo es indagar el papel de las emociones positivas dentro de la Psicología Positiva. En una primera parte se realiza un acercamiento al surgimiento y fundamentos de esta rama de la psicología, para después adentrarnos en el desarrollo de las emociones positivas, y poder conocer las raíces de la Psicología Positiva. Posteriormente, se realiza un recorrido por las principales emociones positivas encontradas, tales como: el optimismo, la resiliencia, el flow, la felicidad, la creatividad, el humor, y la inteligencia emocional. Por último, se revisan las principales críticas que ha suscitado este reciente modelo de psicología positiva y se discuten sus perspectivas a futuro.

Pedrals *et al* (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. Hoy somos testigos de un crecimiento exponencial de la psicología positiva (PP), una aproximación científica al objetivo que no puede ser más significativo de la existencia humana: la felicidad y el significado de la vida. Como consecuencia de los estudios de PP, la felicidad y el bienestar son ahora aceptados como válidos los temas de investigación, a pesar de su subjetiva y supuestamente científica esencia. La evidencia experimental indica que la felicidad y el bienestar tienen bases biológicas y, por lo tanto, puede ser científicamente acercó y cambiado con el tiempo. Creemos que tenemos que aprender de esta nueva disciplina y aplicar sus descubrimientos en nuestra profesión como educadores médicos de promover el desarrollo integral de nuestros estudiantes. En esta revisión, se hará un resumen de los principales avances y descubrimientos de PP, y abrir el debate sobre las implicaciones de la oferta del PP para la educación médica.

## MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico se traerá a colación ciertos temas significativos para la investigación, dando a entender de manera adecuada el enfoque de la Psicología Positiva y su abordaje con respecto a la Salud Mental, soporte necesario para la rehabilitación eficaz en sujetos con adicciones a las drogas. Así mismo se hablará de aspectos referidos a la farmacodependencia.

Se hará un recorrido por conceptos de la psicología de la salud, salud mental, psicología positiva, sus aportes y temas de relevancia que darán el soporte necesario para la claridad de la investigación.

### Psicología de la salud

La Psicología de la Salud ha sido definida como “el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, para la prevención y el tratamiento de la enfermedad y para la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad, y de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema y de las políticas de atención de la salud” (Matarazo y Carmody, 1985, citado por Gil-Roales, 2004).

La psicología de la salud se centra en el análisis del comportamiento y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Por otra parte, la psicología de la salud ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan a la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas y a modificar los factores de comportamiento implicados en

la rehabilitación fisiológica y psicológica (Brannon, 2001). Incluye la psicología de la salud una serie de contribuciones a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociados a aspectos sanitarios.

Es nuestro contexto vemos como se presentan cientos de dificultades en el proceso de atención en el sistema de salud, la calidad de la atención y el tratamiento se ve menguado por hechos externos a la dinámica misma del sector.

El centro de este correlato es el paciente, sujeto que espera que a través de un representativo social, se le dé solución a sus quejas del todo justificadas por cualquier padecimiento que presente.

Si se encuentran falencias en el modelo de salud actual que se da entre una especie de transición desde el modelo médico y el bio-psico-social, de la atención al paciente solo como sujeto orgánico y en muy poca medida como un sujeto integral que espera comprensión por parte del sistema.

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, de otra; muestra de ello es el auge de la investigación básica en el campo de la psiconeuroinmunología y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad.

Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología, especialmente de la psicología social y comunitaria, para aportar a una línea de gran actualidad, englobada en la denominación genérica de Psicología Social de la Salud (Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.); la meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades, por lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbi-mortalidad de nuestra población.

Para finalizar, vale la pena destacar que las publicaciones en psicología de la salud, especialmente las seriadas, han experimentado un gran auge en los últimos cinco años. Actualmente el especialista interesado puede remitirse a extensas fuentes documentales en el campo, que lo guiarán en abundancia, cualquiera que sea su interés particular (Simón, M. A. (2000). Fuentes documentales en psicología de la salud. En: M. A. Simón (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 765-805.)

En el ámbito académico y tanto así en la praxis cotidiana del terapeuta se puede encontrar elementos que generan cuestiones constantes sobre las interacciones de lo orgánico y lo psicológico, referenciadas por los aportes de la psiconeuroinmunología; así como también las frustraciones de las incapacitantes acciones del sistema de salud que no cumple con los requerimientos de los pacientes con un trastorno orgánico y mental y sus efectos en las atribuciones que estos hacen de su enfermedad, como del apoyo que se recibe en estos momentos se convierte en una pesada carga emocional para el paciente.



### Salud mental positiva

La salud mental positiva es un “estado de bienestar en el que el individuo es capaz de desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera además de contribuir en su comunidad” (WHO. Strengthening mental health promotion, Ginebra 2001).

La salud mental positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que deberían compartir las democracias para buscar el bienestar de las personas.

Un país como Colombia sometido a una violencia sistemática por muchos años tambalea en la interpretación de la salud mental y esta no es vista desde el punto de vista positivo sino más bien patológico debido a los tristes antecedentes.

Es obligación del estado y de la sociedad civil impulsar mecanismos que cultiven los aspectos positivos de la salud, pues se hace urgente que las personas que han sido objeto-sujeto de esta violencia generalizada sean atendidos y reorientados en sus estados mentales y evitarles así complicaciones en su estado de salud general y no solo mental.

Según Jahoda (citada por Lluch, 1999), la salud mental positiva se concibe desde un perspectiva individual, en la cual existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos. Sin embargo, sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental y que los tipos puros no existen; cada ser

humano tiene simultáneamente aspectos sanos y enfermos, predominando unos u otros en función del momento o de la situación.

El trabajo de Jahoda fue y actualmente continúa siendo un punto de referencia esencial en la conceptualización y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva de promoción. Destaca la necesidad de superar los conceptos de salud mental focalizados en la prevención o el tratamiento y avanzar hacia una intervención centrada en potenciar el desarrollo personal positivo (Lluch, 1999).

El modelo de salud mental que presenta Jahoda configura una concepción multidimensional de la salud mental positiva en la cual propuso seis criterios generales: Actitudes hacia sí mismo, crecimiento y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno (Lluch, 1999).

El organismo decae, y son muchos los elementos que se alteran con él, en el patrón de enfermedades crónicas se producen respuestas emocionales, conductuales y de salud mental difíciles de afrontar; pero son características de respuestas internas de las personas en este trance del padecimiento las que permiten responder frente a este hecho que altera todos los eventos de la vida.

Desde la posición de Jahoda se veía una respuesta frente a los seis criterios de la salud mental positiva; actitud hacia sí mismo, durante el padecimiento como se puede ver positivamente el paciente, hay crecimiento o hay detenimiento de en el desarrollo de la vida, la autonomía hasta donde llega como elemento ligado a lo orgánico, como se puede conservar el

contacto con la realidad si la enfermedad es supremamente agresiva, y ¿Cómo controla su entorno frente a lo incontrolable? Eso cabe preguntarse desde la posición del observador.

Cómo se puede conservar la salud mental en estos momentos, si es individual o responde al entorno, por eso las respuestas en afrontamiento las podemos recoger en la medida de la experiencia personal de los pacientes, es una realidad subjetivo, pero que se percibe a través de sus experiencias.

### Salud mental

Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

### La salud mental:

Implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos,... Implica, además que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades”. Organización Mundial de la Salud (1951, citado en Organización Mundial de la Salud, 1961, p. 15).

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida,

trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental Organización Mundial de la Salud, 2004.)

Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención. (Tomado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental, Organización Mundial de la Salud 2004).

La salud mental en nuestros contextos no se aparta de esta realidad, la violencia sistemática en la que varias generaciones de colombianos hemos crecido no deja de tocarnos con la leve ventila de sus horrores; es por ello que la delincuencia juvenil, el sicariato, las riñas callejeras, la violencia escolar, el abuso de las drogas, y enfermedades mentales de todo tipo crecen como una epidemia silenciosa que se toma todos los rincones del país y de Latinoamérica.

Somos agresivos en muchos contextos del diario vivir y en el encierro del descanso obligado las voces a gritos en las perturbadas mentes aceleradas crean “locuras” fuera de todo orden que finalizan en la autoagresión y la destrucción del otro.

Salud mental es de lo que carecemos y como un buen cultivo debe ser impulsada como política de Estado en todas las instituciones y en la sociedad civil si queremos evitar grandes costes en vidas humanas y en gasto económico que se podría prevenir y aportar al desarrollo de la Nación.

Una combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención en el campo de la salud mental, en los marcos de estrategias públicas generales, puede evitar años vividos con discapacidad e, incluso, la muerte prematura, reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, aumentar considerablemente el capital social, ayudar a reducir la pobreza y a promover el desarrollo del país.

Cuando se hace recorrido por instituciones de salud, educativas, militares e incluso las más fundamentales de la sociedad como la familia se observa que la salud mental declina en ellas y son muchos los casos atendidos por los organismos de control y sin ofrecer soluciones eficaces a las personas que llegan a estas instancias.

En el caso de enfermedades mentales producto de enfermedad orgánica se hace visible la deficiencia para las personas que enfrentan padecimientos crónicos y complicados de atención especializada y profunda que posibilite el mejoramiento de la calidad de vida, la adhesión a los tratamientos clínicos y una nueva perspectiva de vida a pesar de su padecimiento.

Diversos estudios proveen ejemplos de programas eficaces dirigidos a diferentes grupos de edad - desde la etapa prenatal y la infancia temprana, pasando por la adolescencia y culminando en las edades avanzadas - y a situaciones varias, como estrés postraumático después de los accidentes, estrés en la vida marital, y depresión o ansiedad como resultado de la pérdida de trabajo, viudez o adaptación post-retiro.

Estudios adicionales son necesarios en esta área, particularmente en países de bajos ingresos. Existen evidencias firmes que muestran que intervenciones exitosas para la esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales no sólo existen, sino que son accesibles y costo-eficaces. (Tomado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS., Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental Organización Mundial de la Salud 2004.)

### Psicología Positiva

Surgió hace algunos años gracias al impulso decisivo del Prof. Martin Seligman de la Universidad de Pennsylvania. Este enfoque se caracteriza por estudiar los aspectos más positivos del ser humano. Entre sus objetivos están el estudio de las bases psicológicas del bienestar y la felicidad, los rasgos que nos permiten superar con éxito situaciones vitales difíciles, o la

aplicación de estrategias efectivas para potenciar cualidades positivas como el optimismo, la satisfacción vital o las emociones positivas en nuestras vidas.

La creatividad, denominada también ingenio, inventiva, pensamiento original, imaginación constructiva, pensamiento divergente o pensamiento creativo, es la generación de nuevas ideas o conceptos, o de nuevas asociaciones entre ideas y conceptos conocidos, que habitualmente producen soluciones originales.

El término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo (animal o humano) es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos. Actualmente la resiliencia es considerada como una forma de psicología positiva no encuadrándose dentro de la psicología tradicional.

El flujo (flow) es el estado mental operativo en el cual la persona está completamente inmersa en la actividad que está ejecutando. Se caracteriza por un sentimiento de enfocar la energía, de total implicación con la tarea, y de éxito en la realización de la actividad. Esta sensación se experimenta mientras la actividad está en curso. El concepto de flujo fue propuesto por el psicólogo Mihály Csíkszentmihályi en 1975 y, a partir de entonces, se ha difundido extensamente en diferentes campos.

Optimismo, la noción de optimismo se opone al concepto filosófico de pesimismo. El optimismo al igual que la esperanza significa tener una fuerte expectativa de que, en general las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y de las frustraciones. Como valor, es la idea del ser

humano de siempre tener lo mejor y conseguirlo de igual manera, a pesar de lo difícil de algunas situaciones siempre encontrar el lado bueno y obtener los mejores resultados. Desde el punto de vista de la inteligencia emocional, el optimismo es una actitud que impide caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades.

### Capital Psicológico

Es definido como el conjunto de factores y procesos que le permiten a un sujeto aprender a protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales (Casullo, 2006). Se utiliza la noción de Capital Psíquico para hacer referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales. Se intenta suplementar y no reemplazar lo que se conoce científicamente sobre el sufrimiento psicológico, con el objetivo de poder lograr una comprensión más equilibrada de la experiencia humana, con sus altibajos, sus momentos de éxtasis y goce y aquéllos de dolor y desesperanza.

El constructo de capital psíquico, desarrollado por la Psicóloga Argentina María Mastina Casullo (2006), y que hace referencia al conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas de carácter personal. Casullo (2006) encontró cinco categorías que conforman el capital psíquico.

1. Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento (creatividad, curiosidad, motivación para aprender y sabiduría).
2. Capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos (honestidad, autoestima, persistencia y resiliencia).



3. Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana (liderazgo, lealtad, compromiso y prudencia).
4. Capacidades para establecer vínculos interpersonales (inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo).
5. Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos (sentido de la justicia, capacidad para personar, gratitud y espiritualidad).

### Emociones

La emoción ha sido descrita y explicada de forma diferente por los diversos estudiosos pero, en general, hay bastante acuerdo en que se trata de:

Un estado complejo del organismo, generado habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno, caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. El proceso de la vivencia emocional podría esquematizarse de la siguiente forma:

Por otra parte, la emoción es un proceso multicomponente, formado por los niveles neurofisiológicos (taquicardia, rubor, sudoración, respiración, presión sanguínea...), conductual (expresiones faciales, tono, volumen y ritmo de voz, movimientos corporales...) y cognitivo (vivencia subjetiva). La Psicología Positiva y su abordaje con respecto a la Salud Mental, soporte necesario para la rehabilitación eficaz de los adictos a las drogas.

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el

tálamo anterior y la amígdala. La amígdala, además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neo córtex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos (Ledoux, 1996). Esto hace que sea algo ficticio hablar de pensamiento, emoción y conducta como entidades separadas. Sin embargo, en la práctica investigadora se diferencian para hacer más abordable su estudio.

Pretender definir constructos complejos, y las emociones lo son, no es una tarea fácil. De hecho hoy continúa siendo objeto de debate e investigación tanto su origen, como su estructura interna, las diferencias entre estados afectivos, etc. (Diener, 1999; Ekman, 1994; Parkinson, 1996, 2001).

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico y con un substrato neuroanatómico específico (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero & García-López, 2006).

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las emociones básicas para las que existe un mayor consenso respecto a su definición conceptual, características definitorias, etc. Desde Darwin hasta autores más contemporáneos, entre ellos Tomkins, Izard y Ekman, se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados

biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie.

Por tanto, podemos entender como emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que suele aparecer cierta desincronía entre los tres sistemas de respuesta.

Wukmir (1967), plateó que siendo la vida y la supervivencia lo positivo para un ser vivo, la emoción es el resultado de una medida (o valoración) subjetiva de la posibilidad o probabilidad de supervivencia del organismo en una situación dada o frente a unos estímulos determinados. La emoción informa al organismo acerca de la favorabilidad de cada situación. A cada estado de nuestro organismo le correspondería una emoción, que es más positiva cuando se trata de un estado saludable, más orientado hacia la vida y es más negativa cuando nuestro estado se acerca más a la enfermedad y la muerte.

El modelo psicobiológico actual de la emoción dice que para que se produzca la experiencia de la emoción parece que no es necesaria la retroalimentación neurovegetativa y somática: los pacientes humanos cuya retroalimentación neurovegetativa y somática se ha visto eliminada en gran medida por la fractura de cuello son capaces de tener toda una gamma completa de experiencias emocionales (Lowe y Carroll, 1985). La idea de que cada uno de los

tres factores de la emoción, las respuestas neurovegetativas y somáticas al estímulo, y la experiencia de emoción; influye en los otros dos. (PineI, 2007).

### Emociones positivas

Definir qué son las emociones continúa hoy siendo objeto de debate (Diener, 1999; Ekman y Davidson, 1994). Sin embargo, parece ir surgiendo cierto consenso respecto a algunas de sus características básicas (Fredrickson, 2001), de manera que se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, entre otros, que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente.

### El valor de las emociones positivas

Bárbara Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo (Fredrickson, 1998, 2000b, 2001, 2003; Fredrickson y Branigan, 2000). Recientemente ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas (Broaden and build theory of positive emotions) (Fredrickson, 1998, 2001), que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.

Experimentar emociones positivas es siempre algo agradable y placentero a corto plazo y para esta autora, además, tendría otros efectos beneficiosos más duraderos, en la medida en la que ello prepara a los individuos para tiempos futuros más duros (Fredrickson, 1998, 2001). La alegría, por ejemplo, anima a jugar en el sentido amplio de la palabra, a empujar los límites, a ser creativo (Frijda, 1986) y ello permite el desarrollo y el entrenamiento de habilidades físicas (fuerza, resistencia, precisión), de habilidades psicológicas e intelectuales (comprensión de normas, memoria, autocontrol) y de habilidades sociales necesarias para el establecimiento de relaciones de amistad y de apoyo. Todas estas habilidades, conceptualizadas como recursos, pueden llegar a ser muy valiosas en momentos de escasez y de conflicto, en los que disponer de velocidad, de resistencia, de amigos, de capacidad de innovación, etc. puede ser la diferencia entre vivir y morir.

Desde la Psicología Positiva se mencionan varias razones posibles de por qué las emociones positivas han sido marginadas. La primera de ellas es que, en relación a las emociones negativas, las emociones positivas son menos numerosas y más difusas. La especulación sobre el origen de esta asimetría tiene que ver con que se supone que la selección natural forma emociones sólo para situaciones que contienen amenazas u oportunidades. Por lo tanto, hay más emociones negativas que positivas debido a que hay más diferentes tipos de amenazas que de oportunidades.

Además, el costo de fracasar en una respuesta apropiada ante una amenaza puede ser la muerte, en cambio, el fracaso en una emoción positiva no es tan grave.

### Emociones negativas

Los organismos vivos disponen de mecanismos perceptivos que les permiten reconocer aquellos estímulos que son significativos para su supervivencia: para obtener comida, protegerse de un ataque, entre otros. Pero la percepción cubre sólo una parte del problema. La percepción tiene como objeto reconocer los estímulos, saber que son. Son desagradables para los individuos, se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida y requieren de energía y movilización para afrontar la situación de manera relativamente urgente.

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984). Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza. No obstante, parece necesario describir brevemente cada una de estas emociones.

Siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal podemos afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables”

(ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

### Adicciones y Farmacodependencia

La adicción se define como la dependencia física o psicofisiológica de una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo (Mora F, et al.1994), o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves (Webster M. et al. 2000).

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psicosocial. Esto quiere decir que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo.

Su etiología no lineal, multifactorial y sistémica hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de: una causa – un efecto. Este hecho es además importante en el tratamiento de estos desórdenes, pues cada persona es diferente y muestra distintos matices del problema de modo que es necesario individualizar cada caso y realizar un estudio amplio de la historia personal y familiar antes de hacer un diagnóstico.

### Neurobiología de las adicciones

Los estudios neuro-biológicos de las adicciones han demostrado que el substratum cerebral de los trastornos adictivos, se localiza en una zona del cerebro donde se encuentra el Circuito de Recompensa Cerebral, el cual funciona con base en dos estructuras: una

neuroanatómica representada por ciertas áreas cerebrales y otra neuroquímica representada por cuatro sistemas primarios de neurotransmisores. La estructura neuroanatómica está integrada por el área tegmental ventral, el cerebro anterior basal (núcleo acumbens, tubérculo olfatorio, corteza frontal y amígdala) y la estructura neuroquímica está representada por la dopamina, la serotonina, los péptidos opioides y el GABA.

La conexión dopaminérgica entre el área tegmental ventral y el cerebro anterior basal es el llamado sistema dopaminérgico mesolímbico. Sin embargo, se acepta que, además, pueden participar otros sistemas como los péptidos opiáceos, sistemas GABAérgicos, serotoninérgicos, los cuales también interactúan en el área tegmental ventral y en el cerebro anterior.

Los otros neurotransmisores están involucrados en otros sitios del circuito: la serotonina en el hipotálamo, la encefalina (que es un péptido opioide) en el área ventral tegmental y el núcleo accumbens y el GABA también en las dos mismas áreas que el anterior. Un quinto neurotransmisor, la nor-epinefrina (nor-adrenalina) está involucrado en una ruta de recompensa alternativa ya que se libera en el hipocampo procedente del locus coeruleus.

El núcleo accumbens forma parte del circuito de recompensa que al ser estimulado provocan una sensación de placer. Su acción es fundamental, y cuando este circuito es estimulado por drogas, se convierte en la base de la adicción. Las vías neurológicas para el reforzamiento positivo (placer) se hallan en las vías dopaminérgicas que van del área Tegmental Ventral en el tallo cerebral hacia el Núcleo Accumbens, localizado en los ganglios basales.

La hipótesis más atrayente, actualmente en relación con la adicción desde el punto de vista neurobiológico, es la que se conoce con el nombre de hipótesis de la dopamina. La idea de



que un neurotransmisor pudiera estar asociado a una serie de dependencias o de adicciones, que abarcaran sustancias tan diversas como la cocaína, o el etanol, es algo que atrae a todos los neurobiólogos. Aunque todos estamos de acuerdo en que la dopamina no es la única molécula relacionada con la adicción, sí piensan que podría ser una molécula clave. (Di Chiara, 1995) y (Carboni et al. 2000), quienes señalan que los opiáceos, el alcohol, la nicotina, las anfetaminas y la cocaína provocan una acumulación de dopamina en el núcleo accumbens. (Gil-Verona, et al, 2003).

Esta hipótesis se está desarrollando, y puede ser un marco básico para explicar cómo un rasgo genético, la tendencia a producir poca dopamina, puede relacionarse con factores ambientales para crear el problema de la adicción.

La nicotina pasa a la sangre y luego al cerebro y en sólo siete segundos estimula los receptores cerebrales produciendo liberación de dopamina y noradrenalina que actúan como mecanismos de recompensa de la conducta, convirtiendo al tabaco en un regulador de estados de ánimo, que estimula a quienes están deprimidos y tranquiliza a quienes se sienten angustiados.

La base de la adicción podría estar en una alteración genética que sería similar a una alteración en el sentido de deficiencia del sistema de gratificación. Así, en un esfuerzo por compensar las deficiencias en el sistema dopaminérgico, las personas adictas a distintas sustancias pueden tratar de estimular los circuitos mesocorticolímbicos del cerebro, es decir, la ineficacia del sistema dopaminérgico recompensa el abuso de sustancias que aumentan los niveles de dopamina en el cerebro. Esta hipótesis es conocida como hipótesis de la dopamina, y puede ser un marco básico para explicar cómo un rasgo genético, la tendencia a producir poca

dopamina, con la alteración consecuente del sistema de gratificación, puede relacionarse con factores ambientales para crear el problema de la adicción. (Gil-Verona, et al, 2003).

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms se añade:

Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste (Unodc, 2003).

Trastorno relacionado con el consumo de sustancias, Término genérico utilizado en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades (DSM-IV y CIE-10) para diversos trastornos y dolencias relacionados con el consumo de cualquier droga psicotrópica. Comprende

el consumo problemático y el consumo que causa dependencia. (Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994).

Todo trastorno mental o del comportamiento provocado por el consumo de una o más sustancias psicoactivas, hayan sido o no recetadas por un médico. Las sustancias especificadas son el alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes (incluida la cafeína), los alucinógenos, el tabaco y los disolventes volátiles. Los estados clínicos que pueden presentarse comprenden la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirio, trastornos psicóticos, trastornos psicóticos de iniciación tardía y el síndrome amnésico.

## METODOLOGÍA

### Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptiva. Un estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. El presente estudio tiene como objetivo describir las características emocionales en un grupo de adultos jóvenes en proceso de rehabilitación de la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” de la ciudad de Cúcuta.

### Diseño

El diseño de la investigación es cualitativo. Un estudio cualitativo investiga el por qué y el cómo se toma una decisión, busca comprender, entender, analizar las emociones, los sentimientos, las actitudes y los comportamientos de las personas en sus distintos escenarios de desarrollo. Bajo un enfoque de IA (Investigación-Acción), que trata de una forma de investigación con programas de acción social que responde a problemas sociales específicos. (Buendía, 1998) Mediante la IA se pretende tratar de formar simultáneamente conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica, orientada a transformar las condiciones psicológicas en un grupo de adultos jóvenes en proceso de rehabilitación de la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” en la ciudad de Cúcuta.

### Muestra

El muestreo desarrollado para la presente investigación fue por conveniencia. La muestra estuvo conformada dieciséis (16) personas todas de sexo masculino que se encuentran en proceso de rehabilitación en la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” en la ciudad de Cúcuta, cuyo rango de edad oscila entre los 18 a los 50 años, y con bajo nivel de escolaridad. (ver cuadro de tablas)

### Instrumentos

Se utilizó una entrevista semiestructurada (ver apéndice A) a través de grupos focales que permitió identificar las emociones positivas y negativas de adultos jóvenes en proceso de rehabilitación de la Fundación y Grupo de Apoyo “El Camino” en la ciudad de Cúcuta.

### Procedimiento

La investigación se llevó a cabo a través de una serie de procedimientos que son enumerados de la siguiente manera:

Primera fase: Se realizó una revisión bibliográfica acerca del tema que hace parte de la investigación, esto ayudó a dar la dirección que se siguió durante la investigación en su marco teórico, y se obtuvo conocimientos de antecedentes referentes al tema, para plantear los objetivos que guiaron el rumbo de la investigación, esto sirvió para establecer la población y tipo de sujeto con el cual se trabajó.

Segunda fase: establecidos los objetivos, la población y recopilada la documentación pertinente al tema, se realizó un primer acercamiento a la población para informar sobre el

objetivo de la investigación, hacer sondeos y observaciones y firmar el consentimiento informado (ver apéndice B).

Tercera fase: identificar problemáticas existentes a través de grupos focales y entrevistas. Por medio de ello, se conoció su situación y según resultados, se estableció el Programa de Apoyo y las directrices de los cambios con la población objeto (Ver apéndice C).

Cuarta fase: A través de grupos focales se aplica el Programa de Apoyo.

Quinta fase: Se evalúa el impacto del Programa de Apoyo en este grupo.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados logrados durante el proceso de investigación, los cuales se obtuvieron por medio de un grupo focal diagnóstico, Programa de Apoyo y un grupo focal evaluativo para identificar el impacto del mismo.

Las personas que participaron en los grupos focales fueron escogidas de acuerdo a unos criterios prácticos de disponibilidad y de expresión oral, con pleno consentimiento de la investigación a realizar.

Se presentan los análisis de las diferentes fases del proyecto:

### Grupo focal diagnóstico

Las emociones positivas son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, entre otros, que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente. (Fredrickson, 2001).

Los participantes demostraron que tienen emociones positivas tales como: “alegría, amor, paz, tranquilidad buen ánimo, fe en la vida desde que estamos aquí”. Esto indica que a pesar de haber experimentado situaciones complejas en sus distintas áreas y actualmente se encuentran en un proceso de rehabilitación aún conservan ciertas emociones que les permiten un mayor

afrontamiento del entorno, generar una adherencia al tratamiento y tendencia a la autoeficacia. Expresan que “pueden controlar las emociones, solo se requiere de calma”, “apoyándonos y dándonos confianza el uno al otro”.

Sin embargo el grupo refleja marcadas emociones negativas tales como: “mucha tristeza, miedo, depresión, ansiedad, irritabilidad, agresividad, decepción, falta de solidaridad”. Lo que indica que sus condiciones psicológicas se mantienen vulnerables, especialmente frente a la autoridad, su propia familia, el entorno social y hacia sí mismo. Así mismo se observa su aspecto físico deteriorado y mantienen respuestas fisiológicas como hiperventilación, dilatación de pupila, aumento del flujo sanguíneo que se ve reflejado en el rostro sonrojamiento y respuestas relacionadas con el estrés (Pinel, 2007).

Las emociones fluctúan entre la alegría y la tristeza son estados extremos que refieren con frecuencia un elemento indicador de la dificultad que representa la abstinencia de las drogas, aunque reconocen que la alegría y el buen ánimo son parte de sus vidas pero difíciles de mantener. “No se sabe como mantener el ánimo cuando uno se siente nervioso, tembloroso”.

Las emociones positivas se puede comprobar que nunca desaparecen de la conducta general del adicto a pesar de los síndromes asociados a la abstinencia, es un resultado importante pues, se puede manifestar con las expresiones felicidad, optimismo, fe, espiritualidad.

El optimismo se ve en relación al pronóstico del tratamiento y cuando lo señalan como uno de los estados emocionales más frecuentes en su vida y lo relacionan con alegría y futuro. Frente a la confianza del proceso de rehabilitación comentan que “Si, sé que soy capaz de seguir



mejorando cada día”. “Si confió porque quiero lograrlo, con la ayuda de Dios”. Y una respuesta final “Hasta el momento la confianza en mi mismo me ha ayudado a mantenerme en mi recuperación y espero siga así”. El optimismo en el proceso de rehabilitación se nota con inmediatez y se registra afirmativamente, se ve incluso en las respuestas gestuales al hacérseles la pregunta.

Con respecto al humor se detecta que a pesar de las dificultades, “Al principio no era fácil, pero poco a poco me siento mucho mejor y puedo ser más humorista ahora”.

La resiliencia aun cuando es un estado emocional se manifiesta en la conducta de los sujetos con adicciones pero se ve totalmente disminuida debido a la bioquímica de las sustancias tóxicas que inhiben a nivel cerebral este tipo de respuestas que están relacionadas con la voluntad. Puede verse una relación entre voluntad y resiliencia que para que resurja del psiquismo de los sujetos hay que impulsar a través de motivaciones externas y trabajo emocional fuerte. Algunos de los participantes afirman: “En este momento gracias a Dios no recaigo con facilidad, pero antes si era frustrante”, “Si me siento mal y me lleno de nostalgia y siento que he perdido lo prometido”, “Solía recaer fácilmente, y por supuesto que me sentía frustrado pero pude salir de eso”.

La persistencia que demuestran los sujetos de la investigación la direccionan hacia: “Es una lucha día a día, salir de esto no es fácil”, “Insisto pero es difícil porque se pierden las ganas”, “Con mucha persistencia y con la ayuda de Dios”. En el proceso de rehabilitación hay más

actitud positiva frente a la lucha por recuperarse, encuentran el apoyo de amigos, familiares, el grupo terapéutico y la espiritualidad.

La espiritualidad es ir hacia un objetivo superior que trascienda los valores simplemente materiales. La Fundación y Grupo de Apoyo utiliza modelos y estructuras que fortalece la espiritualidad de los participantes a través de alabanzas, lecturas, reflexiones y reglas que ponen de manifiesto la respuesta espiritual en los seres humanos incluso en condiciones de limitación orgánica y psicológica particularmente del adicto. “Buscando de Dios, de la familia y actividades” , “Si confió porque quiero lograrlo, con la ayuda de Dios”, “En este momento gracias a Dios no recaigo con facilidad, pero antes si era frustrante”, “Todo el tiempo, primero doy gracias a Dios luego a mi familia y amigos, por el apoyo que me ofrecen”. Siempre se hace referencia espiritual para salir de la situación en que se encuentran y es una constante en la mayoría de los sujetos del estudio, en diferentes contextos.

La fortaleza del amor, implica las relaciones interpersonales, el cuidado por el otro, la amistad, cariño por los demás, capacidad de amar y ser amados. (Seligman, 1999). En la revisión de la historia personal de los investigados se encontraron dificultades desde los primeros años de vida: abandonos, crianzas por abuelos, maltrato y dificultades afectivas en la expresión del amor hacia ellos.

#### Programa de Apoyo basado en la Psicología Positiva

Una vez realizado el diagnóstico y habiendo identificado las necesidades de este grupo en rehabilitación, se estructuró un Programa de Apoyo, basado en la Psicología Positiva. (Ver

apéndice D). El Programa buscó que los participantes reconocieran sus respuestas emocionales previas y durante el proceso de rehabilitación mediante una serie de procedimientos como charlas temáticas sobre emociones, biología de la emociones, respuestas de relajación, relación entre cogniciones y emociones en la vida diaria; “darse cuenta” de sus reacciones emocionales les permitió relaborar unas más adaptativas y positivas que representan mayor utilidad en su nuevo estado de rehabilitación.

No comprender su reactividad emocional negativa genera frustración en la respuestas propias de afrontamiento, así como en las relaciones interpersonales que se tornan difíciles y complejas.

La relajación permite disminuir la ansiedad controlar impulsos heteroagresivos, el deseo de consumo representado en respuestas orgánicas.

Reconocen que el estrés en sus distintas manifestaciones forma parte de sus vidas expresado en irritabilidad, tensión emocional, respuestas psicofisiológicas que perturban su vida ya que se convierte en incontrolable y generando un malestar psicofísico.

Un programa de apoyo genera apertura en el plano positivo porque enfrenta a los participantes a una nueva experiencia de conocimiento interior y en el plano de sus relaciones interpersonales genera crecimiento impulsando al sujeto a la vivencia de del amor, la solidaridad, fraternidad, honestidad.

### Grupo focal evaluativo

Confirma la manifestación de experiencias emocionales positivas, en medio del crecimiento personal que les genera el espacio institucional como elemento de cohesión, la vivencia de la espiritualidad impulsa a la disciplina personal, al reconocimiento de los problemas ocasionados por las drogas en lo físico, psicológico, social y el distanciamiento con los sujetos significativos y con la misma sociedad.

La persistencia en el cumplimiento del tiempo estipulado en el centro de rehabilitación es un elemento de fragilidad debido a las demandas biológicas y por ende psicológicas de la adicción, algo que refieren “es una lucha de día a día, no es fácil salir de esto”, “insistir, por que a veces se pierden la ganas”, “con mucha persistencia y con ayuda de Dios”.

En torno a las relaciones grupales manifiestan “Claro agradezco todos los días a Dios y a mis amigos, compañeros por su apoyo incondicional”, “Todo el tiempo, primero doy gracias a Dios luego a mi familia y amigos, por el apoyo que me ofrecen”, “Si porque hay que ser agradecidos con aquellos que nos acompañan”, se puede observar las respuestas positivas en cuanto al acompañamiento del grupo y de los seres queridos.

Se puede comprobar la tendencia al cambio, la motivación en cuanto a sus proceso de rehabilitación y el impulso de seguir adelante sustentado en la espiritualidad y en la familia, así como el apoyo de la comunidad terapéutica.

En cuanto al proceso de rehabilitación confirman: “Si, es la meta que tengo en el momento no me gustaría perder la esperanza y la fe”. “Si toca aunque a veces se acaba la fuerza”.

“Si porque depende de nosotros que podemos lograr los objetivos”. Es una tendencia grupal donde se ven impulsados por objetivos comunes que les permiten tener mayor optimismo en el procesos de rehabilitación que están haciendo.

## DISCUSIÓN

En base a los resultados y su relación con los objetivos de la investigación se plantea a continuación, el desarrollo de las interpretaciones y conclusiones de la misma respecto al objeto de estudio planteado.

En primer lugar, se realizaron observaciones y charlas con los participantes para recolectar de manera natural las impresiones sobre su comportamiento emocional y las características de la población. Se planteó un grupo focal inicial para comenzar el diagnóstico.

Se plantearon los grupos focales cuyo objetivo era evidenciar la comprensión de las emociones, los mecanismos de expresión y las fortalezas. Una vez visualizado el diagnóstico se estructuró el programa de apoyo.

Hoy en día los problemas en gran parte están asociados a emociones negativas o son productos de ellas, sin embargo prevenir o reducir la emociones negativas, implica fortalecer la emociones positivas, cultivarlas en la vida de las personas y en aquellos que la rodean, esto permitirá transformar a las personas, elevar su calidad de vida a futuro. De esta manera se puede decir que, las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas (Fredrickson, 2000).

Según Seligman (2003) al manifestar que las emociones son adaptación, cuando se producen acontecimientos positivos y negativos existe un estallido emocional en la dirección correspondiente, pero normalmente después de poco tiempo el estado de ánimo vuelve a situarse dentro de los parámetros del rango fijo, esto indica que las emociones se desvanecen sin ser omitidas, pero de acuerdo a nuestras observaciones permanecen aunque como señala Seligman desvanecidas por la intensidad de lo que representa la adicción en los circuitos cerebrales de recompensa de estos sujetos.

#### Las drogas y su debate mundial

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas (UNODC, 2012).

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual

mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad. (UNODC, 2012).

Una de las repercusiones más importantes del consumo de drogas ilícitas son las consecuencias adversas que ello tiene para la salud de los miembros de la sociedad. El consumo de drogas también supone una gravosa carga financiera para la sociedad. En términos monetarios, se requerirían unos 200.000 a 250.000 millones de dólares (entre un 0,3% y un 0,4% del PIB mundial) para sufragar todos los costos de tratamiento relacionados con las drogas en todo el mundo. En realidad, las sumas reales destinadas al tratamiento de la toxicomanía son muy inferiores y menos de una de cada cinco personas que necesita dicho tratamiento lo recibe.

El impacto del consumo de drogas ilícitas en la productividad de una sociedad -en términos monetarios- parece ser aun mayor. Según un estudio realizado en los Estados Unidos, las pérdidas de productividad eran equivalentes al 0,9% del PIB y en estudios realizados en otros países se citaban pérdidas del orden del 0,3% al 0,4% del PIB.

El consumo de drogas es un fenómeno dinámico en que los usuarios ensayan distintas combinaciones de drogas, a veces mezclando drogas lícitas e ilícitas, así como distintas modalidades de consumo. Hay informes de que la politoxicomanía, es decir, el consumo de sustancias diversas ya sea de forma simultánea o sucesiva, es cada vez más frecuente en muchos países. Si bien la combinación de sustancias más común es la del alcohol con diferentes drogas ilícitas, otras combinaciones como el “speedball”, una mezcla de cocaína y heroína, también son



frecuentes en muchos lugares. Un gran número de países comunica altos niveles de consumo de drogas de venta con receta con fines no médicos. El consumo de opioides con fines no médicos resulta especialmente problemático y es la causa de que en los Estados Unidos las muertes por sobredosis de opioides de venta con receta se hayan cuadruplicado desde 1999. (UNODOC, 2012).

Un sondeo en los principales medios de comunicación de algunas ciudades del país muestra que en los últimos años la preocupación por el consumo y distribución de drogas en Colombia, ha tenido un viraje hacia el microtráfico, lo cual tiene su explicación en la búsqueda de una expansión y control del negocio, que según Acción Andina, mueve al año más de USD 350.000 millones en el mundo, es decir 700 billones de pesos. Si bien el negocio de las drogas ha utilizado como instrumentos de crecimiento la política, los grupos armados y actualmente la ciencia y la tecnología, esto no se ha traducido en el aumento de las exportaciones, por el contrario, su participación en el mercado mundial ha disminuido en un 15 por ciento.

En Colombia, por mencionar solo una cifra, en el primer semestre de 2011, fueron detenidas 34.000 personas por porte y tráfico de estupefacientes, de los cuales 4.000 fueron menores de edad. Lo cual indica que hoy el negocio del microtráfico se diversificó y encontró en calles, colegios y universidades una alternativa para masificar el consumo y la distribución. Específicamente, esta movilidad y acomodo del negocio ha llevado a considerar, y con ello se recuerda el planteamiento de dos décadas atrás, que el problema se encuentra en los barrios y comunas pobres, “y se nos olvida que el narcotráfico sigue siendo el combustible de todas las guerras que hemos padecido”<sup>3</sup> y que los jóvenes y las personas en condiciones de vulnerabilidad

social y económica son involucrados en el microtráfico, la nueva estrategia global del narcotráfico, a través de una tendencia a copar espacios y población, llegando incluso a los niños.

Es una problemática que representa altos costos personales, sociales, económicos e incluso culturales pues cambia el panorama de las relaciones en los diversos contextos en los que se presenta, la vida familiar, la vida social, las relaciones interpersonales, el delito, los costos para el sistema de salud y la deficiencia del mismo sistema jurídico y de salud para atender esta problemática acarrea profundos cambios en las políticas estatales.

Los lugares que funcionan como centros de rehabilitación no poseen ni el equipo humano especializado en la atención a personas farmacodependientes y/o adicciones, ni abordan tratamientos científicos y terapéuticos desde alguna perspectiva teórica psicológica y médico orgánico complementario que responda verdaderamente a las necesidades integrales de un individuo con estas patologías que requieren atención como tal. (DSM-IV, 1994).

La Psicología Positiva se constituye en una nueva perspectiva en cuanto al abordaje de múltiples problemas sin patologizar, sino como un elemento constructivo en la búsqueda de las cualidades más humanas que pueden condicionar al cambio y a la modificación de alteraciones adquiridas o sintomáticas.

Gran parte de la investigación y el esfuerzo teórico realizado por los psicólogos en los últimos años ha estado centrada en buscar la manera de prevenir el desarrollo de trastornos en sujetos potencialmente vulnerables (sujetos de riesgo). Sin embargo, no puede obviarse, que aún hoy, la psicología se ha mostrado incapaz de dar solución a esta cuestión. El modelo patogénico

adoptado durante tantos años se ha mostrado incapaz de acercarse a la prevención del trastorno mental. Quizá la clave de este fracaso se encuentre en que la prevención siempre ha sido entendida desde los aspectos negativos y se ha centrado en evitar o eliminar las emociones negativas. (Poseck, 2006).

Es importante destacar que las emociones positivas son etiquetadas como positivas porque generan una sensación placentera, frente a las negativas que generan malestar—, no porque sean necesariamente positivas desde un punto de vista adaptativo. En todo caso, lo cierto es que hasta el momento lo que se observa es que las emociones positivas presentan una gran cantidad de efectos positivos en diversas áreas del funcionamiento psicológico. Entre otros efectos, la investigación ha mostrado que el afecto positivo mejora la capacidad para resolver problemas, aumenta la creatividad, mejora la capacidad para resistir el dolor, aumenta el altruismo, etc. (Avia y Vázquez, 1998).

Los Programas de Apoyo no tienen una valoración en estudios publicados, existen programas de apoyo en varios campos desde lo educativo, social, terapéutico, pero bajo resultado individuales, pero registran en sus conclusiones datos importantes en torno a los logros alcanzados durante su aplicación y los cambios representados en cambios significativos en las conductas previas a unas más funcionales, adaptativas en diferentes problemas psicológicos y orgánicos o de resultados actitudinales en procesos sobre todo académicos y de rendimiento escolar.

Este estudio puede tomarse como una experiencia positiva en la aplicación de un programa de reconocimiento emocional, entendimiento de las emociones, experiencias de las posibilidades que tiene el ser humano en torno al cambio y surgir luego de la caída.

Los elementos pueden verse en mecanismos de afrontamiento, valoración de sus propias emociones sin demeritar la masculinidad, oportunidades para el cambio y la superación de los problemas asociados al consumo de drogas; esto manifiesta actitudinalmente respuestas positivas en los participantes y manifiestan la sorpresa de como se presentan sus emociones, como se relacionan con los pensamientos y que posibilidades tienen en torno al cambio.

Las requisiciones en torno a continuidad por parte de la comunidad terapéutica surgen a partir de la aplicación de un modelo no vivenciado por ellos en procesos anteriores o similares al que se encuentran, plantea que el Programa de Apoyo desde la perspectiva de la Psicología Positiva es exitoso en cuanto a que los individuos manifestaron gusto, colaboración y adhesión durante el abordaje y la aplicación del Programa, pues experimentaron cambios pero como es de todos sabido, incluso referenciado por ellos mismos, “sin un acompañamiento como este constante, no funcionará”. En el tiempo es reconocido que el programa fue eficaz pero para mantener el cambio se hace necesario una aplicación constante y de soporte del mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación muscular progresiva*.

Bilbao: DDB.

Blández J. (1996). *La investigación-acción: Un reto para el profesorado*. Barcelona, España:

INDE.

Borroto CR, Aneiros RR. (1992). *Investigació acción*. Resumen y revisión de Kemmis S. Action

Research, Escuela Nacional de Salud Pública. Recuperado de:

[http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/39\\_investigacion\\_accion.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/39_investigacion_accion.doc).

Caballero Martínez, L. (2000). *Adicción a la cocaína: de la neurobiología a la clínica humana*.

*JANO*. Psiquiatría y humanidades. vol. 2. no. 1. p.5-9.

Cáceres, D. y Salazar, I. (2006). *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de*

*riesgo y protección con los factores psicosociales*. Cali: Universidad Javeriana

Carboni, E.; Rolando, M,T., Silvagani A., y Di Chiara, G. (2000). *Increase of dialysate*

*dopamine in the bed nucleus of stria terminalis by clozapine and related neuroleptics*.

*Neuropsychopharmacology*. no. 22. p. 140-7.

Contreras Françoise, E. G. (2006). *Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología*.

Diversitas, Julio diciembre. vol. 2, no. 002. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia.

p. 311-319.

Di Chiara, G. (1995). *The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role*

*in motivation*. Drug Alcohol Depend. vol. 38. p. 95-137.

Dirección nacional de estupefacientes (DNE) (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre*

*consumo de drogas sintéticas en la población universitaria*. Informe de Colombia.

Gil-Verona a, J.F (2003). *Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso*.

Gómez, J. & Muñoz, M. (2000). *Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de*

*iguales para el consumo de drogas en adolescentes*. Psicología conductual. vol. 8. p. 19-

32.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona:

*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. (2002). A.P.A. Texto revisado.

Criterios diagnósticos. Editorial Elsevier Masson.

Martínez, E. (2009). *Prevención de recaídas*. Un libro de herramientas para personas en

recuperación. Bogotá: Ediciones Aquí y Ahora.

Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia). (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia*.

Recuperado de: <http://odc.dne.gov.co>.

Mora, F. (1994). Sanguinetti, AM. *Diccionario de Neurociencias*. Madrid: Alianza.

Myers, David G. (2005). *Psicología*. Médica Panamericana. 7 ed. Buenos Aires: Madrid.

Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Resumen ejecutivo. UNODC: Oficina contra la Drogra y el Delito.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Fortalecimiento de la salud mental*. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, EB109.R8.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación internacional de enfermedades CIE 10*. Capítulo trastornos mentales CIE 10, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health).

Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría en la 58ª asamblea mundial de la salud.*

Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/report](http://www.who.int/substance_abuse/report).

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. Lista tabular. Washington, D.C.: OPS. (Publicación científica 554). vol. 3.

Ortíz, José Agustín (2008). *Un clásico de la Psicología Positiva traducido al castellano*. En: Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria (RIDU). vol. 4 no. 1. Diciembre. [Consultado 12/10/2011]. Recuperado de: [http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2008/ridu5\\_resena2jao](http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2008/ridu5_resena2jao).

Pinel P.J. John. (2007). *Biopsicología. Capítulo 15. Drogadicción y circuitos cerebrales de recompensa*. s.l. Pearson.

República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*.(Consultado 11 de mayo de 2006). Recuperado de: [http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio\\_salud\\_mental\\_colombia.pdf](http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf).

Seligman, M.E.P. 2004. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press. ISBN 0-7432-2297-0 (Paperback edition, 2004, Free Press, ISBN 0-7432-2298-9). En español: Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Ediciones B.



Seligman, Martin E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

Seligman, Martin E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*. vol. 55. no. 1. p. 5-14.

Vázquez C. & Hervás G. (2009) *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. s.l. Alianza Editorial.

Vázquez Carmelo, H. G. (2008) *Psicología Positiva Aplicada*. Editorial Desclée de Brower.

Vázquez Carmelo, (2006). *La psicología positiva en perspectiva*. *Papeles del Psicólogo*. vol. 27. no. 1. p. 1-2. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>.

Vecina Jiménez, M. L. (s.f.). *Emociones positivas*. *Papeles del Psicólogo*. vol. 27. no.1. p. 9-17. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>.

Vera Poseck Beatriz. (2006). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. *Papeles del Psicólogo*. vol. 27. no. 1. p. 3-8. Recueprado de: <http://www.cop.es/papeles>.

W.H.O. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1

Wallis, C. (2005). *The new science of happiness*. *Time, Mind & Body*. no. 65. p. 38-44.

Webster M. (2000). *New World Medical Dictionary*. Irvine, California: Wiley, Johns and Sons.

WHO (1984). *A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Copenhagen.* WHO Press, World Health Organization. Geneva.

World Health Organization. (2003). *The world health report: Shaping the future.* Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol.* Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html).

## Cuadro de tablas

A continuación se presentan algunos datos sociodemográficos de los sujetos de la investigación:

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los sujetos de la investigación.

SUJETO	GENERO	EDAD	ESCOLARIDAD
1	masculino	57	ninguno
2	masculino	18	6to grado
3	masculino	34	Undécimo grado
4	masculino	19	Primero primaria
5	masculino	42	Quinto primaria
6	masculino	37	Noveno grado
7	masculino	16	Séptimo secundaria
8	masculino	51	Tercero primaria
9	masculino	30	Sexto grado
10	masculino	57	Quinto primaria
11	masculino	22	Segundo semestre ingeniería mecánica
12	masculino	38	Quinto primaria
13	masculino	28	Octavo grado
14	masculino	51	Cuarto primaria
15	Masculino	35	Sexto grado
16	Masculino	50	Undécimo grado

**Tabla 2.** Tipos de drogas

Tipo de droga	Características	Efectos	Riesgos
Alcohol	Droga depresora que produce somnolencia.	Primero estimula, después relaja y produce somnolencia.	Alteración del juicio y coordinación, depresión, intoxicación etílica. Adicción física y psicológica.
Tabaco	Droga estimulante.	Sensación de control, calma y excitación.	Adicción física y psíquica. Puede producir cáncer de boca, garganta, pulmón, estómago. Accidentes cerebro vasculares.
Éxtasis-anfetaminas	Droga estimulante.	Provoca que las emociones sean más intensas (negativas o positivas).	Sudoración, náuseas, ansiedad, depresión, paranoia. Adicción psicológica.
Cocaína/Crack	Droga estimulante	Sensación de euforia que puede durar de entre 5 y 30 minutos.	Rápida adicción física y psicológica. Puede producir la muerte por ataque cardíaco o insuficiencia respiratoria.
Sedantes o barbitúricos.	Droga depresora.	Produce sensación de relax.	Adicción psicológica. Puede causar temblores, confusión, dificultad de expresión y la muerte por insuficiencia respiratoria.
Hachís/Marihuana	alucinógeno	Sensación de excitación o de adormilamiento. Cambios de humor	Adicción psicológica que introduce al individuo en el mundo de las drogas. Náuseas. Alucinaciones.
Heroína	Droga estimulante.	Sensación de euforia o sobreexcitación.	Altamente adictiva. Alteraciones en todo el cuerpo. Puede provocar el contagio del VIH o la hepatitis.

## APENDICES

### Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Emociones positivas y capital psíquico en pacientes en rehabilitación

Consentimiento de participación en el estudio

El grupo de investigación en psicología positiva, de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se encuentra realizando un estudio para determinar el valor de las emociones positivas y el capital psíquico en pacientes en proceso de rehabilitación, de tal modo que puedan acceder y potenciar estos elementos en beneficio de su recuperación.

Para realizar la investigación, se hace necesario conversar con las personas mediante la realización de grupos focales y talleres, que serán utilizados con fines estrictamente académicos y científicos y se mantendrán en todos los casos el principio de **confidencialidad**, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas administrativas y éticas para la investigación en salud del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia resolución N° 0008430 de 1993 consignados en el título II de la investigación en seres humanos artículos 5,6,8,11,14.

Yo

---

Con

C.C

DE

Acepto participar de manera voluntaria en el estudio en mención.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído, comprendido y accedido plenamente este documento y en consecuencia acepto su contenido.

FIRMA:

---

C.C \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

## Apéndice B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Emociones positivas y capital psíquico en pacientes en rehabilitación

GRUPO FOCAL INICIAL # 1

Fecha:

Lugar:

Actividad:

Tema: Las emociones en mi vida

Nombre del moderador:

Asistente del moderador:

Participantes:

Entrevista:

1. ¿Cuáles son las emociones más frecuentes en su vida?
2. ¿De qué manera se solucionan los problemas cuando se presentan en el grupo?
3. ¿Qué papel creen que cumplan las emociones en su proceso de rehabilitación?
4. ¿Cómo reacciona usted cuando algo no sale como lo esperaba?
5. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes en el grupo?
6. ¿Cuándo no esta consumiendo que emociones expresa o manifiesta?
7. ¿Cree que se puede controlar las emociones y sentirse mejor en la vida?
8. ¿Cómo podría controlar sus emociones negativas?

## Respuestas grupo focal 1

PREGUNTA 1	
Participantes	¿Cuáles son las emociones más frecuentes en su vida?
A	Se tiene alegría, buen ánimo, fe en la vida, desde que estamos aquí.
B	La depresión, mucha tristeza por la vida en ocasiones.
C	Miedo, tristeza, depresión y alegría.
D	Ansiedad, angustia, y alegría en muchas ocasiones.
E	Alegría y en ocasiones tristeza.
F	Alegría, amor tranquilidad.

PREGUNTA 2	
Participantes	¿De qué manera se solucionan los problemas cuando se presentan en el grupo?
A	Tratamos de no discutir y buscamos la solución.
B	Dialogando para que nos afecten las cosas.
C	Paz, tranquilidad y ignorando.
D	Dialogando comprensión confianza.
E	Hablando entre todos.
F	Se habla y se trata de entender la razón del problema y se buscan soluciones.

PREGUNTA 3	
Participantes	¿Qué papel creen que cumplan las emociones en su proceso de rehabilitación?
A	Son muy importantes, son las que me indican la mejora que llevo desde que inicié.
B	Me siento seguro.
C	Se cumplen emociones positivas. Con cambio para la vida. Para ser alguien nuevo de pensamiento y no de fracasos.
D	Paz, tranquilidad, asistencia.
E	Muy importante, porque son las que nos permiten seguir en el proceso.
F	Cumplen un papel muy importante.

PREGUNTA 4	
Participantes	¿Cómo reacciona usted cuando algo no sale como lo esperaba?
A	Con serenidad y paciencia.
B	El chisme.
C	Es con rabia y no he podido mantenerme en la calma.
D	Nervioso, desesperado, preocupado.
E	Con ira y algo de tristeza.
F	Con algo de decepción y tristeza.



PREGUNTA 5	
Participantes	¿Cuáles son los problemas mas frecuentes en el grupo?
A	De tolerancia.
B	No respondió.
C	Por problemática, chismes y discordia.
D	Conciencia, difamar, pleitos
E	De convivencia.
F	La falta de solidaridad con los que más la necesitan.

PREGUNTA 6	
Participantes	¿Cuando no esta consumiendo que emociones expresa o manifiesta?
A	Mantengo tranquilo, pero en ocasiones me siento ansioso.
B	Me siento bien
C	Emociones, rabia, angustia, deprimido.
D	Animo, alegría, tranquilidad.
E	Feliz pero a veces ira.
F	Me siento feliz y las personas me aceptan más.

PREGUNTA 7	
Participantes	¿Cree que se puede controlar las emociones y sentirse mejor en la vida?
A	Si se pueden controlar las emociones, solo se requiere de calma.
B	Sí.
C	Creo que me falta un poco para controlarlas.
D	Apoyándose y dándose confianza del uno al otro.
E	Sí, con el apoyo de mis amigos, familia y compañeros.
F	Sí, yo aprendí a controlar las emociones que me inducían a la droga.

PREGUNTA 8	
Participantes	¿Cómo podría controlar sus emociones negativas?
A	No dejando que nos invada la ira y el coraje, relajándonos y contar hasta diez; pedirle a dios que nos de calma y serenidad.
B	Buscando un centro de rehabilitación.
C	Buscando de Dios, de la familia y actividades.
D	Terapias ocupacionales: juegos, lectura o ejercicios.
E	Manteniéndome ocupado y hablando mas con mis compañeros
F	Con apoyo de mi familia y control de mi parte.

## Apéndice C

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Emociones positivas y capital psíquico en pacientes en rehabilitación

GRUPO FOCAL # 2

Fecha:

Lugar:

Actividad:

Tema: La expresión de las fortalezas

Nombre del moderador:

Asistente del moderador:

Participantes:

Cuestionario:

1. ¿Confía usted en las capacidades que tiene para lograr su rehabilitación?
2. ¿Cree que las personas que están a su alrededor confían en usted?
3. ¿Cuándo recae respecto a su rehabilitación se siente frustrado?
4. ¿Se siente con capacidad de recuperarse después de recae?
5. ¿A pesar de las dificultades del proceso de rehabilitación conserva el sentido del humor?
6. ¿Le motiva en este proceso sentirse apoyado por familiares o amigos?
7. ¿Es capaz de dar amor a familiares y compañeros de grupo de apoyo?
8. ¿Conserva el sentido de gratitud hacia el grupo, personal de apoyo y familiares?

Respuestas grupo focal 2

PREGUNTA 1	
Participantes	¿Confía usted en las capacidades que tiene para lograr su rehabilitación?
A	Si, se que soy capaz de seguir mejorando cada día.
B	Si.
C	Si confió porque quiero lograrlo, con la ayuda de Dios.
D	Si teniendo autoestima conmigo mismo.
E	Si, yo se que puedo.
F	Hasta el momento la confianza en mi mismo me ha ayudado a mantenerme en mi recuperación y espero siga así.

PREGUNTA 2	
Participantes	¿Cree que las personas que están a su alrededor confían en usted?
A	Si, nos brindamos apoyo, para salir bien librados y eso requiere apoyo.
B	Algunos.
C	Si confían con dudas porque no he tenido un testimonio con ellos.
D	Si porque ven un cambio a medida que pasa el tiempo.
E	Si, por ellos estoy tratando de cambiar.
F	Si totalmente.

PREGUNTA 3	
------------	--

Participantes	¿Cuándo recae respecto a su rehabilitación se siente frustrado?
A	En este momento gracias a Dios no recaigo con facilidad, pero antes si era frustrante.
B	Si.
C	Si me siento mal y me lleno de nostalgia y siento que he perdido lo prometido.
D	Me sentiré como si no hubiera sido capaz de enfrentar mi problema.
E	Claro, con frecuencia.
F	Solía recaer fácilmente, y por supuesto que me sentía frustrado pero pude salir de eso.

PREGUNTA 4	
Participantes	¿Se siente con capacidad de recuperarse después de recaer?
A	Si, pude levantarme antes ahora más.
B	Si.
C	Si siento capaz porque, cuando uno se cae tiene que levantarse.
D	Si porque me daría de cuenta de la oportunidad por no ser prudente.
E	Con la ayuda de mis compañeros si.
F	Si yo pude recuperarme antes ahora mucho más.

PREGUNTA 5	
Participantes	¿A pesar de las dificultades del proceso de rehabilitación conserva el sentido del humor?
A	Si, me encanta tomarle el lado bueno a la vida.
B	A veces.
C	Si se mantiene el sentido del humor.
D	Claro que si, siempre conservaría mi alegría frente a mis compañeros.
E	En pocas ocasiones.
F	Al principio no era fácil, pero poco a poco me siento mucho mejor y puedo ser más humorista ahora.

PREGUNTA 6	
Participantes	¿Le motiva en este proceso sentirse apoyado por familiares y amigos?
A	Pues no tengo familia, pero mis amigos son un punto de apoyo para mi y para mi recuperación.
B	Si por los familiares y amigos.
C	Si me fortalece y me hace sentir satisfecho, y con mucho esfuerzo.
D	Si porque eso es con el fin de cambiar y demostrar de que se puede.
E	Claro, es bueno contar con ese apoyo.
F	Si, es importante el apoyo.

PREGUNTA 7	
Participantes	¿Es capaz de dar amor a familiares y compañeros de grupo de apoyo?
A	A mis amigos les ofrezco todo lo mejor de mí.
B	Si.
C	No respondió.
D	Si porque todo lo que hacen es por mi bien.
E	Por supuesto.
F	Si, soy capaz de dar amor.

PREGUNTA 8	
Participantes	¿Conserva el sentido de gratitud hacia el grupo, personal de apoyo y familiares?
A	Claro agradezco todos los días a Dios y a mis amigos, compañeros por su apoyo incondicional.
B	Si.
C	Si porque ayudan a que nuestro proceso sea más llevadero.
D	Si porque hay que ser agradecidos con aquellos que nos acompañan.
E	En ocasiones no lo suficiente.
F	Todo el tiempo, primero doy gracias a dios luego a mi familia y amigos, por el apoyo que me ofrecen.

## Apéndice D

### PROGRAMA DE APOYO BASADO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN UN GRUPO DE ADULTOS DE LA FUNDACIÓN Y GRUPO DE APOYO “EL CAMINO” EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

#### Justificación

Superar una adicción no es un proceso fácil pues involucra un componente psicológico por los condicionantes propios del sujeto y otro fisiológico por la alteración de los circuitos cerebrales de recompensa que generan la dependencia de la sustancia.

Para algunos es simplemente un problema de voluntad, en otros es por debilidad moral, y hasta por castigo de Dios. Pero el tema es mucho más complejo como se señalaba al inicio y la adicción es un proceso que restringe la voluntad y disminuye la libertad de manera gradual, afectando el cerebro, la personalidad, el ambiente donde se desenvuelve el sujeto e incluso lo más profundo del ser humano: su espiritualidad.

Para muchos científicos la adicción es una enfermedad biopsicosocial, para otros es un trastorno mental que incide en todas las dimensiones del ser humano; sin embargo hay que reconocer que las adicciones son un problema grave que necesita una atención particular y especializada.

Dentro de ese proceso de las adicciones se presentan en los individuos reacciones emocionales incontrolables en ciertos momentos, pero también lo gran expresar en medio de su padecimiento emociones positivas que se ven disminuidas pero que se podrían fortalecer y



convertir en constantes si son reconocidas y reforzadas en la conducta y en el nivel de las cogniciones.

Uno de los aspectos más tradicionales es el de la motivación, que se relaciona con las emociones y jerarquiza o distingue entre los motivos primarios y secundarios por los que se guían la mayoría de los individuos. Los motivos primarios, directamente involucrados en la preservación del individuo o de la especie (hambre, sed, sueño o sexo) tienen una dependencia relativamente directa de bases fisiológicas. Los motivos secundarios son aprendidos y no son directamente necesarios para la conservación del individuo, ni de la especie. Derivan de emociones y motivos primarios, pero una vez establecidos pueden modificarlos. Los motivos secundarios, a su vez, pueden ser personales o sociales, si son independientes o no de las distintas relaciones sociales.

La emoción es una experiencia compleja compuesta por diferentes dimensiones psicológicas. Así, además del componente puramente experiencial, subjetivo y fenomenológico, las emociones pueden caracterizarse por las reacciones fisiológicas que conllevan, o por los pensamientos o conductas que comportan. Una de las dimensiones más características es la manifestación conductual externa, lo que podríamos denominar como expresión de las emociones. Llorar, reír, fruncir el ceño, o mover los brazos airadamente suministran información acerca del estado emocional de quien manifiesta tales patrones de comportamiento.

La expresión de las emociones puede manifestarse de diferentes modos. De entre ellos, la expresión facial es la más característica en los seres humanos. Los principales músculos de la

cara implicados en la expresión facial están inervados por dos nervios craneales: 1) el nervio facial, que inerva los músculos de la expresión facial y 2) el trigémino, que inerva los músculos que posibilitan el movimiento de la mandíbula.

Una de las cuestiones más controvertidas en psicología de la emoción es si existen algunas emociones básicas de las que proceden el resto. Si esto fuera así debería ser universales y manifestarse de forma similar en todos los seres humanos, independientemente de las condiciones socioculturales. Los estudios dedicados a corroborar la hipótesis de la universalidad de las emociones básicas consisten en comprobar si el reconocimiento de las mismas se produce inequívocamente, a pesar de que sean expresadas por individuos de diferentes culturas o etnias.

Las emociones que tradicionalmente se han considerado como básicas y universales son alegría, ira, tristeza, sorpresa, miedo y asco. La expresión de tales reacciones afectivas sería similar en todos los seres humanos y su reconocimiento debe ser universal.

Es necesario permitir que los individuos en un proceso de adicción reconozca sus respuestas emocionales y las canalicen a unas más eficientes y positivas que permitan el control emocional, muy necesario cuando las funciones de respuesta del sistema nervioso están alteradas por las sustancias que inundan el organismo.

### Marco teórico

Para realizar una intervención a través de un taller que represente efectividad es necesario hablar de diferentes elementos que estén relacionados con las respuestas emocionales y que hagan claridad sobre el por que se dan en medio de una conducta adictiva, pues un adicto no sabe

reconocer en que momentos se manifiestan y por qué se “estalla” en ciertas ocasiones y también que puede hacer con aquellas emociones que le generan tranquilidad y esperanza pero que son menos duraderas.

### Las emociones

Las emociones son alteraciones súbitas, rápidas e intuitivas de nuestro estado de ánimo que experimentamos casi sin darnos cuenta. Son provocadas por ideas, recuerdos o acontecimientos que producen reacciones rápidas que conducen a actuar en función de lo que sentimos en ese momento.

Las emociones pueden ser positivas o negativas. Las negativas afectan a nuestro estado de ánimo y perjudican seriamente nuestra salud emocional. Por el contrario, las emociones positivas como la alegría, el sosiego, la felicidad, etc... nos permiten ser más inteligentes.

La emoción producida da paso a un estado de ánimo que denominamos sentimiento. Así por ejemplo, después de una emoción súbita de tristeza producida por una mala noticia (desastres naturales, hambre, accidentes..) nos produce un sentimiento de frustración, de impotencia, de decaimiento de no poder hacer nada, es nuestro estado de ánimo derivado de la emoción negativa, y que se prolonga en el tiempo, es más duradero que la propia emoción.

### Las emociones positivas

La emoción positiva es aquella que nos resulta sana y saludable: la alegría, la satisfacción, el amor, la generosidad, la tolerancia, la humildad...experimentarlas demuestra nuestra

inteligencia emocional. Vivirlas en nuestras relaciones con los demás es la mejor manera de cuidar de nosotros mismos.

Las emociones positivas nos proporcionan algunos efectos como equilibrio, tranquilidad, relajación y aumenta nuestra autoestima. Producen salud emocional.

#### Las emociones negativas

Las emociones negativas son las que nos resultan perjudiciales para nuestra salud, son insanas para nuestra persona. Estar a menudo enfadado, deseoso de...”me las pagarás”, los celos, la envidia, la indiferencia...es como un veneno que nos hace daño a nosotros mismos porque nos hace infelices, nos impide sentirnos emocionalmente equilibrados, y todo ello nos aísla de lo que nos rodea. ¿Acaso le gusta a una persona dialogar con otra que siempre está alterada? Más bien no. Al contrario, se le evita, se le huye.

Las emociones negativas dañan las relaciones con los demás, causan conflictos. Sin embargo hemos de saber que las emociones negativas ocurren en nuestras vidas, debido a los acontecimientos y a la manera de “ver” que cada uno de nosotros tenemos, pero debemos tener la suficiente INTELIGENCIA EMOCIONAL para sabe CONTROLARLAS, y que no perturben nuestro ánimo. Necesitamos un buen estado de ánimo para vivir felizmente.

Es frecuente escuchar: “Es que tiene un carácter muy agrio”. Lo que esto significa es, precisamente, que se está viviendo atrapado por las emociones negativas de la ira, de la ansiedad, de la envidia, de los celos, de la pérdida de los “nervios”...y ello da lugar a que se evite la relación con esas personas.

Sino se logra controlar bien las emociones negativas, éstas hacen formar “mal carácter”. Debemos transformarlas en emociones positivas o, al menos, controlar las lo mejor posible, y evitar convivir con ellas más tiempo del necesario. También hay que reconocer que hay ocasiones en la que nos enfadamos, pero hemos de saber cómo y hasta qué punto.

### Capital psicológico

El constructo de capital psicológico, desarrollado por la Psicóloga Argentina María Mastina Casullo (2006), y que hace referencia al conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas de carácter personal. Casullo (2006) encontró cinco categorías que conforman el capital psíquico.

1. Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento (creatividad, curiosidad, motivación para aprender y sabiduría).
2. Capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos (honestidad, autoestima, persistencia y resiliencia).
3. Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana (liderazgo, lealtad, compromiso y prudencia).
4. Capacidades para establecer vínculos interpersonales (inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo).
5. Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos (sentido de la justicia, capacidad para personar, gratitud y espiritualidad).

## Elementos del capital psíquico

- 1) Creatividad pertenece a la dimensión Capacidades cognitivas, involucra la posibilidad de generar comportamientos novedosos, sorprendidos y poco comunes, que faciliten la adaptación al contexto y al ambiente. Asimismo supone habilidad para resolver problemas de manera original.
- 2) Honestidad se encuentra incluida dentro de la dimensión Capacidades emocionales. Es un rasgo de la personalidad que implica poder expresar, tanto pública como privadamente, aquello que se siente y piensa. Supone valorar la identidad, rechazar las mentiras y falsedades, poder actuar en función de las ideas y creencias personales revelando consistencia entre acciones y valores personales.
- 3) Compromiso forma parte de la dimensión Habilidades Cívicas e implica la capacidad para realizar una tarea o ejercer un rol de manera sostenida a lo largo del tiempo.
- 4) Sentido del humor incluido dentro de la dimensión Capacidades Vinculares, es definido como un constructo multifacético, que puede referirse tanto a las características de un estímulo como al proceso mental que hace posible la risa, el ser capaz de hacer y admitir bromas. El sentido del humor es también considerado una estrategia de afrontamiento y un mecanismo de defensa sano.
- 5) La Capacidad de Perdonar forma parte de la dimensión Sistema de Valores. Dicha capacidad requiere de un proceso de cambio en las motivaciones interpersonales que implica reducir los comportamientos evitativos, la búsqueda de revancha e incrementar

las actitudes de benevolencia. Perdonar implica un cambio interno en el que los pensamientos, sentimientos y acciones hacia quien es objeto del perdón se transforman en más positivos.

### El estrés y las emociones

Existen situaciones en las que nos ponemos nerviosos, pero hemos de saber actuar como actuar para relajarnos. Hay otros momentos en los que sentimos un gran deseo de vengarnos de algún compañero o amigo, pero hemos de saber valorar la situación y tomar decisiones favorables. Vivir con emociones negativas de manera permanente es como vivir con nuestro peor enemigo. Las emociones negativas alteran nuestro Sistema Nervioso Central.

Según la concepción de la activación del estrés, éste se produce cuando existe una incapacidad del organismo para mantener un equilibrio entre los procesos fisiológicos de activación. El sistema simpático adrenal, encargado de mantener el equilibrio en el organismo y facilitar las respuestas de lucha o huida, es el compuesto por la rama simpática del sistema nervioso autónomo, emergente del hipotálamo y las glándulas suprarrenales. Las situaciones de estrés favorecen que la tirosina se convierta en noradrenalina (NA).

Las consecuencias fisiológicas más relevantes de la activación son las siguientes:

-Aumento de presión sanguínea, frecuencia cardiaca, hormona de crecimiento, hormona tiroidea, esteroides adrenocorticales, secreción de ACTH y plaquetas.

-Disminución de secreción de insulina y de la actividad intestinal.

-Broncodilatación.

-Vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular.

-Glucogenolisis, lipolisis.

Dicha respuesta de activación ha sido un mecanismo adaptativo fundamental para la supervivencia de la especie, dado que supone poner en marcha todos los mecanismos y recursos disponibles en el organismo para que éste pueda producir una respuesta inmediata e intensa ante situaciones amenazantes o peligrosas. De esta forma el individuo puede ejecutar una respuesta de defensa o ataque eficaz en situaciones que requieren una reacción rápida y con un elevado gasto metabólico y energético.

Una respuesta de activación, o estrés semejante no es negativa en sí misma; más bien al contrario, es un mecanismo adaptativo fundamental que ha servido para que el ser humano pueda enfrentarse con eficacia ante eventos amenazantes a lo largo de la evolución filogenética. Los conocidos problemas somáticos y mentales a los que puede conducir el estrés son debidos a las consecuencias negativas de dicha respuesta de activación cuando ésta es excesiva, o se produce con demasiada frecuencia y ante eventos que en realidad no requieren semejante reacción por parte del organismo. Si hacemos un repaso de las situaciones potencialmente amenazantes para cualquier persona en la actualidad (mantener una entrevista para conseguir un trabajo, pisar el freno del automóvil cuando se cruza otro vehículo en nuestra trayectoria, realizar un examen, o hablar ante un público exigente, por poner algunos ejemplos), podemos constatar que en la gran mayoría de los casos no se requiere una reacción excesivamente intensa del sistema simpático adrenal. No obstante, la respuesta fisiológica típica en estos casos es un incremento exagerado en la activación (aumento de la frecuencia cardiaca y presión sanguínea, aumento de la respiración y



tensión muscular, etc.), respuesta ésta tan innecesaria como peligrosa debido a la frecuencia con que se producen tales eventos amenazantes.

Podemos convenir que este exceso de reacción fisiológica ante situaciones que no exigen semejante respuesta y el hecho de que aparezca con demasiada frecuencia, es lo que puede llegar a producir las conocidas alteraciones mentales y somáticas producidas por el estrés (trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, o inmunológicos).

Uno de los procedimientos de intervención más utilizados en psicología para combatir el estrés y mitigar sus consecuencias es la relajación. El fundamento teórico es que la relajación es radicalmente contraria al estrés, tanto en la reacción fisiológica que se produce, como en las manifestaciones conductuales y procesos cognitivos que comporta. De esta manera, bien aisladamente, bien formando parte de un proceso de intervención más complejo, la relajación suele estar presente en la gran mayoría de técnicas psicológicas de superación del estrés y podemos definirla como una de las técnicas más características de autocontrol emocional.

Podemos convenir que la mayor parte de técnicas de relajación que existen en la actualidad (al menos en occidente) derivan bien de la técnica de relajación muscular progresiva, de Jacobson, bien del entrenamiento autógeno (o autorrelajación concentrativa), de Schultz. No obstante, lo común es que los procedimientos de relajación actuales comprendan las características principales de ambos procedimientos.

## TALLER DE COMPRENSIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS EN PACIENTES CON ADICCIONES

Desarrollo del taller

Hora: 3-5 pm

Fecha: Junio 16 de 2012

Objetivos:

- Interpretar emociones positivas en la vida cotidiana por parte de los participantes.
- Fortalecer el capital psíquico mediante la reflexión de los recursos propios de los seres humanos.
- Comprender la necesidad de cultivar las emociones positivas y el capital psíquico como parte del proceso de rehabilitación.

Metodología

Para cerrar las actividades realizadas a partir de los grupos focales donde se logró la expresión de contenidos cognitivos y emocionales que permitieron encontrar resultados interesantes en esta población específica, se aplica un taller de autorreconocimiento donde se hace énfasis en las emociones positivas, el capital psíquico de las personas en proceso de rehabilitación, cuyo objetivo es impulsar el mantenimiento de estados positivos que permitan la recuperación de estas personas.

Se busca un tránsito entre lo cognitivo, lo emocional y lo fisiológico y el reconocimiento de las funciones de estas estructuras que por la adicción no se sienten sino reacciones desagradables.

Aplicación

Nombre:

Expresar lo que se entienda sobre los siguientes temas:

¿QUÉ SABES DE...?

¿Qué crees que son las emociones?

¿Qué son las emociones positivas?

¿Qué son las emociones negativas?

## EJERCICIOS

1. Describe las siguientes emociones positivas:

GENEROSIDAD.....

ALEGRÍA.....

FELICIDAD.....

SERENIDAD.....

HUMILDAD.....

2. Describe una situación en que hayas sentido una emoción positiva.....

.....

.....

Emociones negativas

EJERCICIOS

1. Describe las siguientes emociones negativas:

CELOS

RABIA

TRISTEZA

ALTERADO

2. Describe una situación en que hayas sentido una emoción negativa.

.....

.....

.....

¿Por qué es bueno cultivar las emociones positivas y que se puede ganar en su vida personal cuando las fortaleces y las expresa? Exprese ampliamente.

.....

.....

.....

.....

## Entrenamiento en relajación para el control emocional

### Relajación muscular progresiva

Lo más característico de este procedimiento es que la relajación global del organismo se produce mediante la relajación secuencial y ordenada de una serie de grupos musculares mediante ciclos de tensión-distensión. El individuo procede a tensar el grupo muscular que corresponda durante un breve periodo (de unos dos segundos, aproximadamente), para después distender dicho músculo repentinamente y mantener dicho estado de distensión durante un periodo de tiempo más prolongado. Esta secuencia se repite en cada uno de los grupos musculares de que consta la relajación. El fundamento de proceder a este ciclo de tensión distensión es doble. Por un lado facilita que se aprenda a discriminar las sensaciones producidas por tensión muscular, de forma que el individuo puede identificar tales estados de tensión cuando se encuentre realizando cualquier otra actividad y reaccionar apropiadamente en ese momento, sin esperar a que la tensión muscular produzca alteraciones como dolor. Por otro lado, durante el proceso de relajación el realizar una tensión moderada y distender el músculo repentinamente facilita la relajación muscular.

La relación de los principales músculos implicados en la relajación muscular progresiva es la siguiente:

1. Mano y antebrazo dominantes
2. Bíceps dominante
3. Mano y antebrazo no dominantes

4. Bíceps no dominante
5. Frente
6. Parte superior de las mejillas y nariz
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
8. Cuello y garganta
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
10. Región abdominal o estomacal
11. Muslo dominante
12. Pantorrilla dominante
13. Pie dominante
14. Muslo no dominante
15. Pantorrilla no dominante
16. Pie no dominante

Los ejercicios específicos de cada uno de dichos grupos musculares son los siguientes:

1 y 3. Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.

2 y 4. Contraer el bíceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón.

5. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente

6. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios

7. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer un sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.

8. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.

9. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.

10.- Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.

11 y 14.- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso.

12, 13, 15 y 16. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:

a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante

b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

A continuación se detallan una serie de indicaciones tal y como las solemos presentar a nuestros pacientes cuando les instruimos en este procedimiento de relajación.

Indicaciones para relajación muscular progresiva

1. Siga siempre una secuencia ordenada y procure que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa)

2. No se preocupe si olvida algún músculo por tensar y relajar, continúe con la relajación con el siguiente que se acuerde. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es que haga un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.

3. Tense durante 2 segundos y relaje el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Mantenga el músculo relajado durante 15 segundos antes de tensar de nuevo. El tiempo que hemos fijado es aproximado.

4. Nunca sobre esfuerce el músculo. Al tensar no se pretende producir un alto nivel de contracción, sino facilitar la distensión. Tensar con demasiada fuerza puede ser perjudicial y producirle molestias (hay que tener especial cuidado cuando se tensan los pies).

5. Al relajar, suelte el músculo de repente, no lo distienda lentamente pues ello requiere activación muscular.

6. Imagine en cada momento los músculos que está tensando y relajando.

7. Imagine especialmente el músculo relajado. Vea cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo

8. Concéntrese durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.

9. Una vez que haya relajado todos los músculos haga un repaso mental de ellos comenzando del final al principio de la secuencia. Sólo imagine mentalmente, no vuelva a tensar ningún músculo.



10. Estando relajado quédese el tiempo necesario, o que usted considere conveniente. Se trata sin duda del momento más agradable de todo el proceso.

11. Para volver a estar activo, haga un repaso mental de todos los músculos y vaya moviéndolos mientras continúa tumbado.

12. NUNCA se levante de repente de la relajación. Deje que poco a poco comience la actividad. Vaya moviendo los músculos, siéntese antes de levantarse.

Recuerde que si ha podido relajarse profundamente, es necesario que los músculos consigan un tono muscular apropiado para realizar las actividades cotidianas y evitar lesiones posteriores.

### El capital psíquico

De acuerdo a los siguientes elementos identifica los recursos con los que cuentas, los que te falta cultivar y los que careces en tu vida y en la situación actual y explica por qué:

#### Creatividad:

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

#### Honestidad:

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

Compromiso:

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

Sentido del humor:

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

Capacidad de perdonar:

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

La actividad se cierra con la socialización de los resultados donde cada uno expresa los que escribió, sintió y pensó durante la misma.

Se invita a continuar en el fortalecimiento de los recursos compartidos como las emociones positivas y el capital psíquico y la aplicación constante de las técnicas enseñadas y la consolidación con personas significativas o familiares.

## Apéndice E

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Emociones positivas y capital psíquico en pacientes en rehabilitación

GRUPO FOCAL # 3

Fecha:

Lugar:

Actividad:

Tema: AFRONTAMIENTO EN LA ABSTINENCIA

Nombre del moderador:

Asistente del moderador:

Participantes:

Cuestionario:

1. ¿Qué tan persistente es en la lucha por mantenerse en el proceso de rehabilitación?
2. ¿Conserva la esperanza que puede lograr la recuperación y completar el proceso?
3. ¿Qué tan justo es en las relaciones con los demás miembros del grupo?
4. ¿Es capaz de mantener el control cuando siente la necesidad de consumir?
5. ¿De que manera se solucionan los problemas cuando se presentan?
6. ¿Usted cree que frente a los problemas es necesario recurrir a alguien más a un profesional?
7. ¿Cuándo se presenta un problema se siente capacitado para afrontarlo o cual es su actitud?
8. ¿Qué experiencia de la vida es en la que más se ha sentido derrotado?

Respuestas grupo focal final

PREGUNTA 1	
Participantes	¿Qué tan persistente es en la lucha por mantenerse en el proceso de rehabilitación?
A	Es una lucha día a día, salir de esto no es fácil.
B	Insisto pero es difícil porque se pierden las ganas.
C	Con mucha persistencia y con la ayuda de Dios.
D	Es manejable porque cada día me esmero por mantenerme.
E	Bastante pero es difícil.
F	Ardua es esta persistencia, de lo contrario ya hubiera decaído.

PREGUNTA 2	
Participantes	¿Conserva la esperanza que puede lograr la recuperación y completar el proceso?
A	Si, es la meta que tengo en el momento no me gustaría perder la esperanza y la fe.
B	Si toca aunque a veces se acaba la fuerza.
C	Si, conservo la esperanza.
D	Si porque depende de mi puedo lograr mis objetivos.
E	Claro, es lo que mas deseo.
F	Si la esperanza es lo último que se pierde.

PREGUNTA 3	
Participantes	¿Qué tan justo en las relaciones con los demás miembros del grupo?
A	Trato de hacer lo mejor y dar lo mejor
B	Pues cada uno vive su vida y si se puede se ayuda.
C	Si soy justo
D	Bien porque inspiro toda mi confianza como compañerista.
E	Trato de ser lo más justo posible.
F	Bastante, procuro ser justo con mis compañeros.

PREGUNTA 4	
Participantes	¿Es capaz de mantener el control cuando siente la necesidad de consumir?
A	En estos momentos si.
B	Toca buscar ayuda de Dios y hablar con los otros.
C	No soy capaz se me hace duro.
D	Si porque me inspiro a buscar de Dios para mantener el control, de estimulo.
E	En ocasiones trato de decaer.
F	Ahora si soy capaz, antes se me dificultaba.

PREGUNTA 5	
Participantes	¿De que manera se solucionan los problemas cuando se presentan?
A	Con calma, disposición y cabeza fría.
B	Dialogando, solucionando.
C	Dialogando.
D	Con terapia ocupacionales como la lectura.
E	Controlando los impulsos y buscando la mejor solución posible.
F	Con dialogo, tolerancia y respeto.

PREGUNTA 6	
Participantes	¿Usted cree que frente a los problemas es necesario recurrir a alguien más, a un profesional?
A	Si cuando el problema es grave, es bueno buscar la ayuda de alguien especialista en el tema.
B	Si uno no puede solo se busca a dios y luego a otra persona que sepa y apoye.
C	Si
D	Si me siento capacitado porque recurro a mi compañero de más confianza para un buen consejo.
E	Claro, es bueno contar con un profesional.
F	Claro, de no ser por un profesional no saldríamos de la calle.

PREGUNTA 7	
Participantes	¿Cuando se presenta un problema se siente capacitado para afrontarlo o cual es su actitud?
A	Ahora creería que soy un poco mas maduro para tomar una decisión con una buena actitud.
B	No se siente uno capaz, pero da rabia porque uno es débil.
C	Si lo afronto.
D	Si me siento capacitado, para recurrir al dialogo.
E	Si, antes no lo era. Todo lo solucionamos con violencia.
F	Si, ya estoy mas seguro de mi mismo y se que puedo tomar la mejor actitud frente a un problema.

PREGUNTA 8	
Participantes	¿Qué experiencia de la vida es en la que mas se ha sentido derrotado?
A	Cuando me vi metido de tiempo completo en las drogas.
B	Cuando he caído en la droga.
C	En luchar de querer dejar la droga.
D	En las drogas y en la mala administración.
E	Cuando me vi metido en las drogas.
F	Cuando mi madre murió y quede solo.

**Apendice F.**  
Evidencias del Proyecto

Fachada de la Entidad



Exposición Emociones positivas





Grupo focal, para consentimiento informado.



Grupo focal.



Emociones positivas.

