



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA PREVENIR EL CONSUMO DE
DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL FILA ALTA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autor:

Bach. Gonzales Neyra Jose Miguel

<https://orcid.org/0000-0001-7996-3472>

Asesora:

Mg. Carmona Brenis Karina Paola

<https://orcid.org/0000-0003-4164-9124>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2023



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL FILA
ALTA**

AUTOR:

Mg. GONZALES NEYRA JOSE MIGUEL

PIMENTEL – PERÚ

2023

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL FILA
ALTA**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. Callejas Torres Juan Carlos
Presidente del jurado de tesis



Mg. Bernal Marchena Luisa Paola de los Milagros
Secretaria del jurado de tesis



Mg. Carmona Brenis Karina Paola
Vocal del jurado de tesis


DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien(es) suscribe(n) la **DECLARACIÓN JURADA**, soy(somos) **egresado (s)** del Programa de Estudios de **Maestría en Psicología Clínica** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro (amos) bajo juramento que soy (somos) autor(es) del trabajo titulado:

“ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL FILA ALTA”

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Gonzales Neyra Jose Miguel	DNI: 42011365	
----------------------------	---------------	---

Pimentel, 09 de febrero de 2023.

Dedicatoria

A Dios por condescender la vida, salud, el ánimo de superación, por estar conmigo siempre en cada momento y/ espacio, y el de fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi madre, a mi esposa, a mis hijos y a toda mi familia, por su dedicación, amor y su constante apoyo para lograr mis metas y brindarme fortaleza en todo momento.

A la memoria de mi padre.

Jose Miguel.

Agradecimientos

A la Universidad Señor De Sipán por brindarme la oportunidad de concluir mi proceso profesional. A los docentes de esta prestigiosa universidad, al Dr. Juan Carlos Callejas Torres y a la Mag. María del Pilar Sáenz Flores, por sus invaluables apoyos brindado al guiarme con las pautas necesarias, ya que sin ellas no hubiese sido posible la culminación con éxito del presente informe.

A los y las adolescentes del CEPAI, al P. Walter Crispín párroco del sector de Fila Alta y a todo el equipo, quienes me permitieron realizar el recojo de la información y el darme las facilidades para poder ejecutar el estudio.

El autor.

Resumen

El objetivo de este estudio fue, aplicar un programa de estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes del sector Fila Alta. La investigación ha sido de tipo aplicada. La muestra fue no probabilístico e intencional, de 70 adolescentes de ambos sexos y cuyas edades son entre 13 y 17 años. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario Adaptativo de Prevención de Riesgo de Consumo de Drogas en Adolescentes (2021), la misma que se validó a criterio de expertos y una confiabilidad de Omega de Mc Donald's (0,955) y alfa de Cronbach (0,949) señalándose ser un instrumento válido y confiable. Como resultado se obtuvo que un 32,9% de los adolescentes presentan un nivel moderado alto, indicando baja probabilidad de riesgo de consumo de drogas, en contraste que el 24,3% muestra nivel moderado bajo y un 14,3% nivel bajo, señalando una alta probabilidad de riesgo por consumo de drogas. En base a estos resultados, se elaboró y aplicó una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual conformado por una fase en Psicoeducación en drogas (6 sesiones), en fortaleciendo emociones (9 sesiones) y habilidades sociales (10 sesiones). Por lo tanto, apreciamos que la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual tiene un impacto positivo en la prevención de consumo de drogas en adolescentes.

Palabras Clave: Adolescentes, Cognitivo conductual, Estrategia, Prevención y Consumo de drogas.

Abstract

The objective of this study was to apply a cognitive-behavioral psychotherapeutic strategy program to prevent drug use in adolescents in the Fila Alta sector. The research was applied. The sample was non-probabilistic and intentional, of 70 adolescents of both sexes and whose ages are between 13 and 17 years old. For data collection, the Adaptive Questionnaire for the Prevention of Risk of Drug Consumption in Adolescents (2021) was used, which was validated by experts with a reliability of McDonald's Omega (0.955) and Cronbach's alpha (0.949), indicating that it is a valid and reliable instrument. As a result, 32.9% of the adolescents showed a high moderate level, indicating a low probability of risk for drug use, while 24.3% showed a low moderate level and 14.3% a low level, indicating a high probability of risk for drug use. Based on these results, a cognitive-behavioral psychotherapeutic strategy was developed and applied, consisting of a phase of psychoeducation on drugs (6 sessions), strengthening emotions (9 sessions) and social skills (10 sessions). Therefore, we can see that the cognitive behavioral psychotherapeutic strategy has a positive impact on preventing the risk of drug use in adolescents.

Key words: Adolescents, Cognitive-behavioral, Strategy, Prevention and Drug use.

Índice

Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstrac.....	viii
Índice.....	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de figuras.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad Problemática.....	13
1.2. Trabajos Previos.....	15
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	18
1.3.1. Teorías relacionadas al tema.....	18
1.3.2. Marco Conceptual.....	30
1.4. Formulación del Problema.....	30
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	32
1.6. Hipótesis.....	32
1.6.1. Variables, Operacionalización.....	32
1.7. Objetivos.....	32
1.7.1. Objetivos General.....	32
1.7.2. Objetivos Específicos.....	33
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	34
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	34
2.2. Población y muestra.....	34
2.3. Variables, operacionalización.....	36
2.3.1. Variables.....	36
2.3.2. Operacionalización.....	36
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	36

2.5.	Procedimientos de análisis de datos.....	37
2.6.	Criterios éticos	37
2.7.	Criterios de Rigor científico.....	38
III.	RESULTADOS	39
3.1.	Resultados en tablas y figuras.	39
3.3.	Aporte práctico.....	48
3.3.1.	Fundamentación del aporte práctico	49
3.3.2.	Construcción del aporte práctico.	49
3.4.	Valoración y corroboración de los resultados.	64
3.4.1.	Corroboración estadística de las transformaciones logradas.	64
IV.	CONCLUSIONES.....	67
V.	RECOMENDACIONES	68
VI.	REFERENCIAS	69
	ANEXOS.....	72

Índice de tablas

Tabla 1 Resumen de la evaluación de la Terapia Cognitivo Conductual.....	21
Tabla 2 Prueba de normalidad de las dimensiones del riesgo el consumo de drogas en adolescentes ..	39
Tabla 3 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la primera dimensión de reacción de la familia ante un posible consumo de drogas en adolescentes	40
Tabla 4 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la segunda dimensión grupo de amigos	41
Tabla 5 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la tercera dimensión acceso a las drogas	42
Tabla 6 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la cuarta dimensión riesgo familiar	43
Tabla 7 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la quinta dimensión educación familiar en drogas	44
Tabla 8 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la sexta dimensión actividades protectoras.....	45
Tabla 9 Diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la septima dimensión estilo educativo.....	46
Tabla 10 Validación de aporte por especialistas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11 Resultados del pre test y post test del programa de aporte práctico.....	47

Índice de figuras

Figura <i>Reacción de la familia</i>	40
Figura 2 <i>Grupos de amigos</i>	41
Figura 3 <i>Acceso a drogas</i>	42
Figura 4 <i>Riesgo familiar</i>	43
Figura 5 <i>Educación familiar endrogas</i>	44
Figura 6 <i>Actividades protectoras</i>	45
Figura 7 <i>Estilo Educativo</i>	46

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

Actualmente el consumo de sustancias psicoactivas – drogas, es una desesperanza que vienen atravesando muchas familias en nuestra sociedad peruana como también a nivel mundial. Sabemos que la etapa de la adolescencia, cada día se vuelve más propensa a esta problemática de consumo, es así que, a través de este estudio, se pretende ayudar a determinar los posibles riesgos de consumo que puedan encaminar a los adolescentes de hoy en día.

Para la Organización Mundial de la Salud (2012) el termino droga es aquella sustancia que, al ser ingerida en el organismo de la persona, estas provocan alteraciones físicas o psicológica, capaces de cambiar conductas y de tener la capacidad de hacer que la persona se vuelva dependiente a las drogas (drogas, s.f.).

Para lograr analizar esta problemática es necesario de mencionar que este problema conduce a la destrucción de la personalidad y de la vida. Se estima que más de los 1,5 millones de adolescentes y jóvenes entre las edades de 10 y 24 años murieron a consecuencia del consumo excesivo de drogas, deduciéndose que al día mueren 5000 adolescentes y/o jóvenes. Así mismo, refiere que las edades entre los 10 y 24 años son los más propenso de consumo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En el Perú se estima que, en el 2020, se han atendido 14 611 personas consumidoras de sustancias psicoactivas, de los cuales el 94% de ellos tiene problemas en el consumo de alcohol y el 1,5% son adictos a la marihuana y cocaína. Asimismo, señalan que la detención de la persona puede conducir a un uso más frecuente de sustancias legales o ilegales (Rpp. Noticias, 2020).

Los adolescentes consideran que el consumo de drogas es una prioridad para mejorar sus relaciones sociales y de brindar una mejor diversión en las fiestas, haciendo de ellos consumidores a temprana edad (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003)

Rovira (2017), refiere que las causas que conllevan a un consumo de drogas, es debido a la curiosidad que el adolescentes desea experimentar, el tratar de poder olvidar fuertes vivencias traumáticas, el de sentirse aliviados ante un problema de estrés, el de sentirse fortalecidos ante una falta de motivación laboral o sentimental, por las constantes presiones o influencias de las amistades de su entorno, por el escaso desarrollo a sus habilidades sociales, por problemas de presentar alguna enfermedad mental, etc.

Como medidas de prevención se han llevado a cabo políticas represivas, pero han fracasado, porque mientras se prohíbe, se alteran las fuerzas del mercado y se producen nuevos estilos de mercado, la prohibición hace que el producto sea más caro o incluso se recurre al crimen para conseguirlo. Se argumenta que la legalización podría disminuir los beneficios de los narcotraficantes, y éstos tendrían un mayor control sobre su sistema económico.

Menéndez (2017) señala que el consumir drogas legales e ilegales es un problema latente dentro de la salud personal y esta generaría riesgos mortales dentro de un entorno familiar y social.

Cabe señalar que en el sector Fila Alta se ha podido recaudar información a través de las entrevistas y de las visitas familiares a sus domicilios de cada uno de los adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral – CEPAI, cuya información refiere lo siguiente:

Algunos de los padres no tendrían alguna reacción o preocupación de que su hijo llegará a consumir alguna sustancia psicoactiva. Ciertos adolescentes tienen amigos a personas consumidoras, de las cuales han llegado a consumir droga por curiosidad y para ser aceptados o aprobados por el grupo. Otros adolescentes tienen facilidad o acceso sin dificultad para adquirir alguna sustancia psicoactiva o bebidas alcohólicas. Existen adolescentes que sufren malos tratos por sus padres, siendo estas familias disfuncionales, conflictivas y de bajo recursos económicos. Además, se evidencia que algunos de los adolescentes padecen de problemas de autoestima, depresión, ansiedad, rebeldía hacia sus padres. Y también existe ausencia afectiva por parte de los padres hacia sus hijos.

La investigación de esta problemática social, familiar y educativa se realiza por el interés de conocer y determinar del porqué de los casos de adicción a las drogas se viene incrementando en los adolescentes de hoy y el de poder contribuir a que no se siga incrementando el problema de manera promocional y preventiva a través de un programa de estrategias cognitivo conductual.

Siendo conocedores de lo descrito líneas arriba, podemos definir como problema de investigación, la insuficiencia existente del proceso cognitivo conductual, incide en el consumo de drogas.

Habiendo realizado las entrevistas a los adolescentes, padres de familia y profesionales encargados, se logró obtener como posibles causas del problema, tales como el no existir programas ni estrategias que ayuden a prevenir los posibles consumos de sustancias psicoactivas en los adolescentes del sector de Fila Alta, en su desarrollo del proceso cognitivo conductual. Insuficientes investigaciones referentes a estrategias psicoterapéuticas cognitivo conductual en prevenir el consumo de sustancias psicoactivas. Carente monitoreo y/o

acompañamiento a los posibles casos que se encuentren en relación a esta problemática en su proceso de desarrollo cognitivo conductual. Y la escasa capacitación de los docentes y de los padres de familia en el proceso de desarrollo cognitivo conductual.

De esta forma, ya teniendo referencia de las posibles causas que conllevan a los adolescentes a querer consumir estas drogas, se plantea como objetivo de investigación, de ver como el proceso cognitivo conductual previene el consumo de drogas.

Pinto (2008), señala que, para tener una mejor referencia sobre los procesos cognitivo conductuales como la forma de comprender como una persona piensa sobre si misma, de los demás y del mundo que lo rodea. La terapia cognitivo conductual ayuda a mejorar nuestros pensamientos y comportamientos para lograr sentirnos mejor.

Cabe señalar que como modelos de terapia cognitivo conductual están los siguientes autores Albert Ellis, Aaron T. y Beck Acuña, quienes muestran que el modelado Cognitivo conductual está centrado en afirmar en una práctica científica que se ha aprobado a lo largo del tiempo.

Con relación a las técnicas de intervención en este modelo, Caballero y Gálvez (2019) se cree que la terapia cognitivo-conductual incluye métodos de psicoeducación, cambio de pensamiento, comportamiento y activación fisiológica. Quienes quieren establecer un programa estratégico para prevenir el abuso de sustancias en la comunidad saben qué son, los diferentes tipos de drogas que se usan en la comunidad, de dónde vienen y cómo funcionan. Es importante saber qué se está haciendo, los estudios desarrollados por estos autores muestran que aún faltan estudios prácticos y metodológicos sobre la dinámica de procesos.

De todo esto, surge el campo de la investigación es la Dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2.Trabajos Previos

Céspedes (2018) menciona que el cerebro de un adolescente está en plena transformación, con modificaciones estructurales profundas que ocurren día a día. Además, considera que es una etapa en el que se va observando modificaciones corporales, orgánicas psicológicas y sociales. En la que nos prepara a decir que el apoyo que se le brinda hoy en día al adolescente pone en riesgo su integridad.

La mayoría de los adolescentes que llegan a consumir drogas son adolescentes provenientes de familias disfuncionales, que viven solos o son abandonados por sus padres, adolescentes con problemas de abuso – depresión y adolescentes que en sus hogares no son escuchados por sus padres, haciendo que ellos busquen personas que los valoren, escuchen, entiendan, que los dejen vivir en libertad sin seguir normas de buena convivencia y que además se sientan protegidos.

Las investigaciones que se tornarán encuentran, son estudios de nivel internacional, nacional y local, siendo estos de mucha utilidad por su referencia, entre las cuales tenemos:

A nivel internacional Andrade (2021) en la localidad de Esmeralda – Ecuador, desarrolló su estudio de la cual propone como objetivo estudiar la eficacia en la atención de pacientes para el tratamiento de problemas de alcoholismo y otras sustancias tóxicas. Concluyendo que la calidad excelente de atención a pacientes, depende de la amabilidad, la ética profesional, la empatía y el respeto a sus derechos.

En Bucaramanga – Colombia López (2020) en el desarrollo de su estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de las acciones pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, la metodología utilizada fue cualitativa con un diseño de acción participativa, la población de estudio fue de 240 estudiantes entre 13 y 19 años de edad. Como resultado de su investigación determino que las causas que conllevan a un posible consumo son la curiosidad, la influencia y relación con personas consumidoras, familiares consumidores y conductas antisociales. Consideró que ante los resultados obtenidos fue necesario la realización de aplicar un programa preventivo, que forme líderes capaces de hacer tomar conciencia que las acciones pedagógicas mitigan el consumo.

García (2019) en su investigación realizada en Córdova – España, señaló como su objetivo de estudio examinar las funciones mentales que estén relacionadas con la dependencia al consumo de drogas. Determinando como conclusión, que las personas consumidoras de drogas presentan dificultad en su desempeño cognitivo, en el control de sus impulsos, estabilidad de su estado de ánimo y control de sus emociones.

Tunki (2019) en su investigación realizada en la Cuenca – Ecuador, tuvo el propósito de analizar cuáles son aquellas causas y consecuencias que conllevan a tener posible consumo de drogas y de analizar cómo influye en su rendimiento académico de los adolescentes estudiantes. Cuyo resultado, señalan a la familia como un ente importante en la prevención y la erradicación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. además, es de suma importancia considerar a la escuela como el centro de formación y capacitación en conocimiento, prevención y reducción del consumo de drogas.

Jiménez & Rojas (2018) en Colombia, se enfocaron en identificar los niveles de consumo, frecuencia y riesgo que pueden causar las drogas a los estudiantes. Además, concluyen explicando que el 9,4% son adolescentes que han consumido drogas legales e ilegales en algún espacio de su edad; un 8.9% han llegado a consumir tabaco y el 28.2% han consumido alcohol; siendo los adolescentes con mayor riesgo aquellos que viven solos o con otras personas que no

sean sus propios padres (tíos, abuelos u tutores). Por lo que sugieren, que se debe monitorear los casos que se presentaran como un primer índice a un posible consumo.

A nivel nacional, en el Callo Durand (2021), en su investigación desarrollada busco determinar si existe una gran relación entre un programa preventivo para adolescente y consumo de drogas y/o alcohol dentro de un centro comunitario de salud mental mi Perú, cuyo enfoque fue cuantitativo de tipo básico, teniendo como muestra a 88 pacientes. Obteniendo como resultado de que si existe una relación significativa entre el plan estratégico preventivo y el consumo de drogas y alcohol.

Valencia (2019) desarrollo un programa de entrenamiento en habilidades sociales en rechazo al consumo de sustancias psicoactivas de un colegio privado en Lurín. Con un diseño cuasi experimental con pre y pos test, con una muestra de 34 estudiantes entre 15 y 17 años de edad. Como muestra de su programa, demostró que existen diferencias estadísticas muy significativas en sus habilidades sociales frente al rechazo hacia las drogas.

Solano (2018), desarrolló una investigación cuyo objetivo es cambiar el comportamiento de adicción a la marihuana y cambiar el estilo de vida. Los resultados obtenidos después de aplicar este programa de intervención cognitivo-conductual generalmente han demostrado ser efectivos en términos del propósito principal de modificar el comportamiento de los adolescentes adictos a la marihuana. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas durante las intervenciones psicológicas reducen los elementos conductuales requeridos para los casos psicológicos y modifican el pensamiento generalizado, distorsionado por distorsión para reemplazar un pensamiento más racional, flexible y alternativo.

A nivel local Risco (2021) desarrolló su estudio de investigación con la única finalidad de determinar cuál es la relación entre los factores familiares y sociales en adolescentes con riesgo de consumo de drogas en la ciudad de Chiclayo. Su investigación fue de tipo cuantitativo no experimental. Cuya población fueron 475 adolescentes de estos tomó como muestra a 266 adolescentes. Sus resultados fueron, que un 41% de los adolescentes tienen un nivel alto de riesgo de consumir drogas, el 26% un nivel medio, y un 33% de ellos presenta un nivel bajo de consumir drogas. Teniendo estos resultados, podemos decir que los adolescentes presentan un riesgo de ser consumidores de drogas, por lo que recomienda que se debe realizar estrategias para actuar en la modalidad de prevención.

Ascoy (2017) Aplicó un programa cognitivo conductual para la mejoría en sus habilidades en los adolescentes de José Quiñones Gonzales, Chiclayo 2016. El tipo de su investigación fue mixto con un diseño cuasiexperimental. Su muestra fue de 50 adolescentes entre 15 y 17 años de edad. Como resultado de su estudio fue el encontrar diferencias altamente significativas en

cada una de las dimensiones de las habilidades sociales, haciendo de ello a demostrar que el programa tiene un gran impacto positivo en recuperar, mejorar y reforzar sus habilidades en cada uno de los adolescentes.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Teorías relacionadas al tema.

El enfoque cognitivo-conductual es un modelo de intervención psicoterapéutica, que se basa principalmente en el conocimiento científico, (Fernández & Fernández, 2017), en la que busca proponer pautas técnicas que respondan a las esperanzas y complicaciones de las personas (Riso, 2006). La Terapia Cognitivo Conductual, nace como reacción a la necesidad de intervención curativa porque actúa en reacción al comportamiento de los pacientes, quienes vinculan a sus pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas. Además, constituye una alternativa de tratamiento interdisciplinar porque ha confirmado su eficacia y efectividad en las intervenciones de tratamiento mental. (Infocop, 2017). El método agrupa estrategias, terapias y diversos enfoques que, cuando se ponen a la experiencia, brinda satisfacción en los temas. Como compensación es muy efectivo debido a que el conocimiento tecnológico de la psicología se implementa clínicamente, además dichos fundamentos están debidamente probados. (Urbano, 2019).

Si bien es cierto que la idea cognitivo-conductual surgió debido a los impresionantes descubrimientos realizados en la psicología cognitiva y conductual y posteriormente se fusionó dentro de la psicología cognitiva y conductual (Bas Ramallo, 1981) que siguió como puntos de intervención constructos junto con la cognición y el comportamiento humano, adoptando como remedio conductual el método y la prueba científica, demostrada a través de la conducta.

Lo cognitivo-conductual (Philip Timms & Pinto, (2008) nos permite comprender los tiempos exquisitos con una gran complejidad, al componente de instancias ciertamente únicas con una enorme complejidad, a la cosa de descomponerlas en aditivos más pequeños. De esta manera, el propio paciente descubre la forma en que tienen un efecto sobre ella o él. Todo esto desencadena la mente, los sentimientos, las sensaciones físicas y los comportamientos que repercuten en las regiones opuestas de su persona.

Las tendencias históricas o antecedentes del proceso Cognitivo Conductual, se desarrolla teniendo en cuenta los aspectos más llamativos de la investigación epistemológica sobre los procesos cognitivo-conductuales y sus dinámicas correspondientes.

Etapa 01: Surgimiento de las teorías cognitivas conductuales (1829 – 1959): Los terapeutas conductuales eran esencialmente investigadores que intentaban aplicar modelos de indagación primordial a dificultades clínicas. Sin embargo, no solo utilizan las nociones que hayan aprendido para construir mediaciones, sino que también forman un modelo para iniciar y mantener los problemas cotidianos. Por lo tanto, se cree que los comportamientos normales y anormales se generan y mantienen mediante los mismos principios de aprendizaje. Las contribuciones de grupos sudafricanos, británicos y estadounidenses corresponden a este primer paso y se ven como un signo concreto del apareamiento de la terapia conductual como un enfoque clínico establecido. En la que resaltan los siguientes grupos con sus destacados representantes:

Etapa 02: Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (1960 – 2000): Se caracteriza por la heterogeneidad de los TC (semillas que fueron sembradas por generaciones anteriores) y está formada por aquellos que buscan superar algunas de las deficiencias y limitaciones provocadas por la teoría del aprendizaje colectivo. Por ello, intentan apoyarse en distintas disciplinas. Contribuciones aplicadas de teóricos y psicólogos. Desde la perspectiva de este terapeuta de segunda reproducción, las nociones del aprendizaje (condicionamiento) incorporan un contexto demasiado restrictivo para explicar el comportamiento humano, y la sociedad empírica, cognitiva y psicológica lo aborda, o se cree que causa daño. Determinante que explica la complejidad del comportamiento humano.

Si bien las consideraciones sobre la insuficiencia de los modelos de condicionamiento y la escasez de crecer el número de factores asociados con los modelos de comportamiento son ciertas, también es cierto que surge la brecha para los investigadores y los clínicos en la investigación fundamental del aprendizaje. Este hecho está respaldado por la persistencia de los terapeutas conductuales (actualmente clínicos y algunos investigadores) del concepto de proceso de condicionamiento desarrollado en las décadas de 1950 y 1960. La insatisfacción conduce al desarrollo de segunda generación debido a los protocolos de tratamiento existentes cuando se aplica a dificultades emocionales como la depresión. En este punto, puede ver los límites de concentrarse en la discapacidad sin antes investigar. En esta segunda etapa destacando surgimientos de terapias: El aprendizaje social de Bandura y El surgimiento de las terapias Cognitivas.

Etapa 03: Una nueva Representación en la TCC (2000 – actualidad): Desarrollos en psicología y psicología experimental; El énfasis está en la variedad de estímulos y contingencias, así como

en el concepto de contingencias concurrentes. Básicamente, el objetivo es volver a promover la relación entre la averiguación primordial y el estudio clínico que tuvo éxito en la primera fase (primera generación) de la TC. Esta primera fase incluye algunos de los tratamientos con mayor apoyo empírico y fue recopilada por el Grupo de Trabajo de Promoción de la Psicoterapia (1995) (exposición, desensibilización sistemática, cirugía, biorretroalimentación). Hasta la fecha, no se ha desarrollado experimentalmente ninguna nueva tecnología. Sin embargo, como verá a continuación, existe una disconformidad significativa en el comportamiento de la primera y tercera generación.

Desde dichos enfoques teóricos, esta clase de táctica terapéutica (técnicas de mindfulness y meditación) está dotada de un marco conceptual detallado que resulta de los nuevos desarrollos en psicología. Además, los nuevos desarrollos en enfoques cognitivos constructivistas que se desvían de los fundamentos racionales de los modelos cognitivos anteriores pertenecen a esta tercera generación. Se desarrollan los sucesivos avances: La psicoterapia Funcional Analítica, la terapia de Aceptación y compromiso y la terapia Dialéctico Conductual ha sido diseñada por Linehan.

Tabla 1

Resumen de la evolución de la Terapia Cognitivo Conductual – TCC.

Fase	Surgimiento de las teorías cognitivas conductuales (1829 – 1959)	Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (1960 – 1999)	Una nueva Representación en la TCC (2000 – actualidad)
Formación de la psicoterapia	Surge de la preferencia de la evaluación conductual ante las necesidades psicoterapéuticas sobre los modelos psicoanalíticos.	La teoría cognitivo-conductual surgió del descubrimiento de la psicología cognitivo-conductual y conductual, a través de la combinación de estas dos escuelas de psicología, nació la terapia cognitivo-conductual.	Se deriva del paradigma de la terapia cognitivo-conductual, por lo que priorizan el área de los trastornos de la personalidad y la de presentar una visión integrada que evoluciona hacia conceptos de diagnóstico transformador.
Pensamientos	Se enfatiza el papel del proceso de pensamiento como factor en la enfermedad mental. Los elementos cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias) son consideradas importantes para comprender las funciones humanas normales y disfuncionales.	Conceptualizaron el pensamiento como un conjunto de enunciados ocultos (actos privados) que podrían estar influenciados por las mismas leyes condicionantes que afectan a otros comportamientos obvios. Su labor consistió en elaborar estrategias para instruir sus habilidades cognitivas específicas.	El constructivismo afirma el papel de un proceso inconsciente latente que se encuentra más allá de la conciencia y dirige la experiencia consciente, pero no la señala.

Concepción teórica

Se centra en el comportamiento observable porque se aprende y se determina que es modificable por los principios de aprendizaje.

Se caracteriza por el grado de notabilidad de las variables cognitivas en los modelos conductuales por la incorporación de técnicas de reconstrucción cognitiva, manejo de situaciones y la solución de problemas.

Mediante la administración de las metodologías científicas visionarias que funcionan de manera efectiva y eficiente, la terapia contextual se aplica con un enfoque analítico y funcional.

Sentimientos

Beck refiere a la terapia cognitiva como: “El procedimiento de psicoterapia con base en la teoría de la psicología, que reivindica la percepción y composición de nuestra vivencia.

Habilidades de manejo de situaciones: su objetivo es enseñar a las personas habilidades para lidiar adecuadamente con una variedad de situaciones problemáticas que se caracterizan por el estrés y el dolor.

Tendencia a mantener y mantener la identidad de un individuo (autoorganización) para que pueda causar problemas psicológicos cuando tiene una experiencia incompatible con ellos mismos.

Acciones

La terapia conductual comienza con la idea de que todos los comportamientos (adaptación-desviación) se aprenden y pueden modificarse mediante principios de aprendizaje.

Los objetivos de la terapia cognitivo-conductual incluyen este importante concepto: se reconoce la capacidad de los clientes para alterar la interacción (y cambiar esta interacción) entre comportamientos cognitivos y disfuncionales a través de una combinación de intervenciones cognitivas, conductuales y fisiológicas.

Los seres humanos no reaccionan pasivamente a las incitaciones externas y no somos máquinas procesadoras de datos, sino participantes activos que "predicen" los llamados "datos".

Trascendencia del enfoque

La psicoterapia es Proporciona un enfoque La terapia cognitiva eficiente, responsable y terapéutico que los coloca en constructiva generalizada. Dentro de el centro de la intervención y evolucionó a partir de sus características, cabe despierta énfasis en su la terapia cognitiva, lo destacar que las efectividad y eficiencia de las que hace que la terapia intervenciones en salud instrucciones utilizadas en cognitiva contextual y sobre técnicas específicas diversas áreas como el constructiva muy útil con un límite de tiempo, medicamento del en el tratamiento de sus metodologías, son comportamiento y la trastornos experimentales y comunidad en la que trabajo. verdaderamente conducen a cambios en el pensamiento. difíciles.

Evaluación del enfoque

Evaluar cambios de Evaluar los procesos Utiliza el lenguaje, comportamiento, cognitivos y la disfunción y tiene en cuenta el pensamiento y no desarrollar experiencias para contexto y evalúa la regulación. modificar las percepciones aceptación y el conductuales y emocionales compromiso, así como (razonamiento) la terapia conductual dialéctica basada en el interés humano en el aprendizaje.

La caracterización de la terapia cognitivo-conductual, nos lleva a determinar y demostrar que TCC, es un tipo de intervención psicoterapéutica, que se basa en teorías científicas (Fernández & Fernández, 2017). En la terapia cognitivo-conductual surge ante la necesidad de querer intervenciones terapéuticas porque actúan en contra de los pacientes, que conocer sobre la mente disfuncional. Para definir este término TCC, se necesita abordar tratados teóricos únicos que en un inicio podrían ser muy enormes de tratar, por la razón que se nutre de distintas propuestas teóricas. Esta sección recopila información relevante sobre el proceso cognitivo-conductual y sus respectivas dinámicas.

Brewin (1996) señala que las terapias cognitivo conductual se refieren a ciertas terapias que tienen por finalidad disminuir ciertas conductas y emociones disfuncionales. Además, señala que las ambas intervenciones en reducir ciertos malestares. Así mismo señala a 04 rasgos.

Primero: La Terapia Cognitivo-Conductual es un área de intervención sanitaria que trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas de carácter. Estas respuestas se han practicado para ver después que han conseguido emerger como conducta del repertorio conductual del personaje. Sin embargo, las personas no siempre son conscientes de la naturaleza descubierta en su conducta y experimentan que tienen muy poco control sobre ellas. La TCC sostiene que el individuo tiene la obligación de las técnicas que tienen un efecto sobre él / ella y podría ejercer la gestión de ellos.

Segundo: Como área de desarrollo de la aptitud, la TCC cuenta con técnicas y programas particulares para diversos problemas y cuestiones específicas, cuya aplicación está limitada en el tiempo en comparación con otros tratamientos psicológicos de larga duración.

Tercero: La TCC suele tener un carácter educativo que puede ser más o menos explícito. La mayoría de los métodos tienen módulos instructivos además de la conceptualización preliminar del terapeuta sobre el problema y la justificación del tratamiento.

Cuarto: La TCC es esencialmente una autoevaluación durante todo el procedimiento, con conexión continua con la técnica experimental y énfasis en la validación empírica de los efectos. Estos rasgos son heredados de la aplicación del conductismo metodológico como columna vertebral principal de la TCC.

Al principio del **marco histórico de la Terapia Cognitivo-Conductual**, hubo muchas ocasiones y contribuciones en favor de este método. Céspedes (2017) señala que la terapia cognitivo conductual comenzó en la década de los cincuenta con Albert Ellis y Aaron Beck, quienes tenían dificultades con el tratamiento psicoanalítico, por lo que buscaron nuevas variedades de psicoterapia que en ese momento se suponía que era más eficaz y mucho menos tiempo terapéutico.

Asimismo, Albert Ellis y Aaron Beck propusieron 3 tipos principales de terapias cognitivo-conductuales, tales cuales: las técnicas de reestructuración cognitiva (RC), se utilizan para tratar los problemas emocionales que pueden generarse debido a errores en el pensamiento y, por lo tanto, sus intervenciones residían orientados en suscitar pensamientos a medida para remediar lo que afligía a la persona afectada. Las técnicas de afrontamiento (HA) están orientadas a mejorar las habilidades sociales, su objetivo es embellecer las habilidades sociales para afrontar mejor los problemas. Y, posteriormente, las técnicas centradas en la fijación de problemas (SP), combinan ambas estrategias citadas anteriormente, si se quiere resolver una extensa variedad

de problemas personales, a través de una excelente relación entre el terapeuta y la persona afectada.

Entre los rasgos primarios de la terapia cognitivo-conductual, tal y como se toma en consideración, Ángeles R., Marta D. Y Arabella V. (2012) refiere que las actividades terapéuticas en la psicología, cuentan con respaldo científico, cuya finalidad es intervenir para mejorar los cambios conductuales. Para que esto tenga un mejor desarrollo, las intervenciones tienen que estar también dirigidas a ayudar a cambiar las bases del comportamiento.

Así mismo Haynes, (1995) señala que la conducta es básicamente aprendida, que esto se debe a ciertos factores que han pasado en la historia personal, sin dejar de lado ciertos factores biológicos y sociales.

Entre las **teorías de aporte para la realización de estrategias terapia cognitivo conductual**, están las de Albert Bandura, Aaron Beck, Oetting, Catalano y Jessor, quienes manifiestan de la siguiente manera:

La teoría del aprendizaje social, es una propuesta por Bandura, es una de las teorías más utilizadas e importantes en el campo de las drogodependencias, basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto con los aspectos del entorno en el que se produce la conducta. Dentro de los programas preventivos, su utilidad es evidente, ya que varios de los programas preventivos más eficaces se basan en ella.

Terapia cognitiva de Beck, este modelo es cognitivo y uno de los máximos pilares cruciales e influyentes de la terapia cognitivo-conductual. Sostiene que las respuestas emocionales y conductuales ocurren atribuibles al procesamiento de registros sobre una ocasión. Persigue realizar cambios en la mente y los comportamientos disfuncionales (Vernon y Doyle, 2018).

La teoría de la socialización primaria de Oetting, tiene como finalidad resolver ciertas restricciones de las teorías anteriormente mencionadas. Esta teoría se centraliza en las formas negativas del comportamiento, y mucho más las que están ligadas al problema de consumo de sustancias psicoactivas. La señal principal de esta teoría, es que todas las conductas son aprendidas. El desvío no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria” (Oetting y Donnermeyer, 1998, p. 998).

El **modelo del desarrollo social Catalano, Hawkins** (1996), es aquella teoría que está relacionada con la conducta de la persona, cuya finalidad es lograr explicar ciertas conductas antisociales, mediante detalles de las relaciones predictivas en el desarrollo. Este modelo integra a otras teorías. Este modelo asume que las personas pasan por muchas fases a lo largo de su vida. Cuya finalidad es explicar y predecir que se puede hacer con ciertas conductas de gran preocupación para la sociedad.

La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991 – 1992) Esta designación se basa en el concepto de azar y, sobre todo, en los factores de peligro. La popularidad de la significación de los elementos de amenaza de la conducta ha llevado, de golpe, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social, dada la relevancia de la información de la conducta social, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo preciso. Una conducta de riesgo es "cualquier comportamiento que pueda comprometer aquellos factores psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente". Utiliza el término conducta de riesgo y no conducta de búsqueda de peligro, porque considera que este último término es desafortunado, ya que a menudo es tautológico y lleva a considerar a todos los niños como buscadores de peligro. Esta designación podría ser la más adecuada para aquellos adolescentes que están al tanto del azar y también de la búsqueda deliberada de riesgos. Jessor aboga por una visión completa y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe dirigirse a convertir las instancias que mantienen un grupo o síndrome de conductas de riesgo en la adolescencia.

Los **Programas Cognitivo Conductuales** enumera diversas conceptualizaciones en las que se enfatiza el compromiso sobre módulos observables que tienen un cimiento en el aprendizaje, dichas nociones han ido progresando desde los inicios del 80 y hasta la actualidad continúan su proceso de desarrollo y perfeccionamiento para las intervenciones.

Estos paquetes son un conjunto preparado, coherente e incluido de deportes, ofertas o técnicas expresadas en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados, son de naturaleza similar (Ander-Egg & Aguilar, 2000, p. 3). Un programa informático corresponde a un conjunto científico y preparado de tareas con un objetivo, una población determinada y un tiempo seleccionado, es decir, en primer lugar, un plazo determinado, que se deriva de un plan.

Los investigadores Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan las técnicas conductuales positivas que se tienen en cuenta en un programa cognitivo-conductual: La educación de las capacidades sociales o **entrenamiento de habilidades**, tienen como objetivo ayudar al hombre o a la mujer

a narrar interpersonalmente, logrando conductas y respuestas de alta calidad buscando la autonomía para poder mencionar el no a estos materiales psicoactivos. **La programación de actividades** busca preparar la rutina deportiva para la distracción, orientada a la actividad el autocuidado, lo social, la propia familia y todo para mejorar y experimentar y obtener una mayor participación y emerger como extra responsable dentro del cumplimiento de las actividades. **El modelado y la imitación** exponen a la persona afectada a modelos correctos, para que se acostumbre a la conducta prevista, y luego propicie la práctica conductual descubierta como una enseñanza diaria o cotidiana. El **reforzamiento** es un estímulo que motiva al afectado a volver a realizar la habilidad reforzada. El refuerzo puede ser textual, social o de auto refuerzo. La economía de fichas es el uso de fichas, que recompensa los comportamientos instalados o logrados.

Según Caro (2017) señala ciertas técnicas cognitivas, que son útiles para la modificación de creencias y lograr mejora sus habilidades y actitudes en sus emociones. De las cuales son:

La **reestructuración cognitiva**, es una estrategia que proporciona a la persona a lograr interpretar un mundo más adaptable. Su finalidad es lograr que el cliente sea objetivo y adaptativo. Por lo que es necesario desarrollar mejores afirmaciones racionales, lograr precisar que emociones son favorables o no, que pensamientos disfuncionales que ayuden a brindar situaciones alternativas para una mejor solución situacional.

Las **técnicas de relajación**, son herramientas útiles que permiten tener un mejor manejo de nuestras emociones negativas.

El entrenamiento en resolución de problemas interpersonales, en esto se pide al sujeto que aprenda a establecer la toma de decisiones adecuadas para poder así determinar el tipo de problema y lograr reducir ciertas respuestas emocionales que hacen daño para la salud.

Las **técnicas de animación sociocultural**, estas ayudan a incitar la aportación con el entorno social, ayudando a dinamiza y desencadenar organismos de seres humanos para contribuir a su comunidad.

Las **técnicas de control de aprendizaje**, ayudan a ejercitar y calmar ciertas conductas sociales que puedan mostrar ciertos sujetos.

La **solución de problemas** tiene la finalidad de ayudar afrontar ciertas circunstancias estresantes.

El **clima de relación** aborda ciertas relaciones de manera individual y de grupo, enseñando a que se produjeran ambientes muy acogedores, de respeto y que además se sientan aceptados.

Las **actividades colaborativas**, son aquellas que buscan poner en prácticas ciertas habilidades de relación para lograr resultados exitosos y reconocidos a través de la terapia.

La **psicoeducación**, consiste en brindar la información al usuario como a quienes acompañan al sujeto, con la única finalidad de prevenir ciertas recaídas o consecuencias reversibles a su recuperación.

Martínez (2017) argumentó que la aplicación de un **programa de prevención** hizo progresar el nivel de comprensión sobre los riesgos del consumo de drogas dentro de los estudiantes de la institución experimental, aludiendo que los adolescentes solo tenían un bajo porcentaje de conocimiento sobre el tema, por lo que considera que aplicando un programa se tendrá como resultados en un post test muy satisfactorio.

Sobre la eficacia de un enfoque psicoeducativo Fernández, Rivas, & Molerio (2017) expresaron con motivo de la detención del consumo de alcohol en jóvenes universitarios, que los jóvenes que han sido favorecidos con el desarrollo de elementos defensivos, fueron capaces de modificar su etapa de autoconciencia y autoformación. Asimismo, lo motivacional y conductual realizó una mejor disposición a reducir el tema metodológico del alcohol, el elemento motivacional-conductual pasó a ser reconocido, y el elemento motivacional-conductual resultó diagnosticado, particularmente dentro del manejo de la ingesta de alcohol.

Caro (2018) concluyó que las facultades deben actuar a favor de los menores a través de instruirlos para que amplíen sus capacidades para la vida, en estos estudios los objetivos de integrar a los estudiantes para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, a través de estrategias, los objetivos de integrar a los estudiantes en la detención del consumo de sustancias psicoactivas, a través de ciertas técnicas psicoeducativas.

Juárez (2015) también concluyó que el máximo cumplimiento excepcional del Plan Nacional Antidrogas fue la implementación de programas de prevención en facultades y comunidades; se firmaron acuerdos y alianzas con grupos mundiales y nacionales para ayudar a los estudios en el ámbito nacional; se creó el observatorio nacional de drogas; pero también destacó la necesidad de un mayor potencial interno instalado, una estructura organizativa verde, el refuerzo de la asistencia monetaria y el aseguramiento de una financiación para ofrecer fuentes. Asimismo, Navarro (2016) argumentó que, como resultado del emprendimiento para disminuir

y mitigar el uso de materiales psicoactivos, específicamente el alcohol y los cigarrillos entre los jóvenes, fue viable analizar los problemas que existen dentro del colegio y la superioridad de la ingesta de alcohol entre los adolescentes.

Hay técnicas que han comprobado ser tremendamente poderosas y pueden ser avanzadas en esos espacios de entretenimiento. La primera es conocida como el enfoque de la influencia, que está orientada a hacer crecer la información y crear un intercambio en la conducta asociada a la droga a través de hechos y actividades de enfoque. La conducta frente a la medicación, a través de la información y las actividades que elevan el reconocimiento. El segundo es el enfoque de desarrollo de competencias, que tiene como objetivo potenciar las fuentes y habilidades personales, orientadas a potenciar las competencias no públicas, orientadas a mejorar la superficialidad, las capacidades cognitivas y afectivas, las habilidades sociales y de selección habilidades sociales y de selección (Acero, Moreno, & Sánchez, 2002).

Entre los numerosos elementos de riesgo para los menores se encuentran el fracaso escolar, los problemas de comportamiento o de disciplina detectados en las escuelas, todo ello relacionado con el absentismo escolar. Según Gutiérrez, et al, (2009) en Lima y Callao, el 5,9% consumían droga como la marihuana normalmente. Asimismo, Briones, et al, (2018) argumentan que una de las razones es la ausencia de círculo de familiares, muchos de ellos desde pequeños tienen que buscar formas de métodos para abastecer económicamente al hogar, en consecuencia, desde temprana edad.

Las sustancias psicoactivas hacen que muchas personas que empiezan a consumir se conviertan en dependientes, originando ciertas consecuencias en su aspecto físico, psicológico y emocional. Se considera que una persona que consume consecutivamente es un enfermo crónico (OMS, 2009).

Castillo (2016), menciona que entre las **características causales** de las personas que llegan a consumir estas drogas son personas con una baja autoestima, la depresión debido a la poca atención que brinda la familia a uno de sus integrantes, hace que muchos adolescentes o personas vean al consumo de drogas como una solución a sus problemas. Las automedicaciones son otras de las maneras en como las personas llegan a consumir estas drogas, señalando que son medicamentos de solución a su enfermedad.

De la Serna (2017) menciona como ciertas **consecuencias principales de la drogadicción** a la **pérdida de la salud física** (el sujeto tiende a bajar de peso debido a la pérdida de apetito por comer), **Costo público y privado** (despilfarro de dinero a consecuencia de satisfacer su

adicción), **Pérdida de la autonomía** (en la que el sujeto se siente incapaz de controlar sus inclinaciones), **Limitación del grupo social** (rompimiento del vínculo familiar debido a la vergüenza que sientes que origina el sujeto adicto y al igual que el grupo amical, empieza a sentir rechazo por el sujeto consumidor)

Para la Organización Mundial de la Salud (1995) refiere que la adolescencia es el periodo de entre 10 y 19 años. Periodo en la cual empieza a adquirir nuevas habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Arias (2013) cita a Peña, 1998, quien señala que la adolescencia es la etapa en la que el individuo pasa de ser un niño a una persona adulta, así mismo remarca que existen 03 periodos, la primera es una adolescencia temprana (10 a 13 años), la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años).

La familia juega un papel importante en los estilos de crianza. Educar es mejor que reeducar, es decir que una buena educación en la etapa de su niñez ayudará a crear buenos hábitos saludables y productivos.

1.3.2. Marco Conceptual.

- **Adicciones.** Se caracteriza por la utilización, la utilización pese a las secuelas adversas y la carencia de control sobre episodios de distorsiones de pensamiento persistentes o recurrentes y rechazadas con más frecuencia.
Adolescentes. A lo largo de la juventud, los chicos experimentan cambios físicos, hormonales y del desarrollo que indican la transición a la edad adulta. La juventud frecuente suceder entre los 10 y los 19 años.
- **Adolescencia.** La adolescencia se entiende como la etapa del progreso humano desde la infancia hasta la edad adulta o antes de la edad adulta. Mientras tanto, ella está preparada sexual, social y psicológicamente para el parto y necesita empoderar a una persona para que madure socialmente.
- **Cognición.** El término cognición procede del latín cognición. La cognición incluye varios recursos que son parte del desarrollo intelectual y experimental, como el raciocinio, el lenguaje, la percepción, la memoria, el saber, la atención, la resolución de inconvenientes y la toma de elecciones.
- **Conducta.** Se refiere a la actuación que expresa el sujeto en respuesta a estímulos externos e internos, reflejado en lo esencialmente de lo que hacemos y pensamos.
- **Consumo de drogas.** esto se debe a la constante adquisición de las sustancias psicoactivas, ya sea de manera legal e ilegal. Esto incluye tomar medicamentos recetados a otras

personas, tomar bastante más de la dosis recomendada y usarlos de forma distinta a como lo realizaría usted. Ejemplificando, en vez de tragar una pastilla, puede triturar la pastilla e inhalarla o inyectarla por la nariz para levantar la pastilla o abusar de los medicamentos de comercialización independiente.

- **Drogas.** Dichos integran medicamentos recetados y de comercialización independiente, alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- **Drogadicción.** La adquisición constante a las drogas es una patología crónica del cerebro. Esto posibilita que una persona continúe tomando el medicamento pese a sus efectos colaterales. Esto quiere decir que los individuos en procedimiento corren el peligro de volver a tomar el medicamento, inclusive si no lo han tomado a lo largo de varios años.
- **Estrategia.** Procedimiento que está preparado para actuar sobre alguna decisión predefinida. Recuerda que la estrategia es diferente a la táctica, siendo esta última una herramienta más específica. Por lo tanto, la estrategia es el proceso propuesto y la táctica es cómo se implementa.
- **Prevenir.** Conforme el latín *praeventio*, la prevención es el acto e impacto de la prevención (preparar lo cual necesitas para tus metas, anticipar los esfuerzos, anticipar el mal y advertir a alguien sobre algo). Ejemplificando, en el campo de la salud social, la psicología preventiva promueve medidas para minimizar el estrés, uno de los más importantes enemigos de la salud física y de la mente.
- **Psicoterapia.** El proceso de recuperación, cuyo primordial objetivo es contribuir a los individuos que lo requieren, más que tratamientos orgánicos como el consumo de sustancias, se inspira primordialmente en la participación psicológica. Ya que se fundamenta en el diálogo, da un ámbito de apoyo en el cual puede dialogar abiertamente con personas objetivas, neutrales e imparciales. individuos que lo requieren, más que tratamientos orgánicos como el consumo de sustancias, se inspira primordialmente en la participación psicológica. Ya que se fundamenta en el diálogo, da un ámbito de apoyo en el cual puede dialogar abiertamente con personas objetivas, neutrales e imparciales.
- **La terapia cognitivo conductual.** Es un tipo de terapia del habla, que ayuda a reconocer ciertos pensamientos negativos o equivocados. Además, se le considera como un instrumento eficaz para la recuperación de ciertos problemas de estrés postraumático, depresión y trastornos alimenticios.

1.4. Formulación del Problema.

En la provincia de Jaén, existe un sector llamado Fila Alta, quien actualmente viene atravesando muchas dificultades a consecuencia de las familias disfuncionales, la venta de sustancias psicoactivas y de los abusos constantes de violencia familiar. A través del centro de prevención y atención integral, que alberga a adolescentes de 6 a 12 años y de 13 a 17 años, quienes provienen de zonas y alrededores del sector. Por lo que se considera como formulación del problema a la Insuficiencia en el proceso Cognitivo conductual incide en el consumo de drogas.

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Este estudio es muy importante debido a que nos permitió aplicar estrategias que ayudaron a controlar los posibles casos de consumo de drogas en aquellos adolescentes. Por lo tanto, es también otra de las fuentes de conocimiento, ya que puede ser visto como un marco de referencia para investigaciones futuras. Así mismo, este estudio será un aporte significativo a la sociedad ya que ayudará a identificar ciertos factores causales que conduzcan a los adolescentes a un posible consumo. La presente investigación tiene una transcendencia de alcance metodológico, ya que, a través de ello, nos permitirá establecer ciertas estrategias psicoterapéuticas cognitivo conductual frente a los posibles casos de consumo de drogas.

1.6. Hipótesis.

1.6.1. Si se aplica una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, que tenga en cuenta la familia y el entorno social, entonces se contribuye a la disminución del consumo de drogas en adolescentes del sector de Fila Alta.

1.6.2. Variables, Operacionalización.

Variable Independiente:

Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual.

Variable dependiente:

Consumo de drogas.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos General

Aplicar una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual.
- Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Elaborar las acciones psicoterapéuticas para la prevención del consumo de drogas.
- Corroborar los resultados de la investigación y el valor científico mediante un preexperimento.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Objetivo: La investigación es aplicada, debido que me permitió aplicar una estrategia cognitivo conductual, la cual permitió conseguir un objetivo concreto al problema.

Profundización en el objeto: Explicativo, porque se confía instaurar relaciones de origen y efecto que permiten hacer generalizaciones a realidades similares. Es un estudio muy útil para probar teorías.

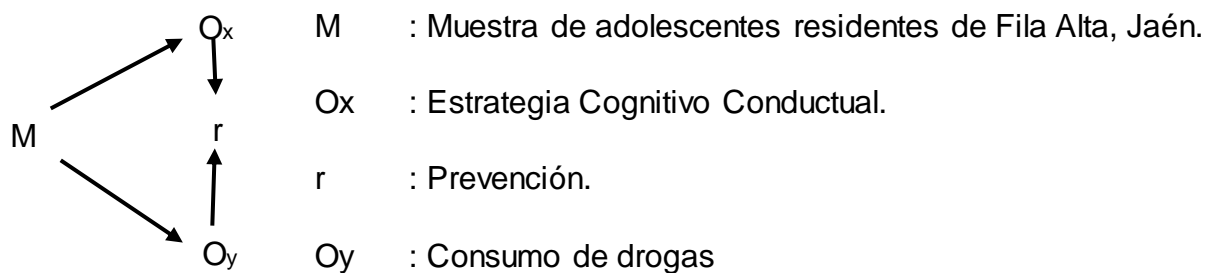
Tipo de datos empleados: Es mixta, porque en ella obtendremos datos no cuantificables, basados en la observación; después va a ser cuantitativa puesto que desarrollaré un estudio de la verdad por medio de diversos métodos fundados en los resultados.

Grado de manipulación de las variables: ha sido pre experimental, debido a que no se puede saber con mucha certeza, después de llevar a cabo la investigación, que los efectos producidos por la variable dependiente se deben exclusivamente a la variable independiente (Buendia, 1998 pág. 94)

Tipo de inferencia: Hipotético – deductivo.

Periodo temporal que se realizará: El periodo será de manera Transversal por realizarse ciertas medidas de propiedades en diferentes individuos en un rato definido.

Diseño de la investigación: Pre experimental.



2.2. Población y muestra.

Está conformada de 70 adolescentes entre los 14 y 17 años, participantes del Centro de Prevención y Atención Integral – CEPAI, además también participaron sus padres de cada uno de ellos y personal asistencial que labora en el CEPAI del sector Fila Alta. La Muestra ha sido de tipo no probabilístico, la misma que está incorporada por el mismo conjunto poblacional, para lo que se va a tener presente los próximos criterios.

Criterios de inserción:

- Adolescentes varones y mujeres.

- Adolescentes que tengan la edad entre 14 a 17 años.
- Residentes del sector Fila Alta.
- Adolescentes que participen del centro de prevención y atención integral.
- Personal asistencia del centro de prevención y atención integral de Fila Alta.
- Adolescentes que deseen participar y cuenten con el consentimiento firmado por sus padres.

Criterio de exclusión:

- Adolescentes que no viven en el sector.
- Adolescentes que no estén dentro del rango de edades de 14 a 17 años.
- Adolescentes que no participen del centro de prevención y atención integral - CEPAL.
- Adolescentes que no deseen participar
- Adolescentes que no tienen el consentimiento de sus padres.

Tabla 2

Cuadro demográfico de los adolescentes participantes.

Datos demográficos	f	%
Sexo:		
Hombres	49	70,0
Mujeres	21	30,0
Edad:		
13 años	27	38,6
14 años	20	28,6
15 años	08	11,4
16 años	12	17,1
17 años	03	4,3
Viven en casa con:		
Ambos padres	50	71,4
Padre o madre	13	18,5
Tíos	02	2,9

Solos	04	5,7
Abuelitos	01	1,4
Grado de estudio:		
Primer grado	14	20,0
Segundo grado	13	18,6
Tercer grado	18	25,7
Cuarto grado	12	17,1
Quinto grado	13	18,6

2.3. Variables, operacionalización.

2.3.1. Variables

Variable Independiente: Estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual.

Variable Dependiente: Consumo de drogas.

2.3.2. Operacionalización

La variable independiente está estructurada por 5 etapas, las cuales fueron propuestas con la finalidad de accionar sobre la prevención al consumo de drogas en los adolescentes. Las etapas son las siguientes: diagnóstico, planteamiento del objetivo general, planeación estratégica, instrumentación y criterios de evaluación.

La variable dependiente fue medida con 7 dimensiones las cuales son: Reacción de la familia ante un posible consumo, educación familiar en drogas, grupo de amigos, acceso a las drogas, riesgo familiar, actividades protectoras y estilos educativos.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Llamamos técnicas a aquellas programaciones sistematizadas y operativas que ayudan para la resolución de problemas prácticos. En cuanto a los instrumentos son aquellos medios que nos permiten recolectar datos; entre ellas están las guías de entrevista, los test psicométricos, los cuestionarios, etc. (Rivas, 2005) Además, se les brindó psicoeducación al equipo de trabajo que integran al centro de prevención y atención integral, acerca de la eficacia y virtud de las estrategias psicoterapéuticas Cognitivo Conductual, que tiene como propósito la prevención de posibles consumos de drogas en los adolescentes participantes del CEPAL.

Después, se procedió a brindar la información correspondiente a los padres de familia sobre la intención de la investigación, una vez dada la información se procedió al llenado y firma del consentimiento informado de cada adolescente para su participación en dicho estudio de investigación. Y finalmente, ya teniendo la autorización correspondiente, se procedió a la aplicación del cuestionario prevención de riesgo al consumo de drogas en adolescentes. Esta investigación hace uso de las siguientes técnicas: Análisis de contenido, encuesta, Análisis documental y Juicio de expertos.

2.4.1. Método teórico.

- **Análisis- síntesis.** Se usa en la indagación con la finalidad de especificar el juicio cognitivo-conductual.
- **Abstracto- concreto.** Es el resumen de los recursos hipotéticos y del plan del asunto de conocimiento de su conducta.
- **Histórico-lógico.** Fue utilizado para instituir las predisposiciones históricas del asunto de conocimiento cognitivo conductual y su dinámica.

2.4.2. Métodos empíricos.

- **Observación directa:** se utilizó al inicio del diálogo con los adolescentes y de la misma manera en las visitas a sus domicilios de cada uno de ellos.
- **Instrumento:** Se utilizó el cuestionario de prevención a posibles riesgos de consumo de drogas en adolescentes.

Hernández et al. (2010), describen que los artilugios de las series estadísticas deben cumplir tres necesidades esenciales: la fiabilidad, que se refiere al grado en que un dispositivo o instrumento produce una cantidad de efectos estables positivamente y coherentemente; la validez, que se refiere de nuevo al grado en que un instrumento mide resultados constantes y coherentes; la validez, que se refiere al grado en que un instrumento que está destinado a la variable que pretende medir, y la objetividad, que se refiere al grado en que el instrumento es permeable a los sesgos y tendencias del investigador que la administra, clasifica e interpreta.

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

Habiendo aplicado los instrumentos, tanto para los adolescentes como para los profesionales de manera presencial, se procedió vaciar los datos a una base de Excel para luego ser ingresados al sistema IBM SPSS Statistics, con la finalidad de ser procesadas y lograr conseguir la confidencialidad, contrastación de la hipótesis, para ser presentados en gráficos y lograr analizar e interpretar los resultados.

2.6. Criterios éticos

Informe Belmont (1979), manifiesta tres principios éticos y de orientación en protección del sujeto en la experimentación. Dichos elementos no continuamente tienen la posibilidad de ser administrados de la forma que solucionen sin duda un problema ético especial. Cuya finalidad es proporcionar un alcance razonable para solucionar ciertos problemas éticos que se produzcan durante una indagación con un grupo de personas. Resalta tres elementos que son:

a. Fines entre práctica e investigación: La averiguación y la práctica tienen la posibilidad de ser realizadas conjuntamente una vez que la averiguación va destinada a la apreciación de la estabilidad y efectividad de un procedimiento.

b. Principios éticos básicos: tiene relación con ciertos criterios en general que son la base para justificar diversas pautas éticas y apreciaciones personales de las ocupaciones humanas, entre ellas tenemos la obediencia a las personas, la beneficencia y la justicia.

c. Aplicaciones: La aplicación de los principios en general del comportamiento que se debería continuar en la indagación nos traslada a la importancia de las próximas obligaciones que se considera como un consentimiento informado, comprensible y voluntario; además considerar una valoración de riesgos y beneficios vinculados a la naturaleza y al alcance de los peligros y beneficios y en una metódica estimación de los riesgos y favores. Y por último la elección de los individuos.

2.7. Criterios de Rigor científico.

Esta investigación cumple ciertos criterios de investigación, de los cuales son:

- **Aplicabilidad:** Calidad de la aplicación. La aplicabilidad es la medida en que los datos experimentales obtenidos por medios naturales se pueden aplicar a otros estudios o situaciones.
- **Credibilidad:** Creer en la veracidad del resultado.
- **Confiabilidad:** Muestra resultados consistentes y repetibles.
- **Confirmabilidad:** El grado de neutralidad, o el grado en que el encuestado moldeó el resultado, más que los prejuicios, motivaciones o intereses del investigador.
- **Fiabilidad:** Veracidad de la información brindada por el investigador en su trabajo de tesis o artículo científico.
- **Relevancia:** sobre los resultados obtenidos en la encuesta.
- **Transferibilidad:** Indica que el resultado es aplicable en otros contextos.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y figuras.

Tabla 3

Prueba de normalidad de las dimensiones del riesgo al consumo de drogas en adolescentes.

Dimensiones del riesgo al consumo de drogas	Pruebas de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
1. Reacción de la Familia ante un posible consumo.	0,203	70	0,000
2. Educación familiar en drogas.	0,217	70	0,000
3. Grupo de amigos.	0,172	70	0,000
4. Acceso a las drogas.	0,238	70	0,000
5. Riesgo familiar.	0,157	70	0,000
6. Actividades protectoras.	0,218	70	0,000
7. Estilo educativo.	0,239	70	0,000

Nota: Según en la tabla 03 podemos observar que la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, que las dimensiones que se han analizado han obtenido el nivel de significancia de <0,05. Indicándonos que ciertas dimensiones conservan una distribución no normal, por lo que es necesario utilizar estadísticos inferenciales no paramétricos.

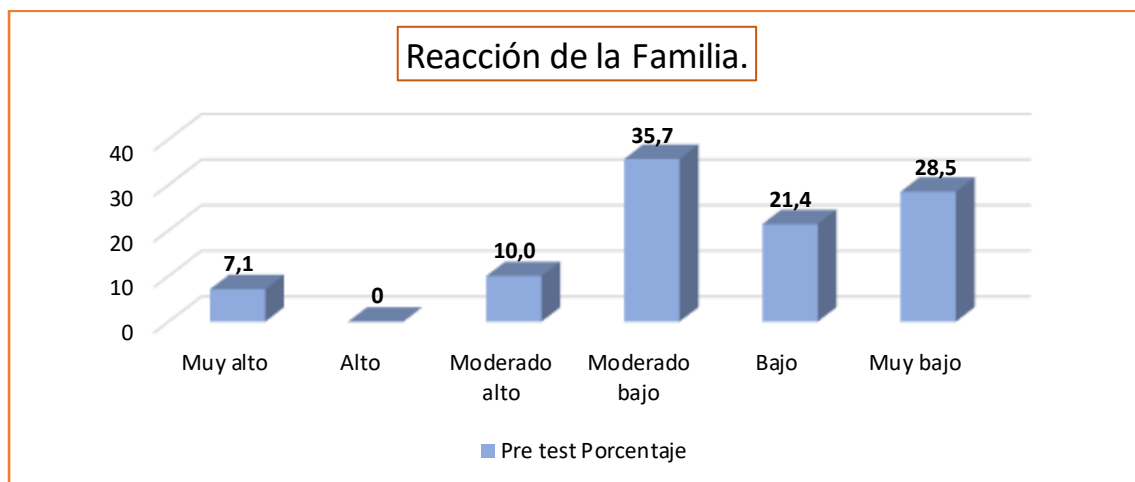
Tabla 4

Estado actual de la primera dimensión reacción de la familia ante un posible consumo de drogas en adolescentes.

Niveles	F	%
Muy alto	5	7,1
Alto	-	-
Moderado alto	7	10,0
Moderado bajo	25	35,7
Bajo	15	21,4
Muy bajo	20	28,5
Total	70	100,0

Figura 1

Reacción de la familia



Nota en la figura 01 en la que nos muestra el estado actual de cual sería la reacción de los padres y familiares ante un posible consumo de drogas, observamos que un 35,7% (25) que consideran este hecho como moderado bajo, un 28,5% (20) muy bajo, el 21,4% (15) bajo, lo que significa que sus padres no les importaría que sus hijos sean encontrados consumiendo algunas sustancias tóxicas.

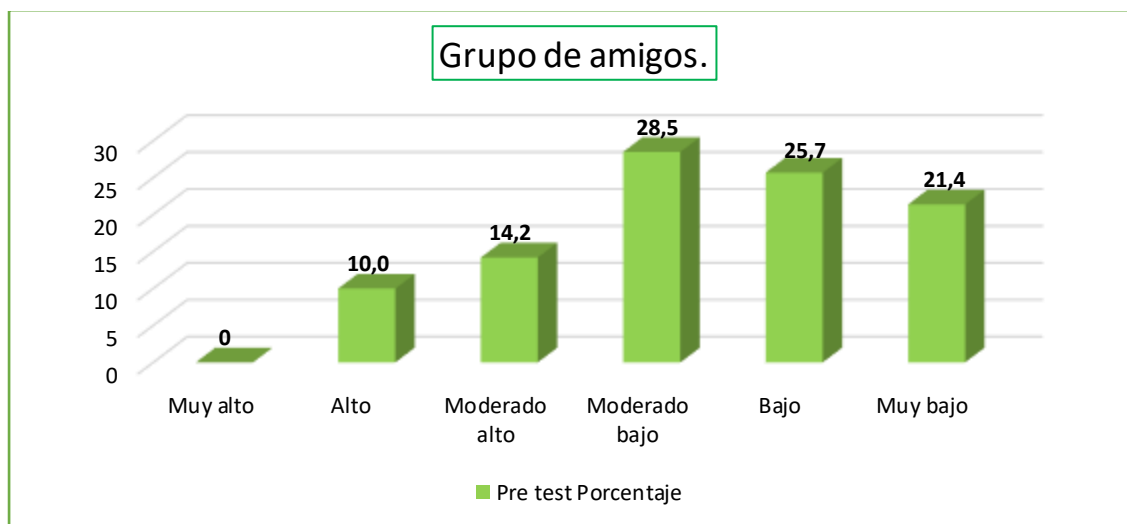
Tabla 5

Diagnóstico de segunda dimensión grupo de amigos.

Niveles	F	%
Muy alto	-	-
Alto	7	10,0
Moderado alto	10	14,2
Moderado bajo	20	28,5
Bajo	18	25,7
Muy bajo	15	21,4
Total	70	100,0

Figura 2

Grupos de amigos



Nota La dimensión grupo de amigos, busca identificar qué tipo de amigos es que el adolescente se relación en su entorno amical y si este es capaz de saber elegir buenas actitudes para su vida. Es así, que en la figura 2, tenemos que antes de ser aplicado el programa estratégico cognitivo conductual se obtuvo que el 28,5% (20) pose un nivel moderado bajo, el 25,7% (18) nivel bajo y el 21,4% (15) muy bajo, lo que significa que estos adolescentes pueden ser persona al acecho por consumidores, debido a su desconocimiento sobre el tema de drogas.

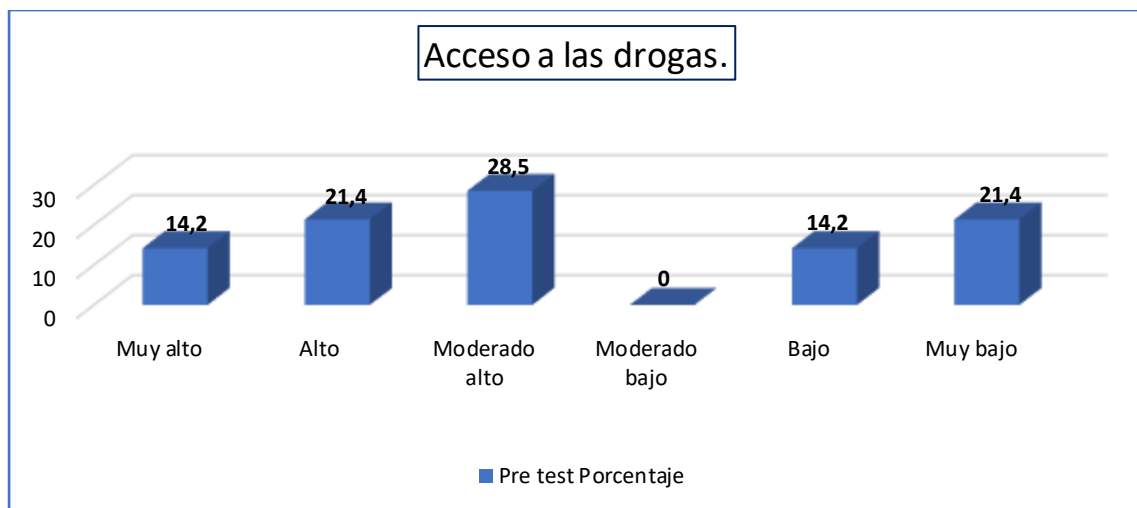
Tabla 6

Diagnóstico del estado actual de la tercera dimensión acceso a las drogas.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	10	14,2
Alto	15	21,4
Moderado alto	20	28,5
Moderado bajo	-	-
Bajo	10	14,2
Muy bajo	15	21,4
Total	70	100,0

Figura 3

Acceso a drogas



Nota: La dimensión acceso a las drogas, busca determinar si el adolescente tiene o conoce los accesos de poder obtener drogas. Lo que nos muestra la figura 3, es que 28,5% (20) tienen un nivel moderado alto, y un 21,4% (15) tienen un nivel alto y un nivel muy bajo, lo que significa que estos adolescentes tienen un conocimiento de cómo se podría obtener estas sustancias psicoactivas y esto sería muy tentativo para ellos si no se toma acción alguna.

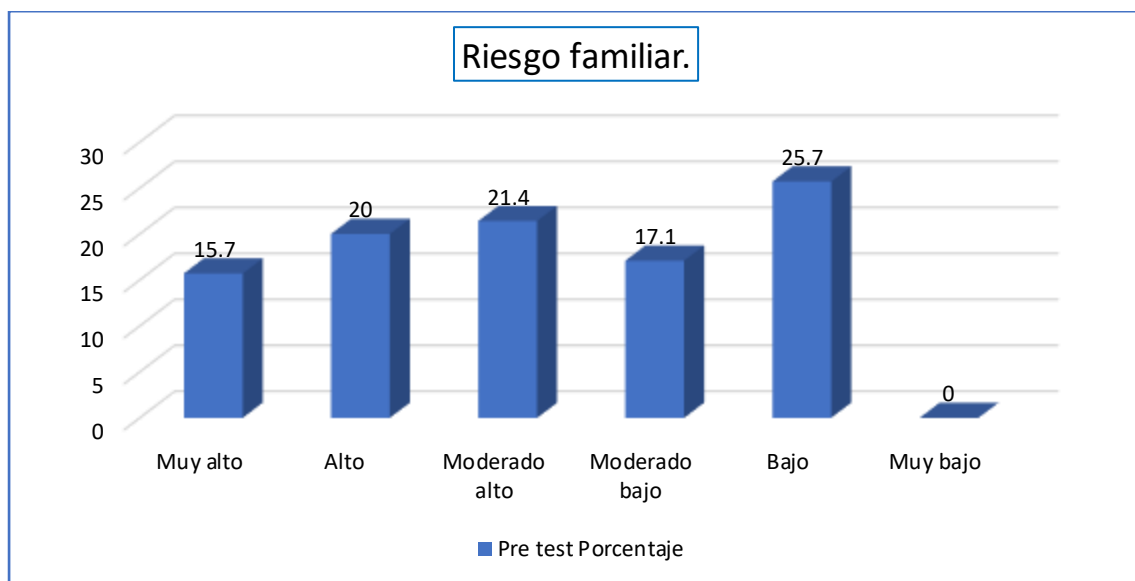
Tabla 7

Diagnóstico del estado actual de la cuarta dimensión Riesgo familiar.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	11	15,7
Alto	14	20,0
Moderado alto	15	21,4
Moderado bajo	12	17,1
Bajo	18	25,7
Muy bajo	-	-
Total	70	100,0

Figura 4

Riesgo familiar



Nota: La dimensión Riesgo familiar, busca determinar el tipo de relación que existe en cada hogar de los adolescentes, respuesta que se muestra en la figura 4, en la cual un 25,7% (18) presentan un nivel bajo, el 21,4% (15) nivel moderado alto y un 20,0% (14) muestra un nivel alto. Es significa en algunos hogares de los adolescentes participantes mantienen una relación poco afectuosa, en la que existen malos tratos y ciertos padres conflictivos.

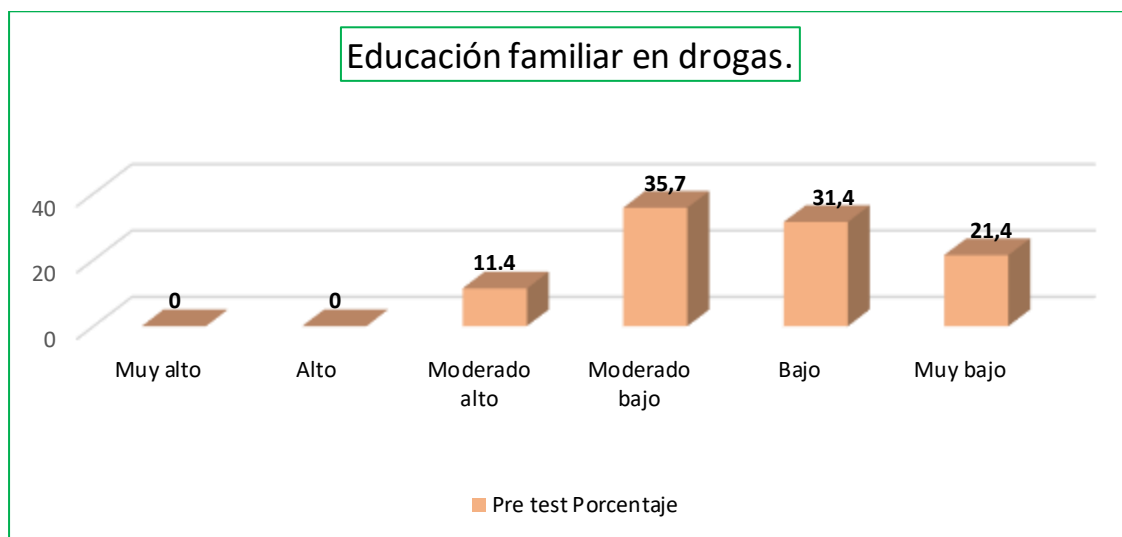
Tabla 8

Diagnóstico del estado actual de la quinta dimensión educación familiar en drogas.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	-	-
Alto	-	-
Moderado alto	08	11,4
Moderado bajo	25	35,7
Bajo	22	31,4
Muy bajo	15	21,4
Total	70	100,0

Figura 5

Educación familiar endrogas



Nota: La dimensión Educación familiar en drogas, busca determinar los estilos de convivencia en la familia, además de ver su relación de vida de los padres con sus hijos. En la figura 5 podemos ver que la realidad inicial del estudio hemos obtenido que un 35,7% (25) muestra un nivel moderado bajo, un 31,4% (22) un nivel bajo y un 21,4% (15) nivel muy bajo, lo que significa que, en la vida familiar de algunos adolescentes, no existen ciertas normas de convivencia y además indican que la relación de comunicación entre padres e hijos es escasa.

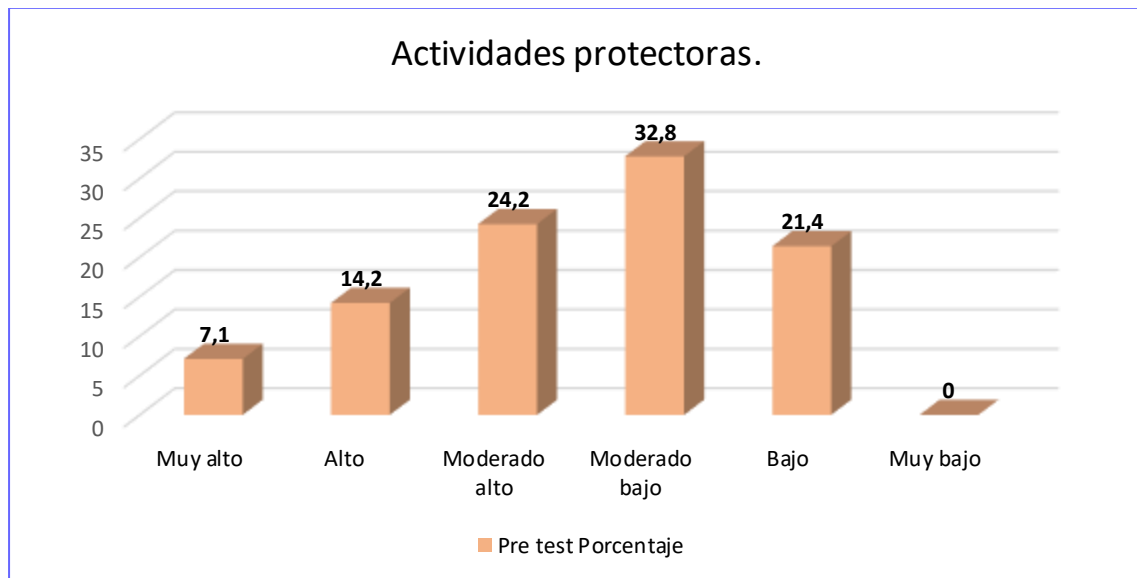
Tabla 9

Diagnóstico del estado actual de la sexta dimensión actividades protectoras.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	5	7,1
Alto	10	14,2
Moderado alto	17	24,2
Moderado bajo	23	32,8
Bajo	15	21,4
Muy bajo	-	-
Total	70	100,0

Figura 6

Actividades protectoras



Nota: En la dimensión Actividades protectoras, se busca determinar que habilidades desarrolla el adolescente en sus tiempos libres durante su vida diaria familiar. El resultado inicial encontrado en los adolescentes participantes es que un 32,8% (23) tiene un nivel moderado bajo, el 24,2 % (17) y un 21,4% (15) nivel bajo, resultado que muestra que algunos de los adolescentes no ponen en práctica sus habilidades sociales y otros no desarrollan actividades saludables de manera personal y/o familiar.

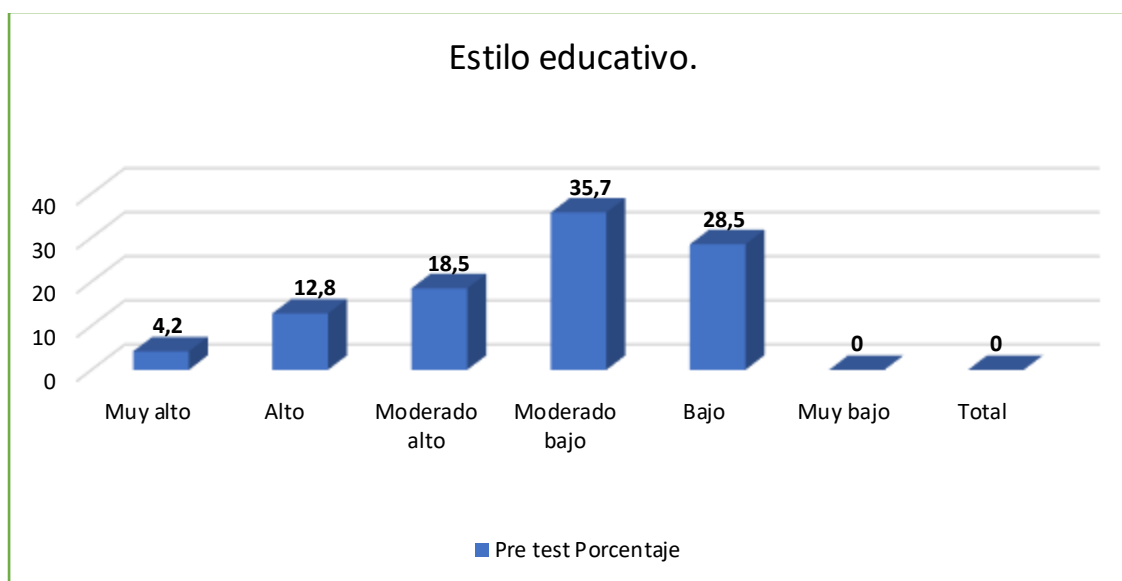
Tabla 10

Diagnóstico del estado actual de la séptima dimensión estilo educativo.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	3	4.2
Alto	9	12.8
Moderado alto	13	18.5
Moderado bajo	25	35.7
Bajo	20	28.5
Muy bajo	-	-
Total	70	100,0

Figura 7

Estilo Educativo



Nota: La dimensión Estilo educativo, busca determinar, cuál es el estilo de crianza de cada adolescente. Como resultados se obtuvieron que un 35,7% presenta un nivel moderado bajo, el 28,5% un nivel bajo y un 18,5% moderado alto. Lo que significa que en los estilos educativos de los adolescentes encontramos que algunos padres son permisivos, dejando que cada uno de los adolescentes no tengan un control de sus propias actividades.

3.2. Discusión de resultados

En el desarrollo de la presente investigación se ha desarrollado teniendo como finalidad caracterizar su epistemología del proceso cognitivo – conductual, determinar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual ante los posibles riesgos de consumo mediante el diagnóstico, determinar la existencia de ciertas tendencias históricas que estén vinculadas con el proceso cognitivo conductual y su dinámica y aplicar un plan de acción estratégica para la prevención del consumo de drogas mediante la validación por criterios de especialistas en la estrategia cognitivo conductual propuesta, y corroborar los resultados de la investigación y el valor científico mediante un pre experimento, con la finalidad de prevenir, disminuir y promocionar la importancia de una vida sana sin drogas en los adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral del sector Fila Alta.

En este sentido, comenzamos con la fundamentación epistemológica y la caracterización del proceso cognitivo-conductual a través de la consulta de las siguientes teorías: la teoría cognitivo-conductual de Royal College of psychiatrists, Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, teoría de socialización primaria de Oetting, modelo del desarrollo social de Catalano y el concepto de conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor. Las aportaciones de esos autores permitieron a través de los años el progreso de la TCC que deja entrar toda la información del psiquismo del individuo y de la psique de la persona y de cómo se relaciona con su entorno.

En segundo lugar, se diagnosticó el estado actual de los adolescentes, en la cual se pudo determinar que los resultados de la variable a través del pre test, tienen una estimación negativa por los resultados obtenidos que representa un 35% de los encuestados, en la que su situación frente a los posibles riesgos de consumo de sustancias psicoactivas es de nivel bajo y moderado bajo, en las 07 dimensiones, deficiencias que pueden generar problemas en la relación familiar, educativa y social. En el otro extremo están aquellos que son el 4% y el 7% son adolescentes que opinan que el estar lejos y mantenerse informado de los posibles riesgos y problemas que pueden generar al ser consumidores de drogas.

Siendo conocedores de la gran utilidad y ayuda que puede facilitar los programas, se procedió a aplicar acciones psicoterapéuticas para la prevención al consumo de drogas, acciones que resultó de manera positivas ya que los resultados fueron que un 34% de los adolescentes y los padres aprendieron a apreciar y valorar la vida de sus hijos y considerar que dedicar y ofrecer un espacio a los hijos podemos prevenir sucesos posteriores a un consumo de drogas. Además

de mantenerse siempre informado de las consecuencias y peligros que pueden estar latentes en sus hijos. Este resultado obtenido tiene el abal de relación a lo que Martínez (2017) señala que el aplicar un programa de prevención ayuda a mejorar los niveles de conocimiento sobre ciertos riesgos que los hijos adolescentes pueden consumir algún tipo de drogas.

El lograr determinar ciertas tendencias históricas que estén vinculadas al proceso cognitivo conductual, se ha podido comprobar que esta tendencia ha pasado por 03 etapas: Surgimiento de las teorías cognitivo conductuales (1829 – 1959), el desarrollo de las terapias cognitivo conductual (1960 – 2000) y la nueva representación en la Terapia cognitivo conductual (2000 – actualidad), directrices que siguen construyendo lentamente conceptos que en la actualidad son muy reconocidos en el pensamiento, aprendizaje y sentimientos de las personas.

El aplicar acciones estratégicas para prevenir posibles riesgos de que los adolescentes consuman ciertas sustancias psicoactivas, se ha considerado tener como fundamento de desarrollo en base a 3 fases: Psicoeducación y sensibilización, fortalecimiento de las emociones y progreso en el desarrollo de sus habilidades sociales. Acciones que mostraron resultados satisfactorios en los adolescentes y padres de familia, al lograr entender que el cuidado y la misión de los hijos es de la familia.

En última instancia se logró validar por especialistas ciertos criterios necesarios para la aplicación y el desarrollo de las estrategias cognitivo conductuales, quienes han verificado y revisado el aporte práctico, teniendo como resultados satisfactorios y de haber dado un visto bueno y positivo para su aplicación.

Al cierre de esta discusión, a través del cuestionario aplicado a cada uno de los adolescentes del centro de prevención y atención integral del sector Fila Alta. Se determinó que los encuestados consideran que para poder evitar o prevenir estos sucesos de consumo, se tiene que trabajar en comunión entre el centro de prevención y las instituciones aliadas a estos programas de prevención y atención integral.

3.3. Aporte práctico

“Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral de Fila Alta, Jaén”

Introducción.

De acuerdo a los aportes brindado por los profesionales del CEPAI del sector Fila Alta, a través de sus entrevistas de admisión y visitas domiciliarias, encontraron que un pequeño grupo de padres de familia consideran que el consumo de drogas es decisión de cada uno “si mi hijo quiere desgraciar su vida, eso dependen de él” “ya es grandecito para saber que es bueno y que es malo” por lo que no se disgustarían ante este posible hecho, además ciertos adolescentes son amigos de otros adolescentes que en su vida consumen drogas, quienes ellos mismo refieren conocer los lugares donde se comercializan estas sustancias.

La noticia sobre los casos de consumo de estas sustancias en nuestro país es cada vez más preocupante, mucho más en estos tiempos de pandemia, por lo que a través de algunas instituciones que se preocupan por el bienestar de las familias han aperturado centros de apoyo y atención a familias vulnerables y con problemas de todo tipo, con la finalidad de solidarizarse y contribuir en un bienestar familiar.

Estos centros de apoyo y atención han puesto a disposición a muchos profesionales a poder unir fuerzas de trabajo en beneficio del bienestar familiar y en prevención a los posibles casos de consumo de drogas. Por lo que consideran que la aplicación de ciertas estrategias psicoterapéuticas a través de un programa, ayudan a prevenir y atender casos que se vean afectados por una de las tantas problemáticas existentes en este sector que es el consumo de drogas (Becoña, 2007).

3.3.1. Fundamentación del aporte práctico

Cuando nos proponemos reducir y prevenir el consumo de estas drogas legales e ilegales, entendemos que el abuso y la dependencia por estas sustancias es un problema social que se debe prevenir. Para ello debemos anticiparnos que consumir ciertas drogas está señalado como un fenómeno social relacionado con complicaciones y consecuencias personales y sociales.

Menéndez (2017) refiere que consumir cualquier droga ilegal o legal, es un complicación que existe en la sociedad y por lo tanto se convierte en un problema dentro de la salud familiar y social, que en un futuro de corto plazo generaría resultados mortales dentro del entorno familiar, escuela y de la sociedad.

López G. (2020) destaca que los trabajos de prevención tienen consecuencia en la preparación de líderes críticos quienes consideran una necesidad de forjar una innovación social y el ayudar de manera libre y voluntaria con acciones pedagógicas para debilitar el consumo de drogas. A diferencia de, Solano (2018), quien determina que las técnicas

cognitivo-conductuales utilizadas durante las intervenciones psicológicas reducen los elementos conductuales requeridos para los casos psicológicos y modifican el pensamiento generalizado, distorsionado por destilación para reemplazar un pensamiento más racional, flexible y alternativo.

Para Riso (2006) la terapia cognitivo conductual nos lleva a determinar y demostrar que un modelo de intervención psicoterapéutica.

Para el desarrollo de este programa hemos tomado como estrategia a las teorías de Albert Bandura, Oetting, Catalano y Jessor.

La teoría del estudio social, más actualmente denominada idea cognitiva social, propuesta por medio de Bandura, es una de las máximas teorías utilizadas y esenciales dentro de la disciplina de las drogodependencias.

La idea de Oetting de la socialización primaria tiene como objetivo superar las restricciones de las teorías precedentes, ya que, al igual que éstas, analizan sólo un componente del problema (variables orgánicas, psicológicas o sociales) o no indican los elementos que vinculan unos con otros. Este concepto se centra en los comportamientos problemáticos. La premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que "aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, básicamente todos los comportamientos sociales humanos son aprendidos o tienen componentes principales que se descubren".

La versión de Catalano, Hawkins (1996) de la mejora social es una idea de moda del comportamiento humano que ambiciona explicar la conducta delictiva mediante la especificación de la conducta cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de las relaciones predictivas del desarrollo, dando relaciones predictivas del super desarrollo, dando una relevancia extremadamente buena al azar y a los elementos defensivos. El objetivo de la versión es proporcionar una explicación y esperar el inicio, la escalada, la protección, la desescalada y el abandono o desistimiento de las conductas que son un maravilloso problema para la sociedad, como la delincuencia y el consumo de drogas ilegales.

La teoría de Jessor (1991 – 1992) está centrada en los comportamientos de peligro. La reputación de la importancia de los elementos de peligro conductuales ha llevado, a su vez, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social, dada la relevancia psicología, dada la relevancia de la información conducta social, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo único. Jessor aboga por una visión completa y simultánea de todos los comportamientos inestables, sugiriendo que todos los niños son conductas de peligro,

sugiriendo que la intervención debe dirigirse a convertir las ocasiones que sostienen un grupo o síndrome de riesgo.

3.3.2. Construcción del aporte práctico.

Teniendo conocimiento de los resultados encontrados en el pre test, sobre los posibles riesgos que puedan presentar los adolescentes con respecto a las drogas, se propone realizar ciertas estrategias en el programa cognitivo conductual, a fin de prevenir y mejorar las dimensiones de una mejor relación de la familia ante un posible consumo, mejorar los grupos de amigos, tomar conciencia acerca de los lugares de venta de drogas, el riesgo que padecen ciertas familiar, la psicoeducación familiar en drogas, actividades preservadoras y el modo formativo en drogas. Dichas estrategias cognitivo conductual son aplicadas con la única finalidad de prevenir el consumo de drogas en los adolescentes, por lo que es necesario considerar la siguiente estructura que nos propone Morales (2021)

- Primera Etapa : Diagnóstico.
- Segunda Etapa : Objetivo general.
- Tercera Etapa : Planeación estratégica.
- Cuarta Etapa : Instrumentación.
- Quinta Etapa : Criterios de evaluación.

La primera Etapa: Diagnóstico

La información para el diagnóstico de la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir que los adolescentes consumieran drogas, se obtuvo en base al Cuestionario de prevención de riesgo al consumo de drogas en adolescentes, así mismo se solicitó a los de expertos considerar su criterio en base a su juicio de experiencia para un mejor desarrollo del tema en investigación.

Acciones del diagnóstico

- *Reacción de la familia ante un posible consumo:*

- ✓ Padres que no se disgustan y no les importa que sus hijos sean encontrados fumando o bebiendo licor.
- ✓ Padres, familiares y amigos que no se preocuparían y no les importarían si algún hijo, sobrino o amigo consumiera droga.

- *Grupo de amigos:*

- ✓ Amigos que consumen algún tipo de drogas y no son solidarios con alguno de ellos.
 - ✓ Amigos que no tienen ningún conocimiento acerca de las consecuencias de las drogas.
 - ✓ Adolescentes que están de acuerdo que en las fiestas de menores de edad deben celebrarse las fiestas con bebidas alcohólicas y en ciertas ocasiones con algún tipo de droga.
 - ✓ Amigos que en sus hogares no reciben ninguna orientación de prevención acerca de las drogas.
- ***Acceso a las drogas:***
- ✓ Adolescentes que no frecuentan a lugares recreacionales y/o deportivos para mejorar hábitos saludables.
 - ✓ Adolescentes que tienen acceso y conocimiento de lugares donde se comercializa bebidas alcohólicas y drogas, y que no son capaces de realizar alguna denuncia en contra de estos lugares.
- ***Riesgo familiar:***
- ✓ Padres que no saben resolver algún tipo de problema familiar.
 - ✓ Familias que no les importa solidarizarse con algún miembro de la familia si consumiera alguna sustancia psicoactiva.
 - ✓ Adolescentes que no mantienen la calma a sus impulsos cuando ven a sus padres discutir.
 - ✓ Adolescentes que prefieren callar o guardar sus problemas a que buscar y recibir ayuda profesional.
 - ✓ Padres poco expresivos afectivamente.
 - ✓ Familias que tienen algún integrante con problemas de adicciones a las drogas.
- ***Educación familiar en drogas:***
- ✓ Padres que no hablan sobre temas de adicciones a las drogas, causas, consecuencias y posibles problemas en su salud mental.
 - ✓ Familias que no cumplen las normas de convivencia de manera voluntaria.
 - ✓ Padres que no valoran y no reconocen el esfuerzo y las buenas acciones de los hijos.
 - ✓ Padres que carecen de conocimiento básico sobre el tema de adicciones de sustancias psicoactivas.
 - ✓ Profesores que en pocas oportunidades les hablan a los adolescentes sobre temas de adicciones.
- ***Actividades protectoras:***
- ✓ Adolescentes que no se sienten acompañados y apoyados por sus padres.
 - ✓ Adolescentes que, en sus tiempos libres, se dedican a estar fuera de casa por mucho tiempo.

- ✓ Padres que no se sienten orgullosos, y no muestran algún tipo de afecto a sus hijos.
- ✓ Adolescentes que prefieren beber licor en sus tiempos libres antes que realizar sus actividades académicas.
- ✓ Familias que no ofrecen algún espacio de escucha y diálogo.
- ✓ Padres que no muestra una relación asertiva y sentimental.
- ***Estilo educativo:***
 - ✓ Padres que no consideran, no valoran, no respetan las decisiones de sus hijos. Y que además no cumplen con lo establecido en las normas de convivencia familiar.
 - ✓ Adolescentes que tienen como amigos que se evaden de las clases.
 - ✓ Adolescente que no llegan a casa de manera puntuales a la hora pactada con sus padres.
 - ✓ Familias con carencia de comunicación padres e hijos.

Segunda etapa: Objetivo General.

Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta la reacción de la familia ante un posible consumo, grupo de amigos, acceso a las drogas, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo, para prevenir el consumo de drogas en adolescentes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.

La etapa III: Planeación estratégica.

Para desarrollar el plan estratégico se considerará 03 fases, que estarán vinculadas con cada una de las dimensiones evaluadas en los adolescentes y sus padres. Además de las sesiones se establecerán espacios de esparcimiento y de arteterapia

- Fase 01 : Psicoeducación y sensibilización.
- Fase 02 : Fortaleciendo mis emociones.
- Fase 03 : Desarrollando mis habilidades sociales.

Desarrollo del plan estratégico

FASE 01: PSICOEDUCACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN.

Objetivo: Proveer de información a los padres y adolescentes sobre los efectos que ocasionan las drogas.

Dimensión 01: Reacción de la familia ante el posible consumo.

Objetivo: Brindar la información correspondiente en el tema de drogas y lograr concientizar la importancia de la vida familiar.

Acciones a realizar:

- Aportar de información y conocimiento del riesgo que pueden atravesar los adolescentes de hoy en día con respecto a las drogas.
- Facilitar investigaciones objetivas sobre el tema de drogas y cuáles son las posibles consecuencias que podrían ocasionar en la salud de las personas que abusan de ellas.
- Ayudar en reconocerse que los padres e hijos son únicos, importantes y especiales.
- Motivar a los padres que la educación y la apreciación a los hijos es indispensables.

Responsable:

- Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Esquema Metodológico	Materiales
S1: La familia: Importancia, tipos, y educación en valores.	Determinar la importancia de la familia y ayudar a reconocerse que los padres e hijos son únicos, importantes y especiales.	- Convocatoria. - Presentación del taller. - Presentación del objetivo. - Desarrollo del tema.	- Laptop o tablet. - Proyector.
S2: La familia sin drogas.	Informar la importancia del rol fundamental de los padres como agentes protectores de un posible consume de drogas.	- Fase de recolección de información. - Fase plenaria. - Fase de retroalimentación. - Compromiso.	- Parlantes. - Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo. - Lapiceros.
S3: Realización de pancartas entre los adolescentes y sus padres.	Sensibilizar a los padres y adolescentes con el tema de las drogas.	- Evaluación.	

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

Dimensión 02: Educación familiar en drogas.

Objetivo: Brindar información clara y concisa en tema de drogas y cuáles son los resultados de su consumo en su salud.

Acciones a realizar:

- ✓ Concientizar y sensibilizar sobre el riesgo que podrían atravesar los adolescentes si llegaran a consumir drogas.

Responsable:

- ✓ Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S4: Información Sobre drogas.	Brindar información y dar a conocer a los adolescentes del porque no se debe consumir drogas.	- Convocatoria. - Presentación del taller.	
S5: Efectos, consecuencias y criterios de identificación del consumo de drogas.	Informar a los adolescentes sobre los efectos y consecuencias, además de lograr Identificar los signos y síntomas del consumo de sustancias psicoactivas.	- Presentación del objetivo. - Desarrollo del tema. - Fase de recolección de información. - Fase plenaria.	- Laptop o tablet. - Proyector. - Parlantes. - Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo.
S6: Autoridad familiar.	Brindar manuales para que los padres de familia y los hijos recapaciten sobre lo importante de una autoridad equilibrada, serena, compartida, con espíritu de crítica y revisión.	- Fase de retroalimentación. - Compromiso. - Evaluación.	- Lapiceros

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

FASE 02: FORTALECIENDO MIS EMOCIONES.

Objetivo: Instruir, describir, reflexionar y diferenciar sus emociones.

Dimensión 03: Riesgo familiar.

Objetivo: Sembrar y optimizar la aplicación del programa específico de prevención de consumo de drogas, para las familias en situación de riesgo.

Acciones a realizar:

- ✓ Identificar y comprender la importancia de sus emociones en una relación empática con los demás.
- ✓ Obtener habilidades que permitan afrontar estados emocionales negativos.
- ✓ Identificar qué factores afectan a la autoestima.
- ✓ Trabajar estrategias que ayuden a aumentar la autoestima mediante el reconocimiento de sus cualidades personales.
- ✓ Concertar a la realidad la percepción de los preadolescentes sobre la extensión y el grado de aceptación del consumo de drogas en las personas del entorno familiar.

Responsable:

- ✓ Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S7: Relaciones familiares I.	Fortalecer las relaciones familiares de los adolescentes para prevenir el consumo de drogas.	- Convocatoria. - Presentación del taller.	
S8: Autoestima.	Comprender que la forma de ser de cada persona está compuesta de múltiples características	- Presentación del objetivo. - Desarrollo del tema. - Fase de recolección de información.	- Laptop o tablet. - Proyector. - Parlantes. - Papelotes. - Plumones.
S9: Mis emociones.	Sensibilizar a los adolescentes de la gran importancia de saber reconocer y expresar nuestras propias emociones.	- Fase plenaria. - Fase de retroalimentación.	- Fichas de trabajo. - Lapiceros
S10: Estilos de crianza.	Identificar los estilos de crianza que los padres y madres de familias.	- Compromiso. - Evaluación.	

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

Dimensión 04: Actividades protectoras.

Objetivo: Promover actitudes y hábitos saludables a través del proceso educativo en el entorno familiar.

Acciones a realizar:

- Aprender habilidades para vencer la timidez.
- Reconocer ciertas habilidades de comunicación que se consideran importantes en la relación con los demás.
- Recapacitar de la forma en la que se utiliza el tiempo libre a nivel personal, familiar y con los amigos durante estos tiempos.
- Revelar múltiples alternativas que se pueden utilizar en los tiempos libres para que sean saludables, activas, participativas, reforzantes y alcanzables.
- Reconocer cuán importante tiene en el desarrollo personal y social el disponer de un amplio repertorio de intereses y actividades para disfrutar del tiempo libre.
- Ayudar a reflexionar a las familias la idea que compartir con los hijos el tiempo de ocio e iniciar en ellos aficiones saludables ajustadas a sus intereses y motivaciones, es un factor de protección frente al consumo de drogas.

Responsable: Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S11: Relaciones familiares II.	Fortalecer las relaciones familiares de los adolescentes para la prevención del consumo de drogas.	- Convocatoria. - Presentación del taller. - Presentación del objetivo.	- Laptop o tablet. - Proyector. - Parlantes.
S12: La comunicación en familia.	Desarrollar estilos de una buena comunicación y escucha de padres e hijos.	- Desarrollo del tema. - Fase de recolección de información.	- Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo.
S13: Vivir sin drogas.	Informar algunos consejos en que saber hacer en caso de alguien de la familia		- Lapiceros

	consume algún tipo de sustancias psicoactivas.	- Fase plenaria. - Fase de retroalimentación.
	Informar la importancia del rol fundamental de los padres como sujetos protectores ante posibles riesgos de sustancias psicoactivas.	- Compromiso. - Evaluación.
S14: Mi familia sin drogas.		
S15: Nuestro tiempo en familia.	Brindar elementos que ayuden a las familias a planificar su tiempo que pasan juntos.	

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

FASE 03: DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES.

Objetivo: Fortalecer capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de un posible consumo.

Dimensión 05: Grupo de amigos.

Objetivo: Sensibilizar a los adolescentes que forman y/o participan de un grupo de amigos sobre el riesgo de consumo de drogas.

Acciones a realizar:

- ✓ Conseguir que los adolescentes que pertenezcan a un grupo, tengan una percepción ajustada a la realidad sobre la extensión y grado de aceptación de la conducta de fumar en las personas de su edad.
- ✓ Informar las razones por la cual los adolescentes no deben consumir drogas.
- ✓ Explicar a los adolescentes que la presión que se puede imponer en el grupo puede influir en la conducta de las personas.
- ✓ Conocer las formas de presión que son empleadas con más frecuencia por el grupo de iguales.
- ✓ Reconocer cuáles son las razones por las que las personas ceden a la presión del grupo.
- ✓ Actuar el cómo responder ante la presión del grupo.

Responsable:

✓ Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S16: Presión del grupo.	Aprender a identificar ciertas situaciones que siente presión en su vida y el saber defenderse cuando sus amigos intenten atentar contra sus derechos.	Presentación del tema, lectura de la intención del taller, ambientación (saludos, dinámicas, juegos, afiches, slogans, carteles, audio y videos), desarrollo del tema, plenaria (tormenta de ideas, sociodramas, trabajos grupales), compromiso y evaluación.	- Laptop. - Tablet. - Celular. - Parlantes. - Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo.
S17: Cómo decir NO.	Desarrollar la capacidad de identificar la presión de grupo. Reconocer las distintas situaciones donde se presenta. Identificar características de		
S18: Liderazgo.	liderazgo entre los adolescentes participantes.		

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

Dimensión 06: Acceso a las drogas.

Objetivo: Analizar de manera crítica sobre los lugares de acceso al consumo de drogas.

Acciones a realizar:

- ✓ Informar a los adolescentes de cuáles son las razones para no consumir algún tipo de drogas.
- ✓ Revisar de modo crítico los mitos familiares sobre el tema de las drogas y su consumo.
- ✓ Saber decir “no” de una manera asertiva y eficaz.

Responsable: Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S19: Comunicación eficaz y asertiva.	Desarrollar en los participantes la capacidad de identificar la comunicación verbal y no verbal, así como su influencia en la comprensión de los mensajes y las relaciones humanas.	Presentación del tema, lectura de la intención del taller, ambientación (saludos, dinámicas, juegos, afiches, slogans, carteles, audio y videos), desarrollo del tema, plenaria (tormenta de ideas, sociodramas, trabajos grupales), compromiso y evaluación.	- Laptop. - Tablet. - Celular. - Parlantes. - Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo.
S20: Decisiones correctas.	Saber reconocer y trabajar en equipo para ayudarse a tomar la correcta decisión.		
S21: La asertividad.	Diversificar los estilos de comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.		
S22: Ocio y tiempo libre.	Comprender la importancia de una adecuada distribución del tiempo.		

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

Dimensión 07: Estilo educativo.

Objetivo: Trabajar con los adolescentes la empatía, la asertividad y la resolución saludable de conflictos para el mejoramiento de una calidad de vida en los hogares.

Acciones a realizar:

- ✓ Aprender a actuar de manera positiva ante las críticas destructivas de los demás y ante los errores.
- ✓ Saber diferenciar los tipos de respuestas pasivas, agresivas y asertivas que se pueda utilizar para responder a la presión de los demás.

Responsable:

✓ Psicólogo o psicóloga.

Sesiones a realizar:

Sesiones	Objetivo	Metodología	Materiales
S23: Resolución de problemas.	Analizar ciertos problemas para saber solucionarlos de manera correcta.	Presentación del tema, lectura de la intención del taller, ambientación (saludos, dinámicas, juegos, afiches, slogans, carteles, audio y videos), desarrollo del tema, plenaria (tormenta de ideas, sociodramas, trabajos grupales), compromiso y evaluación.	- Laptop. - Tablet. - Celular. - Parlantes. - Papelotes. - Plumones. - Fichas de trabajo.
S24: Toma de decisions.	Señalar cuáles son los pasos de un modelo de toma de decisiones.		
S25: Proyecto de vida.	Lograr que los adolescentes aprendan a diseñar su proyecto de vida con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo.		

Tiempo de sesión: 90 minutos, hora pedagógica.

La etapa IV: Instrumentación.

La implementación de la estrategia del programa cognitivo conductual se ha venido desarrollando por un periodo de 6 meses, teniendo como base el siguiente esquema: fase 01 Psicoeducación en drogas (2 dimensiones, 06 sesiones), fase 02 Fortaleciendo emociones (02 dimensión 09 sesiones) y fase 03 Habilidades sociales (03 dimensiones 10 sesiones) haciendo un total general de 03 fases, 07 dimensiones y 25 sesiones.

Las condiciones necesarias son:

- Autorización por parte del párroco de la Parroquia San Francisco de Asís y el asesor encargado del centro de prevención y atención integral – Cepai Fila Alta.
- Participación y compromiso de los adolescentes, padres de familia, docentes y profesionales participantes del centro de prevención y atención integral de Fila Alta, para llevar a cabo el programa cognitivo conductual en prevención al consumo de drogas.

- Para el desarrollo de los talleres del programa de estrategias cognitivas conductuales, se necesitará personal especializado (psicólogo, profesores u otro tipo de profesional vinculado a salud).
- Elaboración de metodologías que ayuden en la reflexión de los adolescentes y padres de familia sobre las acciones y contenidos a desarrollar en la implementación de la estrategia.

Responsables:

- La persona responsable, será el psicólogo, quien tendrá el contacto con el equipo encargado y los padres de los adolescentes que participan del centro de prevención. Además, es importante resaltar que el desarrollo de la intención de las estrategias, es de su conocimiento del equipo responsable del CEPAL.
- Los participantes están dados por: 70 adolescentes y los 3 psicólogos, 02 docentes, 01 sacerdote y 4 religiosas, que acompañan a los adolescentes.

Etapas V: Criterios de evaluación.

Fases	Dimensiones	Indicadores de logro	Criterios de medida
I. Psicoeducación en drogas.	- D1. Reacción de la familia ante el posible consumo.	Elevaron su capacidad de percepción y conocimiento sobre el riesgo que pueden atravesar los adolescentes de hoy en día frente a los posibles riesgos de consumo de drogas.	Se logró que un 70% de los adolescentes y padres de familia, adquieran el conocimiento necesario sobre las drogas.
	- D2. Educación Familiar en drogas.	Motivación de los padres de saber que la educación y la apreciación a los hijos es indispensables para la toma de conciencia frente al concepto “riesgo”.	Un 80% de los adolescentes como los padres de familia lograron adquirir la experiencia de determinar los riesgos que puedan conllevar a un adolescente al consumo de drogas.
II. Fortaleciendo Emociones.	- D3. Riesgo familiar.	Aprendieron a identificar y comprender su importancia de las emociones en sus	El 70% de los adolescentes y el 80% de los padres aprendieron a identificar lo importante que son

		relaciones con los demás y con la empatía, a través de sus habilidades para vencer la timidez.	las relaciones sanas en familia en beneficio a vencer todo tipo de timidez.
		Reconocieron cuán importante tiene en el desarrollo personal y social disponer de un amplio repertorio de intereses y actividades para disfrutar del tiempo libre en familia.	el 65% de los adolescentes lograron entender que su desarrollo personal y social depende mucho del tiempo en como acontece en familia.
	- D4. Actividades protectoras.	Consiguió que los adolescentes que pertenezcan a un grupo tenga una percepción ajustada a la realidad sobre la extensión y grado de aceptación de la conducta de fumar en las personas de su edad.	el 75% se logró que los adolescentes tengan conocimiento de la realidad de que no es necesario consumir droga para pertenecer en algún grupo.
	- D5. Grupo de amigos.	Se les brindo información referente a las drogas para que los adolescentes reconozcan las razones por la cual no se debe consumir algún tipo de drogas.	Un 90% de los adolescentes toman consciencia de que las drogas son dañinas para la salud y que por lo tanto merecen ser denunciadas a las autoridades correspondientes.
III. Habilidades Sociales.	- D6. Acceso a las drogas.	Aprendieron a saber responder de forma positiva y asertiva ante las posibles críticas destructivas de los demás y ante los errores. Y a distinguir entre respuestas pasivas, agresivas y asertivas para responder a la presión de los demás	El 75% de los adolescentes aprendieron de forma positiva lo importante que es el estilo democrático en la familia.
	- D7. Estilo educativo.		

3.4. Valoración y corroboración de los resultados.

3.4.1. Corroboración estadística de las transformaciones logradas.

Se aplicó la estrategia cognitivo conductual en su totalidad, es decir que se desarrolló en las tres fases (psicoeducación y sensibilización, Fortalecimiento de las emociones y desarrollo de habilidades sociales) y en cada una de sus dimensiones (Reacción familiar, grupo de amigos, acceso a las drogas, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo).

Tabla 11

Resumen comparativo de las transformaciones logradas después de aplicar el estímulo (estrategias cognitivo conductual)

Variables	Niveles	Post test		
		Adolescentes %	Padres %	Profesionales %
1° Dimensión	Muy alto	17,1	22,2	27,8
	Alto	25,7	47,6	39,0
	Moderado alto	28,5	26,9	33,0
	Moderado bajo	20,0	3,1	0,0
	Bajo	8,5	0,0	0,0
	Muy bajo	0,0	0,0	0,0
2° Dimensión	Muy alto	21,4	31,7	30,8
	Alto	35,7	53,9	54,0
	Moderado alto	24,2	14,2	22,5
	Moderado bajo	10,0	0,0	0,0
	Bajo	8,5	0,0	0,0
	Muy bajo	0,0	0,0	0,0
3° Dimensión	Muy alto	24,2	38,0	46,5
	Alto	28,5	50,7	37,2
	Moderado alto	35,7	11,1	27,8
	Moderado bajo	8,5	0,0	0,0
	Bajo	2,8	0,0	0,0
	Muy bajo	0,0	0,0	0,0
4° Dimensión	Muy alto	28,5	34,9	36,0
	Alto	32,8	55,5	48,1
	Moderado alto	34,2	6,3	15,7
	Moderado bajo	4,2	3,1	0,0

	Bajo	0,0	0,0	0,0
	Muy bajo	0,0	0,0	0,0
<hr/>				
	Muy alto	14,2	30,1	29,3
	Alto	25,7	39,6	42,1
5°	Moderado alto	35,7	28,5	28,5
Dimensión	Moderado bajo	14,2	1,5	0,0
	Bajo	10,0	0,0	0,0
	Muy bajo	0,0	0,0	0,0
<hr/>				
	Muy alto	21,4	26,9	30,0
	Alto	25,7	42,8	39,0
6°	Moderado alto	35,7	31,1	29,3
Dimensión	Moderado bajo	10,0	0	1,5
	Bajo	7,1	0	0,0
	Muy bajo	0,0	0	0,0
<hr/>				
	Muy alto	21,4	31,7	35,3
	Alto	28,5	41,2	42,8
7°	Moderado alto	28,5	26,9	21,8
Dimensión	Moderado bajo	14,2	0	0,0
	Bajo	7,1	0	0,0
	Muy bajo	0,0	0	0,0
<hr/>				

Nota: En la tabla 12 se muestra las innovaciones logradas después de haber aplicado el estímulo, es decir, la estrategia en las tres fases, logrando una transformación en la primera dimensión Reacción familiar, teniendo como resultado del post prueba un 66,8% que muestra que hay una respuesta positiva de interés y preocupación por parte de los padres ante una posible situación de consumo de sus hijos adolescentes, como también el de tener la precaución y conocimiento sobre las drogas.

La segunda dimensión grupo de amigos se logró una transformación del 84,8% al valor positivo del indicador, logrando que los adolescentes y sus padres han obtenido conocimiento necesario para saber sobre llevar una vida sana sin drogas y saber encaminar a aquellos amigos que en su vida más adelante puedan ser consumidores.

En la tercera dimensión Acceso a las drogas, como resultado del post prueba un 83,7% que manifiesta, que el adolescente y sus padres están en la capacidad de poder hacer un alto como también el de denunciar estos lugares de acceso a estas sustancias psicoactivas y decir que la

vida es más sana sin drogas. En la cuarta dimensión Riesgo familia se logró una transformación del 84.1% al valor positivo del indicador, logrando que, con ayuda del psicólogo a través de los talleres, la familia ha decidido optar por una mejor calidad de vida familiar.

La quinta dimensión Educación familiar en drogas, se logró que un 71,4% de los participantes considerarán que el establecer las normas de convivencia familiar, ayudan a encaminar sus vidas, ya que esto es aceptado por los demás adolescentes. en la sexta dimensión actividades protectoras se logró que un 69,0% de los adolescentes como sus padres determinaran que el desarrollo de las estrategias impartidas genera valor y fortalecimiento en sus habilidades e interrelaciones personales y sociales. Y por última dimensión Estilo educativo, se obtuvo que un 78,1% de los participantes lograron entender y considerar en sus vidas que el estilo democrático en la familia es muy importante para el progreso de sus hijos.

IV. CONCLUSIONES

- El procedimiento cognitivo-conductual y su dinámica fueron identificados epistemológicamente a partir de numerosos estudios elaborados por autores extraordinarios en los que puede no haber suficiente profundidad dentro de la mirada de la prevención del consumo de drogas, un método que requiere sistematización, interdisciplinaria y contextualización para ayudar a la toma de decisiones sobre qué pautas mentales cumplir en esta forma de estudio deben ser tomadas en consideración.
- Se diagnosticó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo-conductual dentro de la prevención del consumo de drogas en los adolescentes, lo que nos permite comprender ciertos estadios de peligro que los adolescentes y su familia podrían atravesar como también la escasa metodología en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el mejoramiento del adolescente y su familia, ante ello se aplicó el programa de estrategia cognitivo conductual con el único objetivo de disminuir los posibles peligros que conlleven al consumo de drogas en los adolescentes.
- Al establecer las antiguas tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica en cuanto a la prevención del consumo de drogas, se convirtió en apoyo para orientar el trabajo dentro de las teorías existentes sobre problema y formas dinámicas estructurales que son utilizadas nacionalmente e internacional.
- Se aplicó la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para la prevención al consumo de drogas donde se manifiestan las tres fases fundamentales: en la fase psicoeducación y sensibilización, la fase de fortalecimiento de las emociones y el desarrollo de sus habilidades sociales, cada una con sus dimensiones; desarrollándose acciones para su ejecución, su instrumentación y evaluación.
- Se confirmó los resultados de la investigación y las transformaciones a través del cuestionario aplicado a cada uno de los adolescentes del centro de prevención y atención integral del sector Fila Alta. Fue posible determinar que casi en la mayoría de los casos, los encuestados consideran que para poder evitar o prevenir estos sucesos de consumo, se tiene que trabajar en comunión entre el centro de prevención y las instituciones aliadas a estos programas de prevención y atención integral.

V. RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias de tratamiento a aquellos casos de los adolescentes que se puedan encontrar en consumo.
- Se recomienda que, al dejar de aplicar la estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para la prevención del consumo de drogas en los adolescentes, se enfoque a seguir brindando acciones de seguimiento, y que además incluyan futuras reuniones con la población, con el fin de prevenir el uso de drogas en los adolescentes.
- Se sugiere realizar futuras investigaciones sobre los riesgos de consumo de drogas, ya que, en un futuro no muy lejano, los comercializadores buscan formas y/o maneras que su consumo sea más latente sin ningún problema para su adquisición y ello será un estudio para el campo de la psicología.
- Incentivar a que se realicen investigaciones en cuanto a programas cognitivos conductuales para seguir fortaleciendo el nivel de prevención en contra el consumo de drogas en niños y adolescentes. Y también el de fortalecer mucho a las familias en conocimiento y estilos de crianza.
- Si en alguna de ocasiones se encontraran casos de consumo de drogas es recomendable aplicar una estrategia de atención y terapia con acciones de brindar Visitas domiciliarias, acompañamiento psicológico personalizado y grupal, arteterapia, musicoterapia, actividad física y deportiva y acompañamiento espiritual.

VI. REFERENCIAS

- Andrade Heredia, N. (2021). *Calidad De Atención En Manejo Terapéutico A Pacientes Del Centro Especializado En Tratamiento De Consumo Problemático De Alcohol Y Otras Drogas, Esmeraldas*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Posgrado . Esmeraldas - Ecuador: Ecuador - PUCESE - Maestría en Salud Pública Mención Atención Integral en Urgencia y Emergencias. Recuperado el 26 de agosto de 2021, de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2499>
- Caballero, N., & Gálvez, C. (2019). *Manual de intervención cognitivo conductual aplicadas a enfermedades crónicas*. México: Manual Moderno S.A. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=YaZ8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Cerna Muñoz, O. (2016). *Efectos de un programa terapéutico cognitivo conductual en pacientes con problemas de abuso de alcohol - Trujillo*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Trujillo, Posgrado de Ciencias Sociales, Trujillo. Recuperado el 22 de agosto de 2021, de <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7838/Tesis%20Maestr%C3%ADaX%20-%20Omar%20D.%20Cerna%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chichande Arboleda, S. (2018). *Factores de conllevan al consumo de drogas en adolescentes del barrio Unión y Progreso alto del Cantón Esmeraldas*. Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Enfermería, Esmeraldas - Ecuador. Recuperado el 25 de junio de 2021, de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1696/1/CHICHANDE%20ARBOLEDA%20STEFANIA%20PAOLA.pdf>
- Díaz, N., & Soto, H. y. (2016). Terapias cognitivas y psicología basada en la evidencia. *Wimblu, Rev. revista electrónica de estudiantes*, 11(01), 19-38. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/24074/24202>
- Gastulo Falen, L. (2020). *Estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la institución educativa Bruning*. Maestría en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipán, Psicología, Pimentel - Chiclayo. Recuperado el 24 de agosto de 2021, de

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7488/Gastulo%20Falen%20Lisbeth%20Carmen%20Delia.pdf?sequence=1>

Huaynates Baldeón, M. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa*. Maestría, Universidad Nacional Federico Villareal, Psicología, Lima. Recuperado el 25 de agosto de 2021, de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jiménez Meriño, K. y. (2018). *Consumo de sustancias en estudiantes de 12 a 18 años en la ciudad de Barrancabermeja*. Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia, Departamento de Psicología, Barrancabermeja - Colombia. Recuperado el 26 de agosto de 2021, de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7314/1/2018_estudiantes_sustancias_psicoactivas.pdf

Noticias., R., & MINSA. (26 de Junio de 2020). *Actualidad - RPP Noticias*. Obtenido de <https://rpp.pe/peru/actualidad/minsa-atendio-mas-de-14-mil-casos-por-consumo-de-sustancias-adictivas-en-lo-que-va-del-2020-noticia-1275965?ref=rpp>

Ruiz Fernández, M. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Bilbao, Spain: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibsipan/47976?page=33>

Ruiz Fernández, M. Á. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/bibsipan/47976?page=34>.

Timms, D. P. (2009). La terapia cognitivo conductual. *RC PSYCH ROYAL COLLEGE PSYCHIATRISTS*, 1-7. Obtenido de <https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Valdiglesia Sánchez, D. (2019). *Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia*. Magistral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Psicología, Lima. Recuperado el 22 de agosto de 2021, de

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11414/Valdiglesias_sd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Manifestaciones del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En el sector de Fila Alta, del 60% de los adolescentes que acuden al centro de prevención y atención integral en etapa de estudio secundario, se obtuvo como resultados lo siguiente: - El 45% de adolescentes consumen drogas, tales como marihuana, cocaína, terocal, etc. <ul style="list-style-type: none"> - El 30% de los adolescentes son víctimas de violencia física. - El 10% de los adolescentes son víctimas de tocamientos y abuso sexual por sus progenitores. - 5% de los adolescentes consumen drogas por curiosidad y para ser aceptados o aprobados por el grupo. - A demás se presencia que los adolescentes consumidores de sustancias muestran: baja autoestima, depresión, ansiedad, rebeldía hacia sus padres, desinterés y abandono a los estudios. -El 45% de las familias de los adolescentes que consumen estas sustancias proceden de hogares disfuncionales, conflictivas y de escasos recursos económicos. -Ausencia afectiva de parte de los padres hacía sus hijos.
<p>Problema</p>	<p>Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual incide en el consumo de drogas.</p>
<p>Causas que originan el Problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No existen estrategias ni programas reconocidos de prevención al consumo de drogas de adolescentes en el sector de Fila Alta, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual -Insuficiencia en cuanto a investigaciones referentes al abuso de consumo de drogas en adolescentes, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual. -No existe un monitoreo en cuanto a los casos registrados de esta problemática sobre el consumo de sustancias adictivas en adolescentes, en el progreso del proceso cognitivo conductual.

	-Escasa formación en docentes y a familias en el desarrollo del proceso cognitivo conductual de familias disfuncionales
Objeto de la Investigación	Proceso cognitivo conductual.
Objetivo General de la Investigación	Aplicar una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> -Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica. -Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual. -Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica. -Elaborar las acciones psicoterapéuticas para la prevención del consumo de drogas. -Admitir por criterio de especialista o de experto la estrategia psicoterapéutica y ejemplificar parcialmente la administración de la estrategia psicoterapéutica.
Campo de la investigación	-Dinámica del proceso cognitivo conductual.
Título de la Investigación	-Estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes.
Hipótesis	-Si se elabora una estrategia psicoterapéutica lo cognitivo conductual, que tenga en cuenta la familia y el entorno social, entonces se contribuye a la erradicación del consumo de drogas en adolescentes del sector de Fila Alta.
Variables	<p>Variable independiente. Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual.</p> <p>Variable dependiente. Adicciones al consumo de drogas.</p>

ANEXO N° 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
Estrategia Psicoterapéutica Cognitivo Conductual	Introducción – Fundamentación	Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver. Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia. Se indica la teoría en que se fundamenta el aporte propuesto.
	Diagnóstico	Indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia, protocolo, o programa, según el aporte práctico a desarrollar.
	Planteamiento del objetivo general	Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Se debe tener en cuenta que no es el de la investigación.
	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Reacción de la Familia. - Grupo de amigos. - Acceso a las drogas. - Riesgo familiar. - Educación familiar en drogas. - Actividades protectoras. - Estilo educativo.
	Instrumentación	Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
	Evaluación	Definición de los logros obstáculos que se han ido venciendo, valoración de la aproximación lograda al estado deseado

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN (FUENTES DE INFORMACIÓN)
Adicciones al consumo de drogas	Reacción de la Familia.	Medir la reacción de la familia ante un posible consumo de drogas legales o ilegales.	Técnicas: - Cuestionario. - Entrevistas. - Material psicoeducativo - Análisis documental. Instrumento: - Cuestionario para la prevención de riesgo al consumo de drogas en adolescentes. Material didáctico: - Separatas. - Ejercicios de Relajación. Equipo de juegos de ludo.	- Adolescentes de 14 a 17 años. - Personal asistencial del Centro de Prevención y Atención Integral de Fila Alta. - Padres de familia.
	Grupo de amigos.	Evaluar la actitud de los amigos ante las drogas, su nivel de consumo y el tipo de actividades que se pueden realizar con ellos.		
	Acceso a las drogas.	Evaluar sobre la facilidad de acceso a las drogas de su entorno.		

	Riesgo familiar.	Medir los aspectos del trato familiar, consumo de drogas y la percepción de conflictos en la familia.		
	Educación familiar en drogas.	Medir el nivel de educación que recibe el adolescente por parte de su familia.		
	Actividades protectoras.	Evaluar situaciones no peligrosas y de ver la calidad de relación con la familia.		
	Estilo educativo.	Medir la existencia o no de normas familiares.		

ANEXO N° 3 INSTRUMENTO

INSTRUMENTO 01

CUESTIONARIO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGO AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Instrucciones: Este cuestionario está dirigido a los adolescentes de 14 a 17 años participantes del centro de prevención y atención integral, teniendo como objetivo diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como propósito obtener información sobre aspectos relacionados con las adicciones al consumo de drogas.

Este cuestionario consta de 50 enunciados, los cuales deberá leer y seleccionar con una X en el recuadro de la respuesta con la cual se identifica, toma en cuenta que debe ser lo más sincero (a) posible, la resolución es de manera personal, considerando cada respuesta. No olvides repasa tu cuestionario antes de entregarlo.

1 = Nunca. 2= Casi nunca. 3= A veces. 4= Casi siempre. 5= Siempre.

DIMENSIÓN 01: REACCIÓN FAMILIAR	1	2	3	4	5
1. Se disgustarían tus padres si te encontrarían fumando o bebiendo licor.					
2. No les importaría a mis padres si me encontrarían bebiendo licor o fumando.					
3. Se disgustarían bastante mis padres si me encontrarían consumiendo drogas.					
4. Mis padres se preocuparían si yo consumiera drogas.					
5. A mis familiares les daría igual si me encontrarían consumiendo drogas.					
6. Mis amigos se preocuparían si yo consumiera drogas.					
DIMENSIÓN 02: GRUPO DE AMIGOS	1	2	3	4	5
7. Mis amigos beben licor y fuman.					
8. Conoces a algún amigo que consumen drogas.					
9. ¿Tus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?					
10. Mis amigos creen que consumir drogas es malo.					
11. Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas					
12. Mis amigos creen que los adultos exageran con el tema de las drogas.					
13. Mis amigos acuden a discotecas donde beben licor, fuman y consumen drogas.					
14. Me siento bien cuando fumo o consumo una sustancia con mis amigos.					
DIMENSIÓN 03: ACCESO A LAS DROGAS	1	2	3	4	5
15. Acudes a lugares recreativos y deportivos.					
16. Alguna vez has consumido alguna droga por curiosidad.					
17. Acudes a lugares como discotecas, bares, bailes sociales o a fiestas nocturnas.					
18. Me es fácil obtener cigarrros y bebidas alcohólicas.					

19. Me es difícil obtener bebidas alcohólicas.					
20. Cuando acuden a fiestas tus amigos llevan drogas o alcohol para ser más divertida la fiesta.					
21. Me es fácil obtener pequeñas cantidades de drogas.					
DIMENSIÓN 04: RIESGO FAMILIAR	1	2	3	4	5
22. Tus padres o tutores discuten violentamente.					
23. Mis padres muestran interés y preocupación por mí.					
24. Me altero cuando mis padres discuten.					
25. Mi padre fuma y bebe licor.					
26. Cuando me siento triste, preocupado o quiero poner mi mente en blanco sin preocupaciones, tengo ganas de consumir alguna sustancia tóxica o beber licor.					
27. En mi familia consumen medicamentos para los nervios.					
28. Dentro de mi familia consumen drogas.					
DIMENSIÓN 05: EDUCACIÓN FAMILIAR EN DROGAS	1	2	3	4	5
29. Te reúnes con tu familia para conversar sobre tus logros personales y familiares.					
30. Tus padres te hablan sobre temas de adicciones a las drogas o bebidas alcohólicas.					
31. Tus padres te exigen con mucha frecuencia el cumplimiento de las reglas de convivencia familiar.					
32. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?					
33. En mi familia siempre hablamos sobre las causas y consecuencias de las drogas.					
34. En la escuela no me hablan sobre temas de adicciones.					
DIMENSIÓN 06: ACTIVIDADES PROTECTORAS	1	2	3	4	5
35. ¿Sientes que puedes contar con tus padres cuando tienes dificultades o preocupaciones?					
36. En tus tiempos libres te sientes aburrido o cansado(a).					
37. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?					
38. Practicas un deporte sano como jugar fútbol, voleibol, andar en bicicleta o salir a correr.					
39. En tus tiempos libres prefieres jugar juegos en red.					
40. La relación con tus padres es muy buena.					
41. Durante la semana realizas actividades familiares junto con tus padres y hermanos.					
42. He dejado mis pasatiempos por fumar, beber licor o consumir drogas.					
DIMENSIÓN 07: ESTILO EDUCATIVO	1	2	3	4	5
43. Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa.					
44. Al momento de tomar decisiones importantes, tu familia considera tus opiniones o puntos de vista.					
45. En tu hogar se cumplen las reglas de convivencia familiar.					
46. ¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?					
47. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?					
48. Cumples tu horario personal que tus padres y tú han elaborado.					

49. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?					
50. Cuando sales a pasear con tus amigos, llegas a la hora establecida por tus padres.					
TOTAL					

ANEXO N° 3 INSTRUMENTO

INSTRUMENTO 02

CUESTIONARIO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGO AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Instrucciones: Este cuestionario está dirigido al personal asistencial del centro de prevención y atención integral, teniendo como objetivo diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como propósito obtener información sobre aspectos relacionados con las adicciones al consumo de drogas.

Este cuestionario consta de 50 enunciados, los cuales deberá leer y seleccionar con una X en el recuadro de la respuesta con la cual se identifica, toma en cuenta que debe ser lo más sincero (a) posible, la resolución es de manera personal, considerando cada respuesta. No olvides repasa tu cuestionario antes de entregarlo.

1 = Nunca. 2= Casi nunca. 3= A veces. 4= Casi siempre. 5= Siempre.

DIMENSIÓN 01: REACCIÓN FAMILIAR	1	2	3	4	5
1. Se disgustarían sus padres si te encontrarían fumando o bebiendo licor a su hijo(a).					
2. Les importaría a sus padres si encontrarían bebiendo licor o fumando a su hijo(a).					
3. Se disgustarían bastante sus padres si encontrarían consumiendo drogas a su hijo(a).					
4. Sus padres se preocuparían si su hijo(a) consumiera drogas.					
5. A sus familiares les daría igual si les encontrarían consumiendo drogas.					
6. Sus amigos se preocuparían si él o ella consumieran drogas.					
DIMENSIÓN 02: GRUPO DE AMIGOS	1	2	3	4	5
7. Sus amigos beben licor y fuman.					
8. Conoces a algún amigo que consumen drogas.					
9. Sus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia.					
10. Sus amigos creen que consumir drogas es malo.					

11. Se aburren sus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas.					
12. Sus amigos creen que los adultos exageran con el tema de las drogas.					
13. Sus amigos acuden a discotecas donde beben licor, fuman y consumen drogas.					
14. Se sienten bien cuando fuman o consumen una sustancia con sus amigos.					
DIMENSIÓN 03: ACCESO A LAS DROGAS	1	2	3	4	5
15. Acuden a lugares recreativos y deportivos.					
16. Alguna vez han consumido alguna droga por curiosidad.					
17. Acuden a lugares como discotecas, bares, bailes sociales o a fiestas nocturnas.					
18. Les es fácil obtener cigarrros y bebidas alcohólicas.					
19. Les es difícil obtener bebidas alcohólicas.					
20. Cuando acuden a fiestas sus amigos llevan drogas o alcohol para ser más divertida la fiesta.					
21. Les es fácil obtener pequeñas cantidades de drogas.					
DIMENSIÓN 04: RIESGO FAMILIAR	1	2	3	4	5
22. Sus padres o tutores discuten violentamente.					
23. Sus padres muestran interés y preocupación por él o ella.					
24. Se alteran cuando sus padres discuten.					
25. Su padre fuma y bebe licor.					
26. Cuando se siente triste, preocupado o quiere poner su mente en blanco sin preocupaciones, tiene ganas de consumir alguna sustancia tóxica o beber licor.					
27. En su familia consumen medicamentos para los nervios.					
28. Dentro de su familia consumen drogas.					
DIMENSIÓN 05: EDUCACIÓN FAMILIAR EN DROGAS	1	2	3	4	5
29. Se reúne con su familia para conversar sobre sus logros personales y familiares.					
30. Sus padres le hablan sobre temas de adicciones a las drogas o bebidas alcohólicas.					
31. Sus padres le exigen con mucha frecuencia el cumplimiento de las reglas de convivencia familiar.					
32. ¿Le han dicho alguna vez sus familiares o amigos que debe reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?					

33. En su familia siempre hablamos sobre las causas y consecuencias de las drogas.					
34. En la escuela no les hablan sobre temas de adicciones.					
DIMENSIÓN 06: ACTIVIDADES PROTECTORAS	1	2	3	4	5
35. ¿Siente que puedes contar con sus padres cuando tienes dificultades o preocupaciones?					
36. En sus tiempos libres se sienten aburridos o cansados(as).					
37. ¿A sus padres o tutores les gusta hablar y estar con ellos?					
38. Practican un deporte sano como jugar fútbol, voleibol, andar en bicicleta o salir a correr.					
39. En sus tiempos libres prefieren jugar juegos en red.					
40. La relación con sus padres es muy buena.					
41. Durante la semana realizan actividades familiares junto con tus padres y hermanos.					
42. Han dejado sus pasatiempos por fumar, beber licor o consumir drogas.					
DIMENSIÓN 07: ESTILO EDUCATIVO	1	2	3	4	5
43. Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa.					
44. Al momento de tomar decisiones importantes, su familia considera sus opiniones o puntos de vista.					
45. En su hogar se cumplen las reglas de convivencia familiar.					
46. ¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?					
47. ¿Han pasado alguna noche fuera de su casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estaban?					
48. Cumplen su horario personal que sus padres y él han elaborado.					
49. La mayoría de las veces, ¿saben sus padres o tutores dónde están y lo que están haciendo?					
50. Cuando salen a pasear con sus amigos, llegan a la hora establecida por sus padres.					

ANEXO N° 4

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS

INSTRUMENTO 01: CUESTIONARIO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS AL
CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Experto 01.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Alicia Alarcón Sánchez.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Ciencias de la Educación.
	GRADO ACADÉMICO	Magister y Doctorado.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 años de experiencia.
	CARGO	Docente de la Universidad Particular de Chiclayo.
Título de la Investigación: ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL – FILA ALTA- JAÉN.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1.	NOMBRES Y APELLIDOS	Bach. José Miguel Gonzales Neyra.
3.2.	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica.
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista (___) 2. Cuestionario (<u>X</u>) 3. Lista de cotejo (___) 4. Diario de campo (___)
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso Cognitivo Conductual que tiene como propósito obtener información sobre aspectos relacionados con las adicciones al consumo de drogas en adolescentes del centro de prevención y atención integral. ESPECÍFICOS: - Diagnosticar la reacción de la familia ante un posible consumo de drogas legales e ilegales.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la actitud de los amigos ante las drogas y su nivel de consumo. - Diagnosticar la facilidad de acceso a las drogas de su entorno. - Diagnosticar los aspectos del trato familiar. - Diagnosticar el nivel de educación que percibe el adolescente por su familia. - Diagnosticar situaciones no peligrosas y ver la calidad de relación con la familia. - Diagnosticar la existencia o no de normas familiares.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

Nº	6. DETALLES DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	
----	---	--

DIMENSIÓN 01: REACCIÓN FAMILIAR

1.	Se disgustarían tus padres si te encontrarían fumando o bebiendo licor. <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
2.	No les importaría a mis padres si me encontrarían bebiendo licor o fumando. <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
3.	Se disgustarían bastante mis padres si me encontrarían consumiendo drogas. <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
4.	Mis padres se preocuparían si yo consumiera drogas. <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:

	<ul style="list-style-type: none"> - Casi siempre. - Siempre. 	
5.	<p>A mis familiares les daría igual si me encontrarían consumiendo drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
6.	<p>Mis amigos se preocuparían si yo consumiera drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
DIMENSIÓN 02: GRUPO DE AMIGOS		
7.	<p>Mis amigos beben licor y fuman.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
8.	<p>Conoces a algún amigo que consumen drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
9.	<p>¿Tus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
10.	<p>Mis amigos creen que consumir drogas es malo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
11.	<p>Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
12.	<p>Mis amigos creen que los adultos exageran con el tema de las drogas.</p>	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	SUGERENCIAS:
13.	<p>Mis amigos acuden a discotecas donde beben licor, fuman y consumen drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
14.	<p>Me siento bien cuando fumo o consumo droga con mis amigos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 03: ACCESO A LAS DROGAS		
15.	<p>Acudes a lugares recreativos y deportivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
16.	<p>Alguna vez has consumido alguna droga por curiosidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
17.	<p>Acudes a lugares como discotecas, bares, bailes sociales o a fiestas nocturnas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
18.	<p>Me es fácil obtener cigarros y bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
19.	<p>Me es difícil obtener bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:

	- Siempre.	
20.	<p>Cuando acuden a fiestas tus amigos llevan drogas o alcohol para ser más divertida la fiesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
21.	<p>Me es fácil obtener pequeñas cantidades de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
DIMENSIÓN 04: RIESGO FAMILIAR		
22.	<p>Tus padres o tutores discuten violentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
23.	<p>Mis padres muestran interés y preocupación por mí.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
24.	<p>Me altero cuando mis padres discuten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
25.	<p>Mi padre fuma y bebe licor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
26.	<p>Cuando me siento triste, preocupado o quiero poner mi mente en blanco sin preocupaciones, tengo ganas de consumir alguna sustancia tóxica o beber licor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
27.	<p>En mi familia consumen medicamentos para los nervios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	
28.	<p>Dentro de mi familia consumen drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
DIMENSIÓN 05: EDUCACIÓN FAMILIAR EN DROGAS		
29.	<p>Te reúnes con tu familia para conversar sobre tus logros personales y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
30.	<p>Tus padres te hablan sobre temas de adicciones a las drogas o bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
31.	<p>Tus padres te exigen con mucha frecuencia el cumplimiento de las reglas de convivencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
32.	<p>¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
33.	<p>En mi familia siempre hablamos sobre las causas y consecuencias de las drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
34.	<p>En la escuela no me hablan sobre temas de adicciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Casi siempre. - Siempre. 	
DIMENSIÓN 06: ACTIVIDADES PROTECTORAS		
35.	<p>¿Sientes que puedes contar con tus padres cuando tienes dificultades o preocupaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
36.	<p>En tus tiempos libres te sientes aburrido o cansado(a).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
37.	<p>¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
38.	<p>Practicas un deporte sano como jugar fulbito, voleibol, andar en bicicleta o salir a correr.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
39.	<p>En tus tiempos libres prefieres jugar juegos en red.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
40.	<p>La relación con tus padres es muy buena.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
41.	<p>Durante la semana realizas actividades familiares junto con tus padres y hermanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
42.	<p>He dejado mis pasa tiempos por fumar, beber licor o consumir drogas.</p>	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 07: ESTILO EDUCATIVO		
43.	<p>Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
44.	<p>Al momento de tomar decisiones importantes, tu familia considera tus opiniones o puntos de vista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
45.	<p>En tu hogar se cumplen las reglas de convivencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
46.	<p>¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
47.	<p>¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
48.	<p>Cumples tu horario personal que tus padres y tú han elaborado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
49.	<p>La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	
50.	<p>Cuando sales a pasear con tus amigos, llegas a la hora establecida por tus padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO		<p>A(<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>)</p>
7. COMENTARIOS GENERALES: NINGUNA		
8. OBSERVACIONES: NINGUNA		



Psic. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ
CPsP. 8000 Reg. MINSA 6898
Magister ANR: A1412125

Juez Experto
Juez Experto

PS. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ

Colegiatura N° CPSP. 8000

**INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS**

**INSTRUMENTO 02: CUESTIONARIO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS AL
CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**

Experto 01.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Alicia Alarcón Sánchez.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Ciencias de la Educación.
	GRADO ACADÉMICO	Magister y Doctorado.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 años de experiencia.
	CARGO	Docente de la Universidad Particular de Chiclayo.
Título de la Investigación: ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL – FILA ALTA- JAÉN.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1.	NOMBRES Y APELLIDOS	Bach. José Miguel Gonzales Neyra.
3.2.	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica.
4. INSTRUMENTO EVALUADO	1. Entrevista (___) 2. Cuestionario (_X_) 3. Lista de cotejo (___) 4. Diario de campo (___)	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><u>GENERAL:</u> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso Cognitivo Conductual que tiene como propósito obtener información sobre aspectos relacionados con las adicciones al consumo de drogas en adolescentes del centro de prevención y atención integral.</p> <p><u>ESPECÍFICOS:</u></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la reacción de la familia ante un posible consumo de drogas legales e ilegales. - Diagnosticar la actitud de los amigos ante las drogas y su nivel de consumo. - Diagnosticar la facilidad de acceso a las drogas de su entorno. - Diagnosticar los aspectos del trato familiar. - Diagnosticar el nivel de educación que percibe el adolescente por su familia. - Diagnosticar situaciones no peligrosas y ver la calidad de relación con la familia. - Diagnosticar la existencia o no de normas familiares.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

Nº	5. DETALLES DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN 01: REACCIÓN FAMILIAR		
1.	Se disgustarían sus padres si te encontrarían fumando o bebiendo licor a su hijo(a). <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
2.	Les importaría a sus padres si encontrarían bebiendo licor o fumando a su hijo(a). <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
3.	Se disgustarían bastante sus padres si encontrarían consumiendo drogas a su hijo(a). <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:

	- Siempre.	
4.	Sus padres se preocuparían si su hijo(a) consumiera drogas. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
5.	A sus familiares les daría igual si les encontrarían consumiendo drogas. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
6.	Sus amigos se preocuparían si él o ella consumieran drogas. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 02: GRUPO DE AMIGOS		
7.	Sus amigos beben licor y fuman. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
8.	Conoces a algún amigo que consumen drogas. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
9.	Sus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
10.	Sus amigos creen que consumir drogas es malo. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
11.	Se aburren sus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>)

	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	SUGERENCIAS:
12.	<p>Sus amigos creen que los adultos exageran con el tema de las drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
13.	<p>Sus amigos acuden a discotecas donde beben licor, fuman y consumen drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
14.	<p>Se sienten bien cuando fuman o consumen una sustancia con sus amigos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 03: ACCESO A LAS DROGAS		
15.	<p>Acuden a lugares recreativos y deportivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
16.	<p>Alguna vez han consumido alguna droga por curiosidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
17.	<p>Acuden a lugares como discotecas, bares, bailes sociales o a fiestas nocturnas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
18.	<p>Les es fácil obtener cigarros y bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:

	<ul style="list-style-type: none"> - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	
19.	<p>Les es difícil obtener bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
20.	<p>Cuando acuden a fiestas sus amigos llevan drogas o alcohol para ser más divertida la fiesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
21.	<p>Les es fácil obtener pequeñas cantidades de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
DIMENSIÓN 04: RIESGO FAMILIAR		
22.	<p>Sus padres o tutores discuten violentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
23.	<p>Sus padres muestran interés y preocupación por él o ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
24.	<p>Se alteran cuando sus padres discuten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
25.	<p>Su padre fuma y bebe licor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>

26.	<p>Cuando se siente triste, preocupado o quiere poner su mente en blanco sin preocupaciones, tiene ganas de consumir alguna sustancia tóxica o beber licor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
27.	<p>En su familia consumen medicamentos para los nervios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
28.	<p>Dentro de su familia consumen drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
DIMENSIÓN 05: EDUCACIÓN FAMILIAR EN DROGAS		
29.	<p>Se reúne con su familia para conversar sobre sus logros personales y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
30.	<p>Sus padres le hablan sobre temas de adicciones a las drogas o bebidas alcohólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
31.	<p>Sus padres le exigen con mucha frecuencia el cumplimiento de las reglas de convivencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
32.	<p>¿Le han dicho alguna vez sus familiares o amigos que debe reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>

33.	En su familia siempre hablamos sobre las causas y consecuencias de las drogas. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
34.	En la escuela no les hablan sobre temas de adicciones. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 06: ACTIVIDADES PROTECTORAS		
35.	¿Siente que puedes contar con sus padres cuando tienes dificultades o preocupaciones? - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
36.	En sus tiempos libres se sienten aburridos o cansados(as). - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
37.	¿A sus padres o tutores les gusta hablar y estar con ellos? - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
38.	Practican un deporte sano como jugar fulbito, voleibol, andar en bicicleta o salir a correr. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
39.	En sus tiempos libres prefieren jugar juegos en red. - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS:
40.	La relación con sus padres es muy buena. - Nunca.	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	SUGERENCIAS:
41.	<p>Durante la semana realizan actividades familiares junto con tus padres y hermanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
42.	<p>Han dejado sus pasa tiempos por fumar, beber licor o consumir drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN 07: ESTILO EDUCATIVO		
43.	<p>Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
44.	<p>Al momento de tomar decisiones importantes, su familia considera sus opiniones o puntos de vista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
45.	<p>En su hogar se cumplen las reglas de convivencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
46.	<p>¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:
47.	<p>¿Han pasado alguna noche fuera de su casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estaban?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. 	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:

	<ul style="list-style-type: none"> - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	
48.	<p>Cumplen su horario personal que sus padres y él han elaborado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
49.	<p>La mayoría de las veces, ¿saben sus padres o tutores dónde están y lo que están haciendo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
50.	<p>Cuando salen a pasear con sus amigos, llegan a la hora establecida por sus padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca. - Casi nunca. - A veces. - Casi siempre. - Siempre. 	<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO		<p>A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>)</p>
6. COMENTARIOS GENERALES: Ninguna.		
7. OBSERVACIONES: Ninguna.		


Psic. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ
CPsP. 8000 Reg. MINSA 6898
Magister ANR. A1412125

Juez Experto

Psic. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ

Colegiatura N° CPSP 8000

ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

ENCUESTA A EXPERTOS

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico “Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta”

DATOS DEL EXPERTO 1:

NOMBRE DEL EXPERTO	Ruth Vanesa Alarcón Clavo.
PROFESIÓN	Psicóloga.
TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO	Magister Psicología Clínica
ESPECIALIDAD	Psicología Clínica.
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	Hospital General de Jaén I.
CARGO	Psicóloga.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	Ciencias de la vida y cuidado de salud humana.
NOMBRE DEL TESISISTA	Bach. José Miguel Gonzales Neyra.
APORTE PRÁCTICO	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.

(Marcará con una X según lo considere pertinente)

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

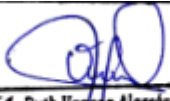
Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.


Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales: Ninguna.




 Ruth Vanesa Alarcón Clavo
 LIC. EN PSICOLOGÍA
 C.P.S. Nº 14523

Ps. Ruth Vanesa Alarcón Clavo

Colegiatura 14523

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico “Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta”

DATOS DEL EXPERTO 2:

NOMBRE DEL EXPERTO	Lorena Janneth Guevara Zeballos
PROFESIÓN	Psicóloga.
TITULO Y GRADO ACADÉMICO	Mag. Psicología Educativa.
ESPECIALIDAD	Psicología Educativa.
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	Centro Emergencia Mujer en Bagua – Utcubamba.
CARGO	Psicóloga.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	Ciencias de la vida y cuidado de salud humana.
NOMBRE DEL TESISTA	Bach. José Miguel Gonzales Neyra.
APORTE PRÁCTICO	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.

(Marcará con una X según lo considere pertinente)

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada	Bastante Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	No Adecuada
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
X				

Observaciones generales: Ninguna.



Mag. Ps. Janneth Lorena Guevara Zevallos

Colegiatura 15753

FIRMA

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico “Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta”

DATOS DEL EXPERTO 3:

NOMBRE DEL EXPERTO	Alicia Alarcón Sánchez
PROFESIÓN	Psicóloga.
TITULO Y GRADO ACADÉMICO	Dra. Psicología ciencias de la educación.
ESPECIALIDAD	Psicología en Ciencias de la Educación.
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	Docente cesante de la Universidad Particular de Chiclayo – Jaén.
CARGO	Docente.

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	Ciencias de la vida y cuidado de salud humana.
NOMBRE DEL TESISISTA	Bach. José Miguel Gonzales Neyra.
APORTE PRÁCTICO	Estrategia Psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes participantes del centro de prevención y atención integral Fila Alta.

(Marcará con una X según lo considere pertinente)

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
5				

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada	Bastante Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	No Adecuada
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
	X			

Observaciones generales: Ninguna.


Psic. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ
CPsP. 8000 Reg. MINSA 6898
Dra. Ps. Alicia Alarcón Sánchez
Colegiatura 8000
FIRMA

ANEXOS N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Centro de Prevención y Atención Integral – CEPAI FILA ALTA

Investigador: José Miguel Gonzales Neyra

Título: “ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL - FILA ALTA”

Yo, **P. WALTER CRISPÍN SARMIENTO**, identificado con DNI N° 09508383, Asesor Encargado del Centro de Prevención y Atención Integral – CEPAI, DECLARO:

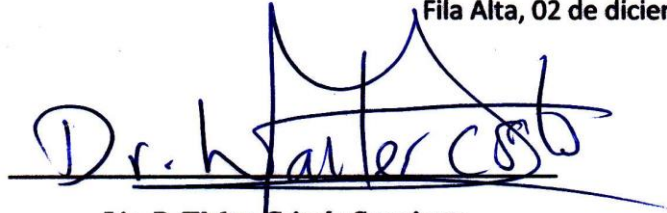
Haber sido informado (a) de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación “ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL - FILA ALTA”, así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos se asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que se realice la Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación: **Objetivo general** de la investigación: Aplicar una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. **Objetivos específicos:** Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica. Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de la dinámica del proceso cognitivo conductual. Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica. Elaborar las acciones psicoterapéuticas para la prevención del consumo de drogas.

Validar por criterio de especialista o de expertos la estrategia psicoterapéutica y ejemplificar parcialmente la aplicación de la estrategia psicoterapéutica y ejemplificar parcialmente la aplicación de la estrategia psicoterapéutica.

Fila Alta, 02 de diciembre del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. P. Walter Crispin Sarmiento", is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

Lic. P. Walter Crispin Sarmiento
DNI: 09508383
CALN. 2042
ASESOR ENCARGADO DEL CEPAI

ANEXOS N° 7 APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS

El Docente:

Dr. Juan Carlos Calleja Torres.

De la Asignatura:

SEMINARIO DE TESIS II

APRUEBA:

El Informe de Tesis: "Estrategia Psicoterapéutica Cognitivo Conductual para prevenir el consumo de drogas en adolescentes del centro de prevención y atención Integral Fila Alta"

Presentado por:

Bach. José Miguel Gonzales Neyra

Chiclayo, 15 de junio del 2022



Dr.

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

El (la) **DOCENTE** Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS del curso de Seminario de Tesis
II, asimismo el (la) **Asesora** Mg. CARMONA BRENIS KARINA PAOLA.

APRUEBAN:

La Tesis: "ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR
EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y
ATENCIÓN INTEGRAL FILA ALTA".

Presentado por: Bach. GONZALES NEYRA JOSE MIGUEL de la Maestría en PSICOLOGÍA
CLÍNICA.

Chiclayo, 10 de noviembre del 2022.



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS
Docente de Curso



**Mg. CARMONA BRENIS KARINA
PAOLA**
Asesora