

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA DE POSTGRADO
SECCIÓN DE POSTGRADO EN EDUCACIÓN



**TALLER PEDAGÓGICO ME SIENTO BIEN PARA MEJORAR LA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE
ASISTEN A CADES - HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
EDUCACIÓN
MENCIÓN: DIDÁCTICA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

AUTOR : Br. GLORIA IVON DÍAZ SANDOVAL
ASESOR: DR. OSTER PAREDES FERNÁNDEZ

TRUJILLO - PERÚ
2015

DEDICATORIA

A DIOS mi guía espiritual y fortaleza, él que siempre me acompaña, bendice, protege e hizo posible la realización de este proyecto. A María, nuestra madre por su amorosa protección que siento todos los días.

A Diomar, Jesús, mis pequeños sobrinos Matias y Thiago; mi familia, que siempre han estado y estarán conmigo, en especial a mi madre por su amor incondicional y por haber dedicado su vida a cuidarme y apoyarme, en mi Desarrollo Personal y Profesional.

En memoria de mis seres queridos que ya no se encuentran aquí conmigo físicamente y siempre están protegiéndome desde el lugar donde se encuentren. Y para los que aún gozo de su presencia por sus sabios consejos y aliento.

Para TI; por tu gran paciencia, amor, comprensión y apoyo al momento que decidí embarcarme en esta nueva etapa.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo y sincero agradecimiento a cada una de las personas que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación:

Al Hospital Regional Docente de Trujillo dirigido por su Director Sr. Dr. Raúl Cantera y al Centro de atención ambulatoria y clínica de día para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas (CADES), dirigida por el Dr. Ray Plasencia Yasuda, por su apoyo constante y haber permitido la realización de la presente investigación.

A los pacientes que pertenecen al programa de CADES, por haber brindado su tiempo y paciencia. A mis compañeros de trabajo por su apoyo y comprensión.

A los profesores el Dr. Jaime Alba Vidal por su paciencia y enseñanza, al Dr. José Castañeda por su asesoramiento y ayuda estadística, al Dr. Oster Paredes Fernández por su constante asesoramiento y aliento en la realización de la presente investigación. De igual manera agradezco a todos los profesores de la Maestría por sus acertados consejos y enseñanzas; en especial al MAESTRO José Medina Sánchez quien con su loable labor como docente, nos inspiró a llevar con orgullo su nombre en nuestra promoción.

A mis inseparables compañeras Elsa y Sisley por su amistad, por todos los momentos compartidos en clase y el apoyo constante en la finalización de la tesis.

RESUMEN

Con el objetivo de investigar, se planteó el Taller Pedagógico “Me siento bien” para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES del Hospital Regional Docente de Trujillo, en este estudio se contó con la participación de 68 pacientes pertenecientes al Nivel de Adaptación del programa de Tratamiento de adicciones; aplicando un diseño cuasi-experimental y utilizando la media aritmética, desviación estándar, varianza, coeficiente de variación y la t de student para el análisis de los datos. Los resultados demostraron que después de desarrollar el Taller Pedagógico “Me Siento Bien”, en el desarrollo de la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, el Grupo Experimental presentó diferencias altamente significativas con un puntaje de 190.44 en relación al grupo control que obtuvo 124.44. Con lo cual queda demostrado nuestra hipótesis de investigación, de que la aplicación del taller pedagógico “Me siento bien” mejora la calidad de vida en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Palabras Clave: Taller pedagógico “Me siento bien”, calidad de Vida relacionada con la salud, Sustancias Psicoactivas

ABSTRACT

In order to investigate, the Pedagogical Workshop "I feel good" was proposed to improve the life quality related to health of psychoactive substances addicts who attend at CADES of the Regional Teaching Hospital of Trujillo, in this study we had the participation of 68 patients at Adaptation of the addictions treatment program; using a quasi-experimental design, an begging test and a final test were taken; using the arithmetic measure, standard deviation, variance, coefficient of variation and the Student t for data analysis. The results showed that after applying the Pedagogical Workshop "I Feel Good" on the development of life quality related to health of Psychoactive Substance addicts who attend at CADES, the experimental group showed significant differences in contrast to the control group. It demonstrate with our research hypothesis that the application of the pedagogical workshop "I feel good" improves the life quality to psychoactive substances addicts who attend at CADES of the Regional Teaching Hospital of Trujillo.

Keywords: Pedagogical Workshop "I feel good", life quality realted to health, psychoactive substances

ÍNDICE

	Página
Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Índice	
Índice de Cuadros	

CUADRO 01. N° de pacientes por niveles de tratamiento que asistieron a CADES, Hospital Regional de Trujillo.	25
CUADRO 02. N° de pacientes que comprenden los grupos experimental y control que asistieron a CADES, Hospital Regional de Trujillo.	26
CUADRO 03. Operativización de la Variable Dependiente.	29
CUADRO 04. Operativización de la Variable Independiente.	32
CUADRO 05. Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	35
CUADRO 06. Comparación de Promedios en el Pre-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	37
CUADRO 07. Comparación de Promedios en el Post-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	38

CUADRO 08. Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	40
CUADRO 09. Comparación de Promedios en el Pre-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	41
CUADRO 10. Comparación de Promedios en el Post-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	42
CUADRO 11. Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	44
CUADRO 12. Comparación de Promedios en el Pre-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	45
CUADRO 13. Comparación de Promedios en el Post-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	46

Índice de Gráficos

GRÁFICO 01. Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	39
GRÁFICO 02. Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	43
GRÁFICO 03. Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.	47

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes del problema	11
Formulación del problema.....	12
Objetivos y naturaleza del estudio.....	12
Formulación de Hipótesis.....	12
Justificación del Estudio.....	12

II. MARCO TEÓRICO

2.1. TALLER PEDAGÓGICO

2.1.1 Ventajas del taller.....	14
--------------------------------	----

2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

2.2.1 Modelos teóricos

a) Modelo Teórico de Wilson y Cleray (1995).....	16
b) Modelo Teórico de Stuigbergen, Seraphin y Roberts (2000).....	16
c) Modelo adaptativo de Roy y Andrew (1991).....	16

2.2.2 Dominios (Dimensiones)

a) Dominio Físico	
1. Estado Funcional.....	17
2. Síntomas Físicos.....	17
3. Recursos materiales.....	18
b) Dominio Psicosocial	
1. Síntomas Psicológicos.....	18
2. Funcionamiento Cognitivo.....	18
3. Percepción de la salud.....	19
4. Aspectos Sociales.....	19
5. Expectativas.....	19

2.3 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
2.3.1 Definición.....	20
2.3.2 Clasificación:	
2.3.2.1 Por su uso:	
a) Drogas Legales.....	20
b) Drogas ilegales.....	20
c) Drogas Folkloricas.....	21
d) Drogas Industriales.....	21
2.3.2.2 Por su acción en el organismo:	
a) Estimulantes.....	21
b) Depresoras.....	22
c) Alucinógenas.....	22
2.3.3 Relaciones entre la CVRS y los componentes de la adicción	
a) Relaciones entre la CVRS y la dependencia.....	22
b) Relaciones entre la CVRS y los problemas relacionados con el consumo.....	23
2.3.4. La CVRS y el proceso de adicción.....	23

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Material	
3.1.1 Población.....	25
3.1.2 Muestra.....	26
3.1.3 Unidad de Análisis.....	26
3.2.- Método	
3.2.1 Tipo de Estudio.....	27
3.2.2 Diseño de Investigación.....	28
3.2.3 Variables y Operacionalización de las mismas.....	28
3.2.4 Instrumentos para recolectar información.....	34
3.2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos.....	34

IV. RESULTADOS.....	36
V. DISCUSIÓN DERESULTADOS.....	48
VI. PROPUESTA.....	53
VII. CONCLUSIONES.....	59
VIII. RECOMENDACIONES.....	61
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	62
X. ANEXOS	
– Anexo 01: Taller Pedagógico: “Me siento bien”.....	64
– Anexo 02: TECVASP (Test para la evaluación de la Calidad de Vida en adictos a sustancias Psicoactivas).....	77
– Anexo 03: CONFIABILIDAD del Test para la evaluación de la Calidad de Vida en adictos a sustancias Psicoactivas.....	81

I. INTRODUCCIÓN

El término calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles); sin embargo la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

La evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de éste, sobre su bienestar. Este concepto en las personas con adicciones a las sustancias psicoactivas se encuentra afectada debido al consumo de las drogas y su dependencia a este mismo. En este punto Schumaker & Naughton (1996) lo definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

En la investigación de Lozano, Rojas y Pérez (2008) en lo que refiere a CVRS se encontró que las puntuaciones del instrumento utilizado (TECVASP) se relacionan con la severidad de la dependencia en los términos teóricos establecidos. Asimismo, refieren que un estado de salud físico y psicológico más deteriorado se relaciona con una peor valoración de la CVRS, y que un mayor consumo de cocaína y heroína también se asocia a una CVRS más negativa.

Así mismo Anicama, Mayorga y Henostroza (2010), Fernández et El. (1999), Graham y Gillis (1999) coinciden que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales; es mejor en los hombres que en las mujeres el cual se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo.

Mencionado los antecedentes relacionados con la investigación se interroga ¿De qué manera influirá el taller pedagógico “Me siento bien” para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, en adictos a sustancias psicoactivas (SPAS) que asisten al Centro de atención ambulatoria y clínica de día para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas (CADES) del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT)?

El objetivo principal de esta investigación es determinar el impacto de la aplicación del taller pedagógico “Me siento bien” para mejorar la calidad de vida en adictos a SPAS que asisten a CADES del HRDT. Para ello se formuló la hipótesis que la aplicación del taller pedagógico “Me siento bien” mejora significativamente la calidad de vida en adictos a SPAS que asisten a CADES del HRDT.

Se decidió realizar esta investigación debido a su invaluable aporte a los profesionales que trabajan en el área de adicciones que tienen la necesidad de evaluar sus resultados en salud, disminuir en un 40% la deserción de los pacientes al programa terapéutico, así mismo se tomó en cuenta que la CVRS juega un papel importante en la evaluación de los programas de tratamiento y por ende reducir el daño que se realiza en los centros de atención para adictos. Por último y no menos importante la institución CADES recibe un aporte importante a sus estrategias terapéuticas que tienen sobre la vida diaria de sus pacientes como la disminución del consumo, la reducción de la criminalidad o la reducción de la morbi-mortalidad.

Las limitaciones encontradas durante el desarrollo de esta investigación fueron la deserción de los pacientes al programa terapéutico y que los resultados obtenidos sólo serán válidos para la población en estudio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 TALLER PEDAGÓGICO:

Mirebant (2003) refiere: “Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre.

Por eso el taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permitan al alumno operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo”.

Como dicen Barros y Bustos (2002), "el taller es una realidad compleja que si bien privilegia el aspecto del trabajo en terreno, complementando así los cursos teóricos, debe integrar en un solo esfuerzo tres instancias básicas:

- Un servicio de terreno
- Un proceso pedagógico y
- Una instancia teórico – práctica

2.2.1. Ventajas del taller

Malaguzi (1984), considera que los talleres ofrecen varias ventajas, entre ellas:

- a.** Educa al alumno desde una base de colectividad donde todo es todos; no sólo el material, sino también el espacio. Ayudan así a superar de forma natural el egocentrismo propio de estas edades.
- b.** Debido a que es un modelo basado en la socialización, favorece el aprendizaje con los demás; multiplicando las posibilidades de fomentar la cooperación y el aprendizaje.
- c.** Existe un enriquecimiento mutuo entre los distintos grupos que comparten los espacios de los talleres debido a la gran variedad de modelos que se ofrecen.
- d.** Favorecen y fomentan la autonomía del alumno con respecto al adulto, creación de valores para la vida en convivencia y en libertad.
- e.** Son aceleradores naturales de maduración, pues empujan a la inteligencia del niño a alcanzar metas más altas, estimulando su zona de desarrollo potencial.
- f.** Desarrollan de modo natural el conocimiento espacial y temporal, al alumno se habitúa a dominar no ya su aula, sino todo el espacio del centro que abarquen los talleres.
- g.** Facilitan el aprender jugando.
- h.** Posibilitan una gran riqueza en el empleo de lenguajes para la comunicación y el desarrollo integral de la personalidad.
- i.** Favorecen una educación motivadora al variar de actividad con frecuencia.

2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interactuar con ella

Sin embargo el término calidad de vida es un concepto mucho más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1989) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud, Badía (1995).

2.2.1 Modelos teóricos:

Modelos que en la actualidad aparecen más referenciados dentro de la investigación sobre CVRS.

a. Modelo teórico de Wilson y Cleary (1995):

Uno de los modelos más reconocidos en la actualidad es el propuesto por Wilson y Cleary (1995), donde proponen que la CVRS puede asimilarse a un continuo que comprende el proceso

de enfermedad de los pacientes, sobre el cual ejercen su influencia factores individuales y sociales.

En uno de los extremos de los continuos están los aspectos biológicos y son los causantes de la alteración de la salud. En el extremo opuesto está la percepción, en términos de CVRS, que hacen los pacientes de la alteración de la salud padecida.

b. Modelo teórico de Stuifbergen, Seraphine y Roberts (2000):

Este modelo propone que en la evaluación de la CVRS se debe tener en cuenta tanto a influencias directas como indirectas de una serie de aspectos que influyen en la vida diaria.

Se diferencia del modelo anterior porque los factores están integrados dentro del modelo como elementos importantes para la evaluación de la CVRS de las personas, es decir, no son agentes modificadores. En cierto sentido se podría decir que es un modelo más estático que el de Wilson y Cleary (1995).

c. Modelo adaptativo de Roy y Andrew (1991):

Para Roy y Andrew, la alteración del estado de salud genera una serie de respuestas intrínsecas a las personas, y otras que se relacionan con el contexto social.

Estas respuestas están orientadas a conseguir la adaptación de las personas a la nueva situación, se espera que cuanto mejor sea esta adaptación mejor será la percepción de CVRS de las personas.

2.2.2 Dominios (Dimensiones):

El constructo CVRS se divide en un dominio Físico y otro psicosocial, esta diferenciación es paralela a la que algunos autores realizan entre indicadores “objetivos” “subjetivos” Lawton (1999).

La decisión de unir bajo un mismo dominio lo psicológico y social reside en que, si bien lo social comprende la interrelación entre varios individuos, la percepción individual sobre una situación social pertenece al dominio psicológico.

a. Dominio Físico:

Se entiende a la percepción que tiene el paciente de su estado físico de salud; incluyen los aspectos relacionados con las alteraciones que impiden la ejecución de determinadas tareas, como de otros aspectos del organismo relacionados con el dolor, síntomas de una enfermedad, etc.

1).- Estado Funcional:

Entendemos la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría (Pastor y López-Roig, 1993).

2).- Síntomas Físicos:

Según Wilson y Cleary (1995) los síntomas físicos van a depender del tipo de enfermedad que padecen los enfermos:

- Dolor: Sensación o experiencia emocional desagradable asociada con el deterioro real o potencial del tejido.

- Fatiga y malestar corporal: Reducción en la capacidad de los individuos en el rendimiento físico y también se relaciona con el cansancio mental y la depresión.

- Náuseas y vómitos: Síntomas muy frecuentes en pacientes que padecen de cáncer y otras alteraciones de salud.

3).- Recursos materiales:

Los medios de las personas o el ambiente que pueden ejercer su influencia sobre la salud de los individuos, contribuye a mejorar la percepción que los pacientes tienen de su CVRS.

b. Dominio Psicosocial:

Percepción que tienen las personas de tanto de su estado cognitivo y afectivo, como de sus relaciones interpersonales y roles sociales que desempeña en la vida. La estructura de este dominio la integran cinco categorías, como son

1).- Síntomas psicológicos

- Depresión: sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas con las que antes disfrutaba, Gibbons (1999).
- Ansiedad: Según Miguel-Tobal (1990) es una respuesta emocional, patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprehensión. Encontrando que es uno de los síntomas que más se relaciona con la valoración de CVRS.

2).- Funcionamiento Cognitivo

Capacidad de los individuos para desarrollar actividades que requieren de la actividad mental, Rosser (1988).

- Memoria: La pérdida de esta función cognitiva origina grandes trastornos en el funcionamiento diario.
- Concentración: Esta falta de concentración genera en muchas ocasiones problemas como depresión o ansiedad.
- Orientación: Uno de los componentes cognitivos más importantes en la evaluación de la CVRS.

3).- Percepción de la salud

Se entiende como la valoración que hace el individuo respecto a en qué medida cree que el estado de salud ha afectado en su vida cotidiana. La percepción de cada individuo es personal y no puede ser juzgada por otras personas, Cramer (1999).

4).- Aspectos sociales

Percepción de relaciones y contactos sociales que establece el individuo en su ambiente y que son importantes para que el individuo influya en su entorno

- Apoyo social: Percepción de los recursos procedentes de las relaciones que de forma natural configuran su entorno y que son fuentes proveedoras de preocupación emocional, López-Roig (1993).
- Roles Sociales: Percepción del desempeño de papeles con la familia y otros contextos, Spiegelhalter (1997).

5).- Expectativas

De acuerdo con las teorías psicológicas las expectativas están en la base de la motivación:

- De resultado teórico: En qué medida el paciente cree la enfermedad que padece es curable o al menos controlable.
- De resultado autorreferencial: Confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará a su caso.
- De autoeficacia: En qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud.

2.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

2.3.1.- Sustancias Psicoactivas

Las Naciones Unidas (2003) las definen como las sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto que las consume.

Por otro lado se incluye en la categoría "DROGA" todas aquellas sustancias químicas y naturales que actúan sobre el funcionamiento habitual del cerebro humano, alterando la vida psíquica de quienes la consumen; cuyo uso continuo genera tolerancia, crea dependencia, induciendo al consumo compulsivo. Definiendo de este modo a la droga como una sustancia psicoactiva.

2.3.2.- Clasificación de las sustancias psicoactivas:

2.3.2.1.- Por su uso:

a).- Drogas legales:

Son todas aquellas que son vendidas libremente y permitidas dentro de un reglamento de Ley, pero estas alteran el organismo si son consumidas con regularidad o frecuencia, aceptadas en la vida socialmente, su abuso provoca dependencia y son: el alcohol, té, café y tabaco.

Son las drogas consumidas con más frecuencia por los adolescentes y son la puerta de entrada a las drogas ilegales.

b).- Drogas ilegales:

Penadas ante la Ley por su uso, consumo y comercialización:

- ✓ PBC
- ✓ Cocaína
- ✓ Marihuana
- ✓ Drogas Sintéticas (éxtasis)

c).- Drogas folklóricas:

Aquellas plantas que son usadas en ceremonias y rituales religiosos en las diversas comunidades de nuestro país y responden a nuestra cultura e historia como: San Pedro, ayahuasca y la hoja de Coca

d).- Productos industriales:

Son sustancias químicas industrializadas fabricadas por el hombre, tienen un uso clínico y/o médico y otras constituyen grandes componentes químicos

✓ Medicamentos:

- ❖ Benzodiazepinas
- ❖ Anfetaminas

✓ Inhalantes:

- ❖ Terokal
- ❖ Gasolina
- ❖ Kerosén
- ❖ Pegamentos
- ❖ Bencina
- ❖ Thiner

2.3.2.2.- Por su acción en el organismo:

a).- Estimulantes:

Actúa acelerando los procesos mentales, haciendo que la persona que las consume se sienta más alerta y eufórica, aumentan la actividad motriz y se estimula el sistema cardiovascular. Las más conocidas son: la cocaína, pasta básica de cocaína, anfetaminas, éxtasis, metanfetaminas, tabaco, xantinas (alcaloides que se encuentran en el café, hoja de té y cacao, están drogas tranquilizan, calman o eliminan el dolor.

b).- Depresoras:

Por su composición, disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo incoordinación motriz y confusión mental, y sedación. Causan dependencia física como psíquicas, las más conocidas son: alcohol, marihuana, inhalantes.

C).- Alucinógenos:

Afectan a la percepción visual, sonora, táctil, olfativa de la persona. Algunas de las drogas más fuertes pueden tener poderosos efectos en el modo de pensar de la persona y en la autoconciencia. En este grupo de encuentran: las de origen semi-sintético: el L.S.D. (altera significativamente el funcionamiento del cerebro, provocando alucinaciones que modifican la forma de percibir el mundo e intensifican las imágenes y de origen natural (marihuana, ayahuasca, san pedro, hoja de coca y cactus).

2.3.3.- Relaciones entre la CVRS y los componentes de la adicción:

a. Relaciones entre la CVRS y la dependencia:

Generalmente los elementos que la definen guardan una alta relación entre sí, lo que confiere el carácter de unidimensional a este constructo Zitman,(1998). Este hecho indica que, en cierta medida, cada uno de estos síntomas puede aparecer de manera independiente en el curso de la dependencia.

Cada una de las conductas que definen el criterio de dependencia debe relacionarse con la CVRS, dado que éstas, de manera individual, afectan al desarrollo “normal” de las personas. A su vez dado que cada una de las conductas se relaciona entre sí, lo más probable es que existe una influencia común sobre la CVRS. Esta situación lleva a pensar que cuantos más criterios de dependencia estén presentes, mayor será el

grado en el que ésta afecta a la vida de las personas, y de ahí que la relación entre ambos constructos sea mayor.

b. Relaciones entre la CVRS y los problemas relacionados con el consumo

Dichas situaciones aparecen en un determinado momento temporal y puede repetirse o no a lo largo de la historia de dependencia. Cada uno de los problemas son independientes, de ahí que no todas las personas que presentan trastornos relacionados con el consumo deben padecer cada uno de los problemas enumerados, porque va a depender en buena medida de las características y situaciones personales.

Cada uno de los problemas relacionados con el consumo pueda establecer independientemente su propia relación con la CVRS. Además, según la importancia que cada persona atribuya a los mismos, habrá problemas que tengan una mayor relación con la CVRS.

2.3.4.- La CVRS y el proceso de adicción

El primer factor que se debe tener en cuenta es la propia percepción de las personas de la existencia de trastornos derivados por el consumo de sustancias. En este sentido, Prochaska y DiClemente (1984) especifican en su modelo transteórico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas, cinco estadios subyacentes al proceso de cambio intencional del adicto (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).

Las personas diagnosticadas como dependientes a sustancias situados en el estadio de precontemplación, no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (no perciben) de que ésta representa un problema, o si son conscientes tienden a minimizarla. Es en la siguiente fase, en la contemplación, cuando los adictos a sustancias toman conciencia de la existencia de un problema y consideran la posibilidad de abandonar la conducta adictiva.

La situación socio-económica es otro de los factores personales que pueden influir, sobre todo, en los problemas relacionados con el consumo que aparezcan. Así, a pesar de la existencia de dependencia, quienes presentan una situación más solvente verán minimizados algunos de los problemas relacionados con el consumo, y por ello se espera que su CVRS sea mejor.

También se pueden encontrar factores que intervienen durante el proceso de adicción, que tratan de minimizar las consecuencias de ésta. Entre estos se encuentran al tratamiento y las intervenciones terapéuticas.

III MATERIAL Y MÉTODOS

3. 1 MATERIAL:

3.1.1. Población:

La población estuvo conformada por todos los pacientes adictos a sustancias psicoactivas que asistieron a CADES del Hospital Regional de Trujillo en el año 2014. Dicha población estaba comprendida por 4 grupos de tratamiento, donde todos obtuvieron las mismas experiencias del plan de tratamiento.

CUADRO 01. N° de pacientes por niveles de tratamiento que asistieron a CADES, Hospital Regional de Trujillo.		
Niveles de Tratamiento	N° de Pacientes	TOTAL
Adaptación	68	68
Nivel I	42	42
Nivel II	25	25
Nivel III	15	15
TOTAL		150

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CARACTERIZACIÓN):

- **Edad:** 18 a 30 años
- **Estado Civil:** Casado o conviviente
- **Procedencia:** Costa
- **Nivel de Tratamiento:** Adaptación (1 semana insertado en tratamiento)
- **Grado de Instrucción:** Secundaria o Superior
- **Estatus Socio económico:** Baja o media

3.1.2. Muestra:

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes del Nivel de Adaptación “A” como grupo experimental y del Nivel de Adaptación “B” como grupo control que asistieron a CADES del Hospital Regional de Trujillo en el año 2014.

3.1 .3. Un id ad de	CUADRO 02. Nº de pacientes que comprenden los grupos experimental y control que asistieron a CADES, Hospital Regional de Trujillo	
	GRUPOS	NÚMERO DE PACIENTES
	GRUPO A (EXPERIMENTAL)	34
	GRUPO B (CONTROL)	34
TOTAL	68	

Análisis:

Los pacientes adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES del Hospital Regional de Trujillo. Al hablar de adictos tendríamos que tener en cuenta que es una enfermedad como la diabetes o el cáncer, puede desarrollarse muy rápidamente, o bien de manera muy lenta y progresiva. Son personas que poseen sus propios síntomas y no es derivada de otro trastorno mental.

El adicto, por otra parte, siempre va a necesitar ayuda debido a que:

- ✓ Es una enfermedad compulsiva, porque la persona pierde el control sobre los momentos y las cantidades de sustancia que puede consumir, desde que toma la primera dosis.
- ✓ Es una enfermedad obsesiva, porque el individuo solo tiene una idea fija en su mente: la de cómo sostener y mantener su consumo.
- ✓ Es una enfermedad crónica, porque el individuo jamás podrá llegar a tener la facultad de ingerir alcohol o cualquier droga de una manera controlada.
- ✓ Es una enfermedad progresiva, porque la pérdida de control sobre ella va en aumento paulatinamente.
- ✓ Es una enfermedad delusoria, porque el individuo queda atrapado en un sistema de autoengaño completo, alejado de la realidad y niega absolutamente que la droga sea un verdadero problema.
- ✓ Es una enfermedad fatal, porque si no es intervenida a tiempo, puede llevar a la muerte.

3.2 MÉTODO:

3.2.1. Tipo de Estudio:

El tipo de estudio fue Experimental; en donde Fernández, Hernández y Baptista (2003), señalan que este tipo de investigación se concibe como estrategias en las cuales se pretende obtener repuestas a las interrogantes y comprobar las hipótesis de investigación, con el fin de alcanzar los objetivos del estudio.

3.2.2. Diseño de investigación:

El diseño de investigación utilizado fue cuasi-experimental con dos grupos intactos (control y experimental) donde se aplicó una prueba inicial y una prueba final, tal como se esquematiza a continuación:

G.E: 0₁ X 0₃

G.C: 0₂ - 0₄

DONDE:

G.E = Grupo experimental

G.C = Grupo control

0₁ y 0₂ = Pre test ambos grupos

X = Aplicación del taller de “Me gusta estudiar”

0₂ y 0₄ = Post test ambos grupos

——— = Ausencia del estímulo.

Este diseño según Sánchez y Reyes (1987), “...consiste en que una vez que se dispone de los dos grupos se debe evaluar a ambos en la variable dependiente, luego a uno de ellos se aplica el tratamiento experimental y el otro sigue con las tareas o actividades rutinarias.”

3.2.3. Variables de estudio y operativización de variables

Variable Independiente:

Taller pedagógico “Me siento bien”

Variable dependiente:

Calidad de vida relacionada con la salud.

CUADRO 03. Operativización de la Variable Dependiente

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	El término CVRS hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos.	▪ Física	– Estado Funcional:	– Actitud Funcional:	1 y 23
			– Síntomas Físicos:	– Dolor	2 y 24
				– Trastorno del sueño	3 y 25
				– Náuseas o vómitos	4 y 26
				– Fatiga	5 y 27
			– Dependencia:	– Física:	6 y 28
		– Dependencia:	Psicológica:	7 y 29	
			Agresividad:	8 y 30	

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> – Síntomas: 	<ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad: 	9 y 31
				<ul style="list-style-type: none"> – Depresión 	10 y 32
			<ul style="list-style-type: none"> – Funcionamiento cognitivo: 	<ul style="list-style-type: none"> – Memoria 	11 y 33
				<ul style="list-style-type: none"> – Orientación 	12 y 34
				<ul style="list-style-type: none"> – Concentración 	13 y 35
				<ul style="list-style-type: none"> – Alucinaciones 	14 y 36
			<ul style="list-style-type: none"> Percepción de la salud: 	<ul style="list-style-type: none"> – Física 	15 y 37
				<ul style="list-style-type: none"> – Psicológica 	16 y 38

			Funcionamiento Social	– Rol Familiar:	17 y 39
				– Rol Social:	18 y 40
				– Apoyo emocional	19 y 41
			Expectativas	– Resultado Teórico:	20 y 42
				– Autorreferencial:	21 y 43
				– Autoeficacia:	22 y 44

CUADRO 04. Operativización de la Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Actividades o sesiones
<p>Independiente: Taller pedagógico “Me siento bien”</p>	<p>Un taller pedagógico es un recurso de tipo didáctico que pretende integrar elementos teóricos y prácticos. Es un espacio en donde se analiza algún tema o realidad específica con la finalidad de trascender a un nivel de compromiso personal y colectivo.</p>	<p>Adaptación</p>	<p>- Conciencia de problema</p>	<p>1.- “Conociendo mi cuerpo”</p>
			<p>- Motivación para el cambio</p>	<p>2.- “Yo puedo cambiar” 4.- “Sensibilización sobre el consumo de drogas”</p>
			<p>- Estrategias básicas para mantener la abstinencia</p>	<p>5.- “Decisiones seguras”</p>
			<p>- Estrategias básicas para prevenir la recaída</p>	<p>6.- “Previniendo una recaída”</p>
			<p>- Habilidades sociales</p>	<p>7.- “Mejorando mis relaciones interpersonales”</p>
			<p>- Hábitos de vida saludable</p>	<p>8.- “Aprendiendo a manejar mi dinero” 9.- “Volviendo a cuidar mi cuerpo”</p>

			- Comportamiento en el tiempo libre	10.- "Un nuevo estilo de vida"
			- Familia y las personas significativas	3.-"Mi familia y las personas significativas"

3.2.4. Instrumentos de recolección de datos:

Como la escala de medición fue cuantitativa, el instrumento utilizado fue el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP). Este instrumento fue sometido al proceso de validez y confiabilidad en donde se encontró que era altamente confiable (Anexo 03).

3.2.5 Procedimiento y análisis estadístico de los datos

La población estuvo conformada por 150 pacientes adictos a sustancias psicoactivas que asistieron a CADES del Hospital Regional de Trujillo, a los cuales se aplicó previamente los criterios de inclusión y exclusión del cual se obtuvo una muestra de 68 pacientes, luego se procedió a la recolección de datos, con la aplicación de los pre test en los ambientes designados y dentro del horario establecido.

El tiempo que duró la administración de los instrumentos fue de 45 minutos aproximadamente; luego de haber obtenido los resultados se desarrolló las 8 sesiones del Taller pedagógico “Me siento bien”, luego de la finalización se procedió a la aplicación del post test y de acuerdo a los resultados obtenidos y deseables, se realizó el análisis estadístico con la Fórmula de la “t” de student para así poder llegar a las conclusiones pertinentes.

Para el procesamiento de la información se empleó medida de tendencia central como:

Medida aritmética, desviación estándar, varianza y coeficiente de variación. Los resultados serán presentados en cuadros estadísticos y gráficos de barras. Además se utilizará la prueba de t-student para comparación de promedios, en este caso la comparación de los grupos experimental y control; las fórmulas utilizadas son las siguientes:

PROMEDIO O MEDIA

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

VARIANZA

$$S^2 = \frac{\sum X_i^2 - \frac{(\sum X_i)^2}{n}}{n-1}$$

DESVIACIÓN ESTANDAR.- Es igual a la raíz cuadrada de la varianza

$$S = \sqrt{\frac{\sum X_i^2 - \frac{(\sum X_i)^2}{n}}{n-1}}$$

COEFICIENTE DE VARIACIÓN

$$CV\% = \frac{S}{\bar{X}} \times 100$$

ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Distribución "t" de student: (para dos grupos, experimental y control)

$$t_v = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) \cdot S_1^2 + (n_2 - 1) \cdot S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

Que se distribuye con $v = n_1 + n_2 - 2$ Grados de Libertad.

IV. RESULTADOS

CUADRO 05.

Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la **dimensión Física** en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

N°	PRE-TEST		POST-TEST	
	Experimental	Control	Experimental	Control
1	31	31	54	38
2	32	34	54	38
3	29	28	55	33
4	29	26	54	34
5	33	31	56	34
6	26	26	55	30
7	29	28	53	34
8	29	25	55	26
9	29	32	57	38
10	27	26	56	31
11	28	25	50	31
12	30	30	56	31
13	30	32	56	34
14	30	34	53	35
15	26	30	51	30
16	26	31	48	32
17	26	32	57	34
18	26	28	52	31
19	26	26	54	30
20	24	27	51	29
21	25	28	56	30
22	25	30	52	32
23	28	30	54	34
24	28	30	55	33
25	31	30	53	35
26	29	26	55	33
27	24	26	52	29
28	35	33	54	37
29	30	28	50	33
30	25	26	51	30
31	24	24	48	28
32	26	28	51	31
33	28	30	54	35
34	29	29	55	34
Promedio	28.03	28.82	53.44	32.56
Desv. Estándar	2.67	2.70	2.39	2.89

CUADRO 06

Comparación de Promedios en el Pre-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba "t" de comparación de Promedios Valor "P"	Significación
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 28.03$ $s_E = 2.67$	$T_c = 1.22 < T_{\text{tabular}} = 1.996$ $P = 0.2227 > 0.05$	Los promedios No presentan diferencias significativas
CONTROL	$\bar{X}_C = 28.82$ $s_C = 2.70$		

Observamos que la prueba "t" para comparar los puntajes promedios en el Pre-test o antes de desarrollar el **Taller Pedagógico "Me Siento Bien"**, tenemos que $T_c = 1.22$ es inferior a $T_{\text{tab}} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, no presentan diferencias significativas para los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental tuvieron un promedio de 28.03 puntos y los pacientes o adictos del Grupo Control 28.82 puntos, es decir que antes de iniciar el taller pedagógico los dos grupos se encontraban en similares condiciones para la dimensión de Salud Física.

CUADRO 07

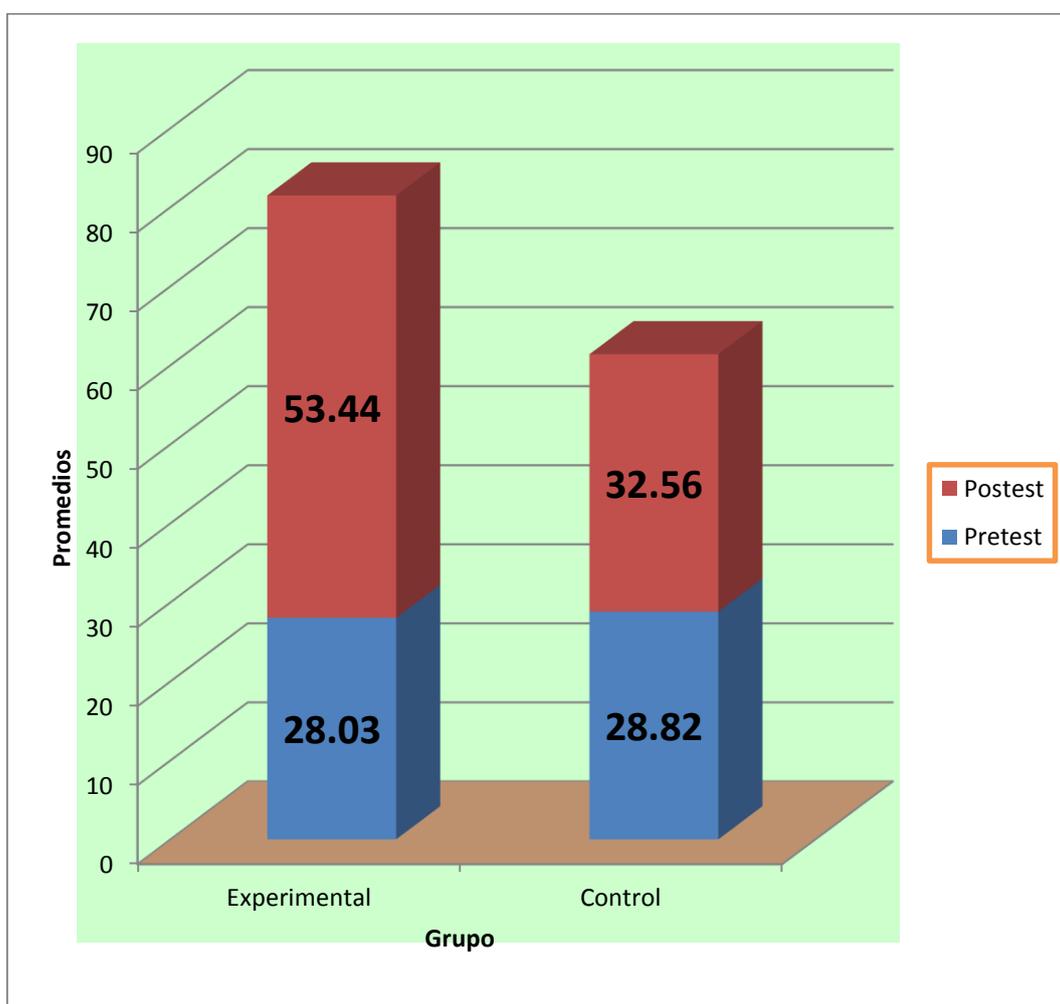
Comparación de Promedios en el Post-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba "t" de comparación de Promedios Valor "P"	Significación
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 53.44$ $s_E = 2.39$	$T_c = 32.44 > T_{\text{tabular}} = 1.996$	Los promedios presentan diferencias altamente significativas
CONTROL	$\bar{X}_C = 32.56$ $s_C = 2.89$	$P = 2.75 \times 10^{-42} < 0.01$	

Observamos que la prueba "T" para comparar los puntajes promedios en el Post-test o después de desarrollar el **Taller Pedagógico "Me Siento Bien"**, tenemos que $T_c = 32.44$ es Superior a $T_{\text{tab}} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud para la dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, **presentan diferencias altamente Significativas** en los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental tuvieron un promedio de 53.44 puntos que fue significativamente superior al promedio obtenido por los pacientes del CADES del Grupo Control que obtuvieron 32.56 puntos, es decir que después de desarrollar el taller en mención los pacientes del grupo experimental se encontraban en mejores condiciones de salud para la dimensión de Salud Física que los pacientes del grupo control que no participaron de esta experiencia pedagógica.

GRÁFICO 1

Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la **dimensión Física en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.**



CUADRO 08

Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la **dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.**

N°	PRE-TEST		POST-TEST	
	Experimental	Control	Experimental	Control
1	79	75	130	96
2	90	93	137	101
3	89	89	138	93
4	80	78	139	89
5	86	76	142	83
6	86	80	143	96
7	78	76	143	98
8	82	84	142	90
9	84	78	140	91
10	82	79	142	93
11	81	76	131	85
12	85	83	134	97
13	82	84	141	91
14	81	77	137	93
15	84	76	130	97
16	79	76	139	87
17	78	79	129	91
18	80	82	135	90
19	78	82	130	86
20	75	75	133	93
21	79	78	133	93
22	86	82	136	88
23	83	87	132	90
24	79	82	136	88
25	88	90	136	98
26	82	82	139	88
27	80	82	137	87
28	83	88	138	91
29	82	93	136	99
30	80	86	142	88
31	93	89	139	95
32	78	82	141	88
33	78	95	141	99
34	82	82	137	92
Promedio	82.12	82.24	137.00	91.88
Desv. Estándar	3.97	5.59	4.15	4.50

CUADRO 09

Comparación de Promedios en el **Pre-test** en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la **dimensión Psicosocial** en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba "t" de comparación de Promedios Valor "P"	Significación
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 82.12$ $s_E = 3.97$	$T_c = 0.1 < T_{tabular} = 1.996$	Los promedios No presentan diferencias significativas
CONTROL	$\bar{X}_C = 82.24$ $s_C = 5.59$	$P = 0.92 > 0.05$	

Observamos que la prueba "t" para comparar los puntajes promedios en el Pretest o antes de desarrollar el **Taller Pedagógico "Me Siento Bien"**, tenemos que $T_c = 0.10$ es inferior a $T_{tab} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud para la dimensión Psicosocial en los en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, no presentan diferencias significativas para los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental tuvieron un promedio de 82.12 puntos y los pacientes o adictos del Grupo Control 82.24 puntos, es decir que antes de iniciar el taller pedagógico los dos grupos se encontraban en similares condiciones para la dimensión de Salud Psicosocial.

CUADRO 10

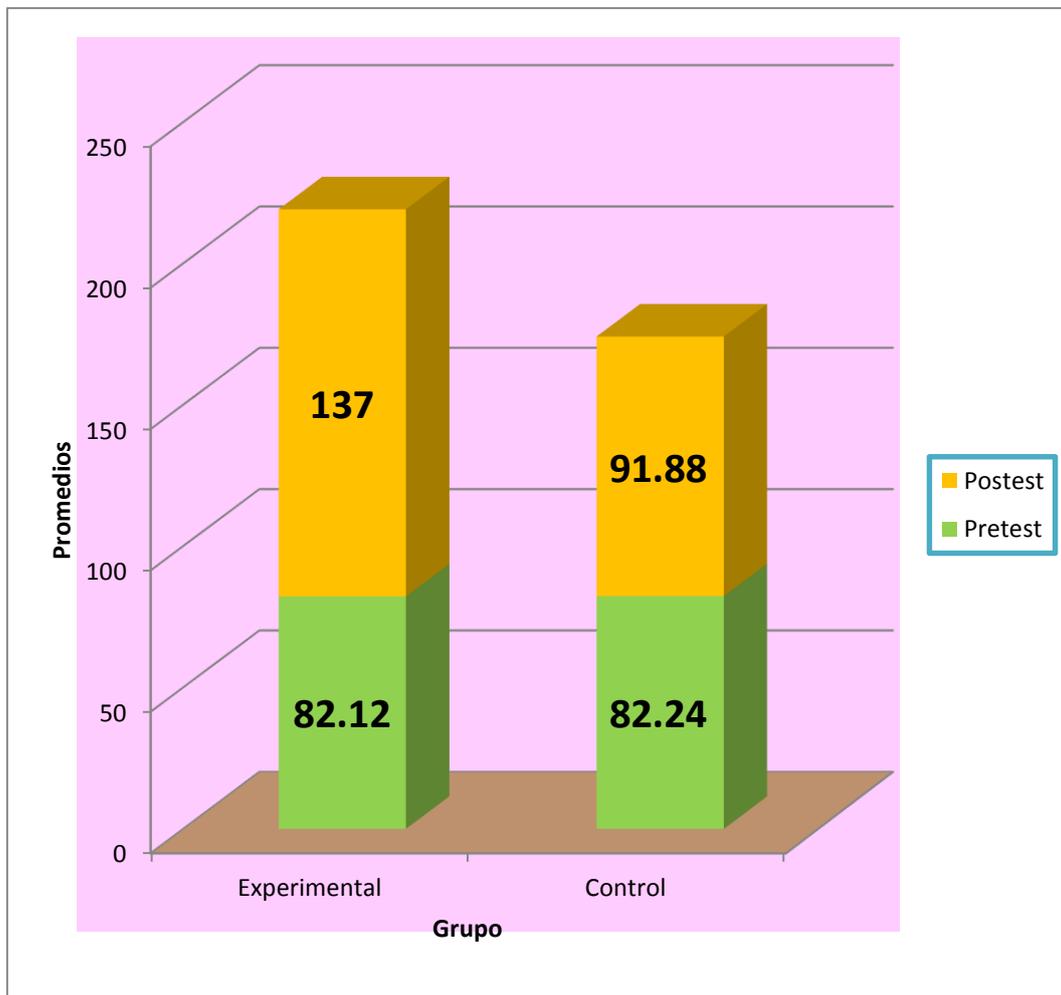
Comparación de Promedios en el Post-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba "t" de comparación de Promedios Valor "P"	Significación
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 137.0$ $s_E = 4.15$	$T_c = 42.99 > T_{\text{tabular}} = 1.996$	Los promedios presentan diferencias altamente significativas
CONTROL	$\bar{X}_C = 91.88$ $s_C = 4.50$	$P = 5.42 \times 10^{-50} < 0.01$	

Observamos que la prueba "T" para comparar los puntajes promedios en el Post-test o después de desarrollar el **Taller Pedagógico "Me Siento Bien"**, tenemos que $T_c = 42.99$ es Superior a $T_{\text{tab}} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud para la dimensión Psicosocial en los en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, **presentan diferencias altamente Significativas** en los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental tuvieron un promedio de 137.0 puntos que fue significativamente superior al promedio obtenido por los pacientes del CADES del Grupo Control que obtuvieron 91.88 puntos, es decir que después de desarrollar el taller en mención los pacientes del grupo experimental se encontraban en mejores condiciones de salud para la dimensión de Salud Psicosocial que los pacientes del grupo control que no participaron de esta experiencia pedagógica.

GRÁFICO 2

Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud para la **dimensión Psicosocial en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.**



CUADRO 11

Puntajes en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de **Calidad de Vida Relacionadas con la Salud** en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

N°	PRE-TEST		POST-TEST	
	Experimental	Control	Experimental	Control
1	110	106	184	134
2	122	127	191	139
3	118	117	193	126
4	109	104	193	123
5	119	107	198	117
6	112	106	198	126
7	107	104	196	132
8	111	109	197	116
9	113	110	197	129
10	109	105	198	124
11	109	101	181	116
12	115	113	190	128
13	112	116	197	125
14	111	111	190	128
15	110	106	181	127
16	105	107	187	119
17	104	111	186	125
18	106	110	187	121
19	104	108	184	116
20	99	102	184	122
21	104	106	189	123
22	111	112	188	120
23	111	117	186	124
24	107	112	191	121
25	119	120	189	133
26	111	108	194	121
27	104	108	189	116
28	118	121	192	128
29	112	121	186	132
30	105	112	193	118
31	117	113	187	123
32	104	110	192	119
33	106	125	195	134
34	111	111	192	126
Promedio	110.15	111.06	190.44	124.44
Desv. Estándar	5.33	6.33	4.93	5.94

CUADRO 12

Comparación de Promedios en el Pre-test en el Desarrollo de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba “t” de comparación de Promedios Valor “P”	Significación	
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 110.15$ $s_E = 5.33$	$T_c = 0.642 <$ $T_{tabular} = 1.996$	Los promedios No presentan diferencias significativas	
CONTROL	$\bar{X}_C = 111.06$ $s_C = 6.33$	$P = 0.5228 > 0.05$		

Observamos que la prueba “t” para comparar los puntajes promedios en el Pre-test o antes de desarrollar el **Taller Pedagógico “Me Siento Bien”**, tenemos que $T_c = 0.642$ es inferior a $T_{tab} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud en los en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, no presentan diferencias significativas para los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental tuvieron un promedio de 110.15 puntos y los pacientes o adictos del Grupo Control 111.06 puntos, es decir que antes de iniciar el taller pedagógico los dos grupos se encontraban en similares condiciones de vida relacionadas con su salud.

CUADRO 13

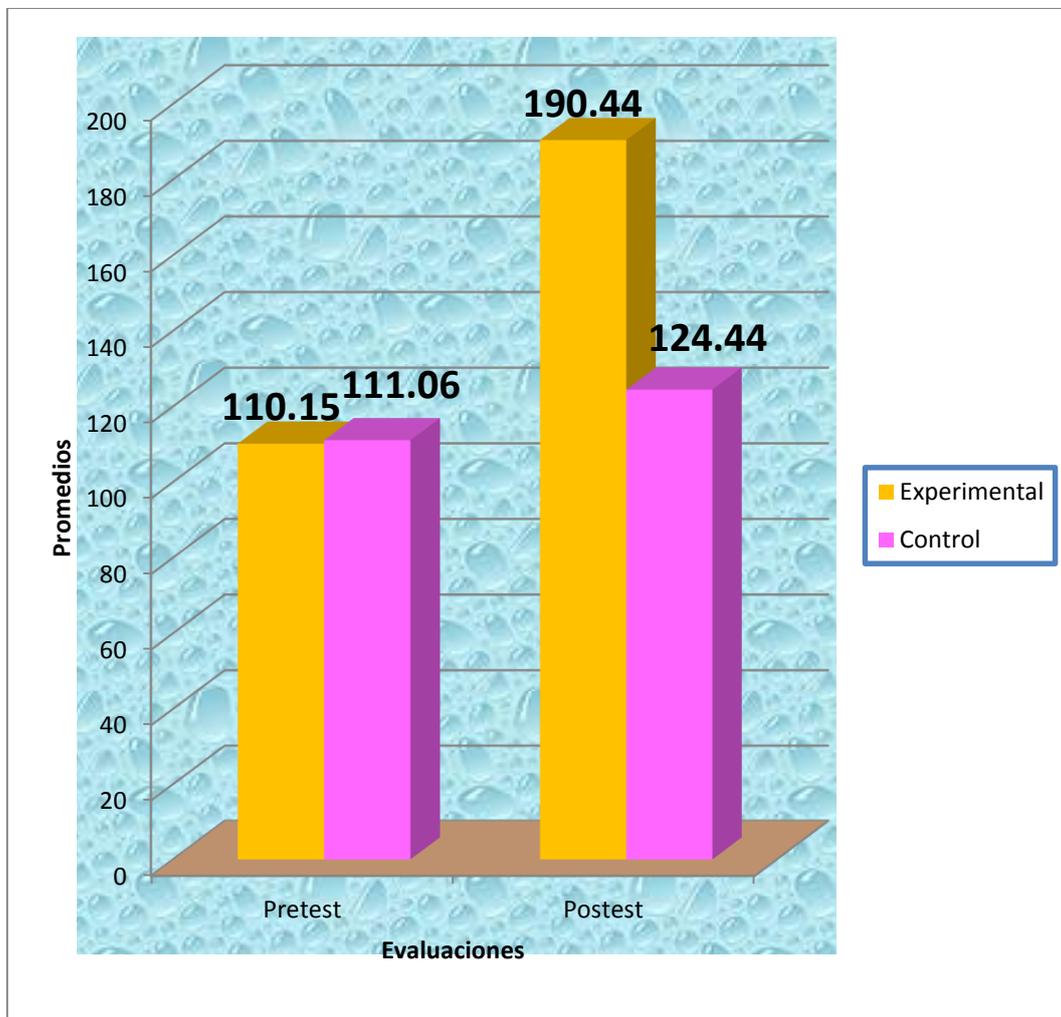
Comparación de Promedios en el **Post-test** en el Desarrollo de **Calidad de Vida Relacionadas con la Salud** en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.

Grupo	Medidas	Prueba "t" de comparación de Promedios Valor "P"	Significación
EXPERIMENTAL	$\bar{X}_E = 190.44$ $s_E = 4.93$	$T_c = 49.84 > T_{\text{tabular}} = 1.996$	Los promedios presentan diferencias altamente significativas
CONTROL	$\bar{X}_C = 124.44$ $s_C = 5.94$	$P = 4.16 \times 10^{-54} < 0.01$	

Observamos que la prueba "T" para comparar los puntajes promedios en el Post-test o después de desarrollar el **Taller Pedagógico "Me Siento Bien"**, tenemos que $T_c = 49.84$ es Superior a $T_{\text{tab}} = 1.996$, por lo que se afirma que **los promedios en el desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud en los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo**, **presentan diferencias altamente Significativas** en los dos grupos de Estudio; los pacientes del Grupo Experimental, que recibieron el taller pedagógico, tuvieron un promedio de 190.44 puntos que fue significativamente superior al promedio obtenido por los pacientes del CADES del Grupo Control que obtuvieron 124.44 puntos, es decir que después de desarrollar el taller en mención los pacientes del grupo experimental se encontraban en mejores condiciones de salud que los pacientes del grupo control que no participaron de esta experiencia pedagógica.

GRÁFICO 3

Promedios en el Pre-test y Post-test, en el Desarrollo de *Calidad de Vida Relacionadas con la Salud* en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo.



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Contrastando la información de los antecedentes y el marco teórico con los resultados de nuestra investigación, podemos decir que existe relación y comprobación de lo hallado en nuestro estudio; sabiendo que hemos utilizado a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas que asisten al CADES del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Cabe rescatar que coincidimos con Mirebant (2003), cuando afirma que el taller educativo o pedagógico, como se le está considerando en este trabajo, resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permitan a los que participan del taller operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo; esto es una confirmación de lo que ha ocurrido en nuestro estudio porque después de desarrollar el **Taller Pedagógico “Me siento bien”**, los pacientes, que participaron del estudio, del grupo experimental, obtuvieron un promedio de 190.44 y se encontraron en mejores condiciones en su **desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud**, que los pacientes del grupo control, que no recibieron la propuesta pedagógica, y que obtuvieron un promedio de 124.44.

Cabe mencionar que antes de desarrollar el taller “Me siento Bien” los dos grupos se encontraban en similares condiciones en el **desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud**, esto se refleja en los promedios obtenidos, en el pre-test el grupo experimental obtuvo un promedio de 110.15 puntos y el grupo control 111.06 puntos. Aquí podemos afirmar que estamos de acuerdo con el modelo teórico de Wilson y Cleary(1995), cuando afirma que la Calidad de vida relacionada con la salud es un continuo del proceso de la enfermedad de los pacientes, y sobre el cual ejercen influencia factores individuales y sociales. Creemos que nuestro estudio, la población considerada para realizar esta investigación no se escapa a este modelo de Wilson y Cleary.

Igualmente un modelo muy referenciado para estos casos es el de Roy y Andrew (1991), porque manifiesta que para estos casos, la alteración del estado de salud genera una serie de respuestas intrínsecas a los pacientes o personas con este problema, y otras se relacionan al contexto social.

La evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de éste, sobre su bienestar. Este concepto en las personas con adicciones a las sustancias psicoactivas se encuentra afectada debido al consumo de las drogas y su dependencia a este mismo. En este punto Schumaker & Naughton (1996) lo definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. De acuerdo a lo mencionado anteriormente se ha encontrado la investigación de de Lozano, Rojas y Pérez (2008) donde las puntuaciones del instrumento utilizado (TECVASP) se relacionan con la severidad de la dependencia en los términos teóricos establecidos. Asimismo, se ha encontrado que un estado de salud físico y psicológico más deteriorado se relaciona con una peor valoración de la CVRS, y que un mayor

consumo de cocaína y heroína también se asocia a una CVRS más negativa. Nuestro estudio a identificado estos dos aspectos importantes, la parte de Salud Física y Salud Psicosocial, y es así que forman parte de las dimensiones tratadas, aquí coincidimos con Bergner (1989), cuando afirma que el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interaccionar con ella; entonces, estamos comprobando que **los efectos del taller pedagógico “me siento bien” ha repercutido favorablemente en la salud Física, Psicológica y Social** de los participantes del estudio, todos ellos son pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo que son Adictos a sustancias Psicoactivas.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud Hörnquist (1989). Es por eso que el constructo CVRS se divide en un dominio Físico y otro psicosocial, esta diferenciación es paralela a la que algunos autores realizan entre indicadores “objetivos “subjetivos”. Lawton (1999). La decisión de unir bajo un mismo dominio lo psicológico y social reside en que, si bien lo social comprende la interrelación entre varios individuos, la percepción individual sobre una situación social pertenece al dominio psicológico. Muy bien, en nuestra investigación al analizar la dimensión de la SALUD FÍSICA tenemos que en el pre test los pacientes del grupo experimental, con 28.03 puntos, no presentaron diferencias significativas con el grupo control que tuvo 28.82; pero después de aplicar el **Taller Pedagógico “Me siento bien”**, se encontró al grupo experimental en mejores condiciones en su **desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud**, que con un puntaje de 53.44 puntos superó significativamente a la calidad de vida F del grupo control que obtuvo 32.56 puntos de promedio. La dimensión física se entiende

como la percepción que tiene el paciente de su estado físico de salud; incluyen los aspectos relacionados con las alteraciones que impiden la ejecución de determinadas tareas, como de otros aspectos del organismo relacionados con el dolor, síntomas de una enfermedad, etc.

Al tratar la dimensión Psicosocial debemos entender que esta dimensión no es más que la percepción que tienen las personas tanto de su estado cognitivo y afectivo, como de sus relaciones interpersonales y roles social que desempeña en la vida. La estructura de este dominio la integran cinco categorías como son los síntomas psicológicos, el funcionamiento cognitivo, la percepción de la salud, los aspectos sociales y las expectativas; creemos que en el taller “me siento bien” se ha tratado todos estos aspectos, y los resultados son más que alentadores, porque para la **Dimensión psicosocial** en el pre test los pacientes del grupo experimental, con 82.12 puntos, no presentó diferencias significativas con el grupo control que tuvo 82.24; pero después de aplicar el **Taller Pedagógico “Me siento bien”**, se encontró al grupo experimental en mejores condiciones en su **desarrollo de calidad de vida relacionadas con la salud para el aspecto Psicosocial**, este grupo que fue el que recibió el taller obtuvo un puntaje promedio de 137.0 puntos superando significativamente al grupo control, pacientes que sirvieron como referente comparativo y que no recibieron el taller, y que obtuvieron 91.88 de promedio.

Las personas diagnosticadas como dependientes a sustancias situados en el estadio de pre-contemplación, no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (no perciben) de que ésta representa un problema, o si son conscientes tienden a minimizarla. Es en la siguiente fase, en la contemplación, cuando los adictos a sustancias toman conciencia de la existencia de un problema y consideran la posibilidad de abandonar la conducta adictiva.

La situación socio-económica es otro de los factores personales que pueden influir, sobre todo, en los problemas relacionados con el consumo que aparezcan. Así, a pesar de la existencia de dependencia, quienes presentan una situación más solvente verán minimizados algunos de los problemas relacionados con el consumo, y por ello se espera que su CVRS sea mejor, pero en la actualidad también este problema se ve reflejado en los estratos sociales medios y altos.

Por último, con nuestro estudio se está verificando la eficacia del Taller Pedagógico “me siento Bien “ que ha permitido mejorar la Calidad de Vida Relacionada a la salud; de todos aquellos pacientes adictos a sustancias psicoactivas que se tratan en el Hospital Regional Docente de Trujillo. La importancia de estos resultados obtenidos es que el taller desarrollado a permitido valorar estados funcionales, físicos, de dependencia, problemas de concentración o alucinaciones e igualmente el funcionamiento familiar y social o amical.

VI. PROPUESTA PEDAGÓGICA

5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA.

A. TÍTULO.

Taller pedagógico “me siento bien” para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten CADES - Hospital Regional Docente de Trujillo

➤ Datos referenciales.

- **Institución donde se realizó** : Centro de atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes de sustancias psicoactivas CADES – HRDT.
- **Dirección** : Prolongación Av. César Vallejo s/n Urb. Huerta Bella – Trujillo.
- **Jefe** : Dr. Ray Plasencia Yasuda.
- **Población** : Pacientes con diagnóstico de adicciones.
- **Nivel** : Adaptación.
- **Duración** : 05 semanas.
- **Responsable** : Ps. Gloria Díaz Sandoval

B. FUNDAMENTACIÓN.

Ante la problemática actual del consumo de sustancias psicoactivas e inicio cada vez más temprano en el consumo de estas, como especialista en esta área me vi en la necesidad de plantear un tratamiento complementario al impartido en la institución, de corto plazo, eficaz y de amplia cobertura.

Actualmente el tratamiento impartido en la institución carece de asistencia en el área a trabajar (calidad de vida) y la duración es de 6 a 9 meses, situación por el cual hay deserción de pacientes.

El Taller Pedagógico “Me siento bien” se caracteriza por presentar 10 sesiones de intervención, donde cada sesión está definida por metodologías esquematizadas que brindará una mejor percepción de los pacientes sobre cómo el consumo está influyendo sobre sus vidas diarias y a mejorarla en un futuro cercano.

C. PRINCIPIOS.

La propuesta pedagógica se basa en los siguientes principios:

- **Principio de actividad:** Fundamentada en el aprendizaje activo por parte del alumno, en la cual se facilita el aprendizaje no dándole conocimientos acabados, sino haciéndole que recorra el camino para aprenderlo.
- **Principio de globalización:** Habremos de cuidar minuciosamente el carácter global de cómo el paciente debe conocer la realidad, y aunque estemos trabajando los conocimientos por separado en cada sesión, no se pierda la interacción entre ellas, construyendo así esa visión global de los hechos reales.
- **Principio de individualización:** Si consideramos que cada persona es única y diferente de los demás, deberemos atender como tal, todas sus particularidades y necesidades. Para ello nos preocuparemos lo primero, del conocimiento más amplio posible de los participantes, para así con estos datos adaptar las actividades, aprendizaje, objetivos... de cada uno.
- **Principios de socialización:** consideremos a la persona no sólo como individualidad diferente, sino además como un ser social,

integrado en un mundo de interacciones y relaciones sociales, y no sólo en la Institución, sino también fuera de ella.

- **Principio de creatividad:** Es preparar al paciente desde su tratamiento, a tener una mente abierta y divergente; a potenciar la imaginación tanto o más que la memoria; pues sólo así esa persona podrá adaptarse a esas nuevas y diferentes situaciones y avances sociales, tecnológicos, científicos, que le va a tocar vivir, de los cuáles muchos a lo mejor nosotros ni podemos imaginar.

5.2. DISEÑO DE LA PROPUESTA.

A. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

a. Objetivo General.

La CVRS es una variable central en la evaluación de pacientes con adicciones, por eso el Taller Pedagógico “Me siento Bien” busca mejorar la calidad de vida de esta población y sus familiares, que se ha visto afectada debido al consumo de drogas.

b. Objetivos específicos.

- Reconocer la realidad del problema que mantiene
- Mantener la motivación para el cambio y rehabilitación terminando el taller.
- Fortalecer las redes de soporte familiar y social, en el proceso de tratamiento y reinserción social.
- Iniciar el entrenamiento gradual de estrategias y habilidades que los hagan capaz de enfrentar situaciones de estrés, frustración, etc.
- Conseguir que el usuario conozca estrategias básicas para mantener la abstinencia.
- Conseguir que el usuario conozca estrategias básicas para prevenir posibles recaídas.
- Entrenar en habilidades sociales, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y tomar decisiones eficaces.
- Alcanzar el suficiente autocontrol, necesario para el manejo adecuado del dinero y otros bienes de consumo.

B. ORGANIZACIÓN.

El taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permitan a la persona operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo.

Nuestra propuesta se realizará en 10 sesiones de aprendizaje, existen cuatro momentos claves, que corresponden a focos de atención y no etapas que se suceden en forma independiente o rígida:

- **Primer momento:** el grupo se reencuentra dentro de una atmósfera de confianza, de aceptación, de aprendizaje. El foco de atención es la experiencia o práctica de trabajo de cada uno de los miembros del grupo, incluido el conductor.
- **Segundo momento:** se aborda un nuevo contenido o tema de reflexión. Este momento, en el cual el foco de atención está puesto en la reflexión teórica sobre un contenido dado, el grupo construye nuevos conocimientos que enriquecen su bagaje teórico pero que también son funcionales para su desempeño laboral. Se puede implementar a partir de análisis de textos o presentaciones de algún tema.

CONTENIDOS	ACTIVIDADES O SESIONES
- Conciencia de problema	1- "Conociendo mi cuerpo"
- Motivación para el cambio	2.- "Yo puedo cambiar" 4.-"Sensibilización sobre el consumo de drogas"
- Estrategias básicas para mantener la abstinencia	5.- "Decisiones seguras"

• T e r	Estrategias básicas para prevenir la recaída	6.- “Previniendo una recaída”
e r	Habilidades sociales	7.- “Mejorando mis relaciones interpersonales”
M o m	Hábitos de vida saludable	8.- “Aprendiendo a manejar mi dinero” 9.- “Volviendo a cuidar mi cuerpo”
e n	Comportamiento en el tiempo libre	10.- “Un nuevo estilo de vida”
t o :	Familia y las personas significativas	3.- “Mi familia y las personas significativas”

el grupo explicita, en forma colectiva lo aprendido durante el taller. Este momento de toma de conciencia, de sistematización de los aprendizajes construidos durante el taller, debe conducir a la meta cognición de lo aprendido, es decir, a incorporarlo a las estructuras mentales o esquemas cognitivos previos de los participantes.

- **Cuarto momento:** sobre la base del análisis realizado en el momento anterior, el grupo planifica acciones que permitan aplicar lo aprendido y define formas de seguimiento.

C. CONTENIDOS Y ACTIVIDADES.

A continuación se presentan los conocimientos o contenidos con sus respectivas actividades que nos van a permitir desarrollar la propuesta.

D. EVALUACIÓN:

Cada una de las sesiones han sido sometidas a un proceso de evaluación que comprende:

1. El r ecojo de información del aprendizaje de los pacientes para realimentar las respuestas débiles que se producen en cada sesión.
2. Se ha utilizado la observación para evaluar los indicadores de avance de cada uno de los pacientes. Cabe precisar que al inicio del taller se realizó el pre test y al término de éste se tomó el post test para verificar la influencia del mismo.

VII. CONCLUSIONES

Realizado el estudio nos permitimos hacer las siguientes conclusiones:

1. Antes de desarrollar el **Taller Pedagógico “Me Siento Bien”**, en el **desarrollo de calidad de vida relacionada con la salud** en los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo, el grupo experimental con un puntaje de 110.15 **no presentó diferencias Significativas** con el grupo control que obtuvo un puntaje de 111.06. (**P= 0.5228 > 0.05**)
2. Después de desarrollar el **Taller Pedagógico “Me Siento Bien”**, en el **desarrollo de calidad de vida relacionada con la salud** en los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo, el grupo experimental con un puntaje de 190.44 **presentó diferencias altamente Significativas** con el grupo control con puntaje de 124.44. (**P= 4.16x10⁻⁵⁴ < 0.01**)

3. En el pre-test para la **Dimensión Física** los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo; el grupo experimental con puntaje de 28.03 no presentó diferencias significativas con el grupo control con puntaje 28.82. **(P= 0.2227 > 0.05)**
4. Después de desarrollar **Taller Pedagógico “Me Siento Bien”**, para la **Dimensión Física** los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo; el grupo experimental con puntaje de 53.44 presentó diferencias altamente significativas con el grupo control con puntaje 32.56. **(P= 2.75x10⁻⁴² < 0.01)**
5. En el pre-test para la **Dimensión Psicosocial** los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo; el grupo experimental con puntaje de 82.12 no presentó diferencias significativas con el grupo control con puntaje 82.24. **(P= 0.92 > 0.05)**
6. Después de desarrollar el desarrollar **Taller Pedagógico “Me Siento Bien”**, para la **Dimensión Psicosocial** los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo; el grupo experimental con puntaje de 137.0 presentó diferencias altamente significativas con el grupo control con puntaje 91.88. **(P= 5.42x10⁻⁵⁰ < 0.01)**
7. Queda demostrada nuestra hipótesis de investigación de que la aplicación del taller pedagógico “Me siento bien” mejora la calidad de vida en adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES del Hospital Regional Docente de Trujillo.

VIII. RECOMENDACIONES

De la aplicación y evaluación de este trabajo de investigación, me permito formular las siguientes recomendaciones:

- Implementar el Taller “Me siento bien” en el plan de tratamiento de todos los adictos a Sustancias Psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo, así ayudarlos en su recuperación de forma más estable, reinsertarlos a la sociedad y reducir las probabilidades de recaída.
- Reformular las estrategias de intervención, que comprenden el plan de tratamiento, de las instituciones dedicadas a recuperar personas adictas a sustancias psicoactivas; donde los talleres pedagógicos sean de utilización necesaria.
- Incluir a las familias en las estrategias de intervención, de los adictos a sustancias psicoactivas, para obtener una rápida mejora en su calidad de vida relacionado con la salud y así convertirse en un adecuado soporte emocional para el paciente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANICAMA J. y Col. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana. Revista Psicoactiva Vol. 19. 7 - 27, abril. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Perú.
- BARON R. A. (1996) Psicología. México. Edit.: Prentice May Hispanoamericana S.A.
- CEDRO (2010) Estudio de Opinión sobre Drogas en la Población Urbana Peruana – 2010. Perú. Edit: Área de investigaciones, CEDRO
- COFER C. N. (1990) Psicología de la Motivación. Colombia. Editorial Trillas S. A.
- DEVIDA (2010) Informe anual sobre drogas 2009. El problema de las drogas en el Perú. Perú. Editorial: fs editores S.A.C
- DEVIDA (2010) Prevención de drogas en universidades. Manual de aplicación. Perú. Editorial: Avanfit.
- LOZANO ROJAS, O. M. (2005). Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionado con la salud en drogodependientes: Aplicación de un modelo politómico de la teoría de la respuesta al ítem. (Tesis Doctoral). Lima: España de Granada.
- MIRANDA, f. GONZÁLEZ, G. PORTILLA, M. SÁIZ, P GUTIERREZ, E. BOBES, J. (1999) Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*. España. Vol: 1 N° 1. 43-52
- NACIONES UNIDAS Oficina contra la droga y el delito (2003). Por qué invertir en el tratamiento de abuso de las drogas U.S.A.

- PAPALIA D. E. (1997) Psicología del Desarrollo. Colombia. Edit.: Mc. Graw Hill Interamericana S. A.
- ROJAS, A. y PÉREZ, C. (2005) Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud en drogodependientes. España. Editorial de la Universidad de Granada.
- SANCHEZ Carlessi, H. y Reyes Meza, C. (1996) Metodología y diseño en la Investigación. Perú. Edit.: Mantaro
- VALLEJOS, J. (2004) Consumo de drogas y factores de riesgo y protección en escolares de educación secundaria. Perú. Editorial: Serv. Gráf. 2001 S.R.L.

Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social, España. 2006.

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_87149_ES_HRQOLDA%20\(TECVASP%20in%20spanish\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_87149_ES_HRQOLDA%20(TECVASP%20in%20spanish).pdf) (Junio, 2014)

X. ANEXOS

ANEXO 01.

TALLER PEDAGÓGICO “ME SIENTO BIEN”

I. DATOS GENERALES:

- Denominación: Taller Pedagógico “Me siento bien”
- Población: Pacientes con CVRS afectada
- Nivel: Adaptación
- Número de sesiones: 10
- Tiempo de duración: 90 minutos
- Duración: 05 semanas

II. INTRODUCCIÓN:

Ante la problemática actual del consumo de sustancias psicoactivas e inicio cada vez más temprano en el consumo de estas, como especialista en esta área me vi en la necesidad de plantear un tratamiento complementario al impartido en la institución, de corto plazo, eficaz y de amplia cobertura.

Actualmente el tratamiento impartido en la institución carece de asistencia en el área a trabajar (calidad de vida) y la duración es de 6 a 9 meses, situación por el cual hay deserción de pacientes.

El Taller Pedagógico “Me siento bien” se caracteriza por presentar 10 sesiones de intervención, donde cada sesión está definida por metodologías esquematizadas que ayudará a la mejora de la percepción de los pacientes, sobre cómo el consumo está influyendo sobre sus vidas diarias y a mejorarla en un futuro cercano.

III. OBJETIVO GENERAL:

La CVRS es una variable central en la evaluación de pacientes con adicciones, por eso el Taller Pedagógico “Me siento Bien” busca mejorar la calidad de vida de esta población y sus familiares, que se ha visto afectada debido al consumo de drogas.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

SESIÓN 1: “Conociendo mi problema”

- Reconocer la realidad del problema que mantiene

SESIÓN 2: “¡Yo puedo cambiar!”

- Mantener la motivación para el cambio y rehabilitación terminando el taller.

SESIÓN 3: “Mi familia y las personas significativas”

- Fortalecer las redes de soporte familiar y social, en el proceso de tratamiento y reinserción social.

SESIÓN 4: “sensibilización sobre el consumo de drogas”

- Iniciar el entrenamiento gradual de estrategias y habilidades que los hagan capaz de enfrentar situaciones de estrés, frustración, etc.

SESIÓN 5: “Decisiones seguras”

- Conseguir que el usuario conozca estrategias básicas para mantener la abstinencia.

SESIÓN 6: “Previniendo una recaída”

- Conseguir que el usuario conozca estrategias básicas para prevenir posibles recaídas.

SESIÓN 7: “mejorando mis relaciones interpersonales”

- Entrenar en habilidades sociales, que les permita mejorar sus relaciones interpersonales y tomar decisiones eficaces.

SESIÓN 8: “Aprendiendo a manejar mi dinero”

- Alcanzar el suficiente autocontrol, necesario para el manejo adecuado del dinero y otros bienes de consumo.

SESIÓN 9: “Volviendo a cuidar mi cuerpo”

- Promover estilos de vida a través del aprendizaje de habilidades de competencia y auto cuidado.

SESIÓN 10: “Un nuevo estilo de vida”

- Incrementar de forma progresiva su tiempo destinado a actividades de ocio fuera del centro.

V. METODOLOGÍA:

La metodología del taller es básicamente participativa, permitiendo y generando una participación activa de los integrantes, las técnicas son:

- Lluvia de ideas.
- Taller plenario
- Técnicas de animación e integración.
- Técnicas de reflexión.
- Técnicas audiovisuales
- Dramatización
- Estudios de casos
- Juego de roles
- Relato de vivencias.

VI. ACTITUDES DEL FACILITADOR:

El facilitador es la persona que tenga experiencia en el tratamiento de adicciones porque será el responsable de crear un ambiente adecuado de trabajo, conoce las necesidades del grupo, él que debe tomar conciencia de sus propios valores, necesidades y del impacto potencial sobre las intervenciones que con probabilidad llevará a cabo; es decir el facilitador deberá tener conocimiento sobre Psicoterapia de Grupo, Terapia Cognitivo-Conductual y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

VII. EVALUACIÓN:

7.1. DE OBJETIVOS:

- Aplicación del “Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)”.
- Este test será aplicado antes y después del taller.

7.2. DE ACTITUDES DEL PARTICIPANTE

- Puntualidad.
- Participación activa y espontánea durante todas las sesiones.
- Cumplimiento de tareas de casa oportunamente.

VIII. ACTIVIDADES POR SESIÓN:

SESION N° 01: “CONOCIENDO MI PROBLEMA”

- 1. Presentación:** El facilitador saluda al grupo de trabajo y cada participante se presentará de forma ordenada; se dará la bienvenida a la sesión explicándoles brevemente el tema a desarrollar y cuál es el objetivo de la sesión.
- 2. ¿Qué esperas del taller?** Cada participante expresará qué expectativas tiene del taller y si alguno tiene una inquietud.

3. **Reglas de grupo:** Se explica a los integrantes que es necesario tener reglas dentro de un grupo para evitar inconvenientes. Así se invita a cada participante a mencionar una regla que desea que se cumpla, a parte de las mencionadas por el facilitador; se tomará nota de lo que mencionan para que todos tengan en cuenta lo escuchado.
4. **Aplicación del Pre test.**
5. **Lluvia de ideas:** Todos los participantes contribuirán con ideas propias y responderán a las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo definirían ustedes la salud?
 - ¿Qué situaciones o eventos pueden afectar nuestra salud?
 - ¿Qué es una droga?
 - ¿Qué drogas conocen?
6. **Proyección de Video:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre la salud (Salud Corporal), después de terminada la proyección se iniciará el diálogo en base a las respuestas brindadas anteriormente.
7. **Exposición:** Breve exposición del tema.
IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Salud – Calidad de Vida
 - Drogas
 - Dependencia
 - Dependencia psíquica
 - Dependencia física
 - Síndrome de Abstinencia - Tolerancia
 - Tipos de consumidores
 - Clasificación de las Drogas
8. **Relato de Vivencia:** Cada uno relatará su experiencia en las drogas, que han hecho hasta la actualidad para salir de las drogas y si es fácil salir de ello.
9. **Conclusiones:** Luego de lo experimentado el grupo escribirá sus conclusiones en la pizarra, mediante lluvia de ideas.
10. **Tarea para casa 1:** Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo lo expresado en su relato de vivencia.

SESION N° 02: “! YO PUEDO CAMBIAR !”

1. **Revisión de la tarea:** Cada uno mencionará las conclusiones de su tarea y si tuvo dificultad al momento de recordarlas.
2. **Retroalimentación:** Mediante la lluvia de ideas se pide las conclusiones que ha llegado cada uno, luego de elaborar su tarea, el facilitador termina dando las conclusiones finales.

3. Exposición: Breve exposición de los temas:

IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:

a) Modelo transteórico del Cambio (Prochaska y Diclemente)

– Fases o estadios:

- Pre-contemplación
- Contemplación
- Preparación
- Acción
- Mantenimiento
- Recaída (con salvedades)

– Procesos de cambio

– Niveles de cambio

b) Balance decisional

– Ventajas y desventajas de continuar consumiendo (Droga problema).

– Ventajas y desventajas de dejar de consumir (Droga problema).

4. Estudios de Casos: El facilitador distribuye a cada uno de los participantes un caso donde tendrán que identificar en que estadio o fase (Modelo transteórico del Cambio) se encuentra esa persona, luego mediante lluvia de ideas se concluirá con las respuestas a cada caso presentado.

5. Cómo es mi situación actual: En su cuaderno de trabajo cada integrante escribirá bajo su percepción sobre cómo es su situación actual, con respecto a los estadios de cambio, para luego expresarlo ante sus compañeros.

6. Conclusiones: Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones y el facilitador reforzará con conclusiones finales.

7. Tareas para casa 2: Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo las ventajas y desventajas de continuar consumiendo, así mismo las ventajas y desventajas de mantenerse en abstinencia.

SESION N° 03: “MI FAMILIA Y LAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS”

1. Revisión de la tarea: Cada uno mencionará su experiencia al momento de realizar su tarea y al recordar situaciones pasadas.

2. Explicación: Mediante la lluvia de ideas se pide las conclusiones que ha llegado cada uno, luego de elaborar su tarea, el facilitador termina explicando que al principio es difícil identificar la parte positiva (ventajas) de dejar de consumir y encontrarle lo negativo (desventajas) al consumo de drogas.

3. Proyección de Video: El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre “La Familia y las Drogas” después

de terminada la proyección se iniciará el diálogo sobre la función de la familia en el tratamiento

4. Exposición – diálogo: Breve exposición del tema

IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:

- a) Aspectos básicos de la familia
 - Familia como un sistema y subsistema
 - Tipos de familias
 - Reglas, roles y límites dentro del sistema familiar
 - Alianzas y coalizaciones.
 - Etapas del ciclo vital familiar
 - b) La comunicación familiar
 - Importancia y proceso de comunicación
 - Estilos de comunicación
 - c) Personas significativas alrededor de la Terapia Cognitiva-Conductual
 - Explicar el proceso de adicción, recaídas y deseo de consumo
 - Reconocer la codependencia
- 5. Dramatización:** Se formarán grupos de 4 personas, los cuales elegirán una situación familiar de cualquiera de sus integrantes para escenificarlo, tratando de explicar la dinámica familiar y el estilo de comunicación existente en esa dramatización.
- 6. Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de escenificar y si se han sentido identificados con alguna de las vivencias.
- 7. Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones y el facilitador reforzará con conclusiones finales.
- 8. Tarea para casa 3:** Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo:
- Reconocer en qué etapa vital se encuentra su familia.
 - A qué tipo de familia pertenece.
 - Consultar en casa las estrategias de prevención de recaídas que sus familiares conocen.
 - Establecer con los demás miembros de su familia mecanismos de intervención y prevención.

SESION N° 04: “SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS”

- 1. Revisión de tareas de casa en grupo:** Se preguntará verbalmente quién identificó la etapa vital en la que se encuentra su familia y escribir en la pizarra las estrategias de prevención que

encontró en su entorno familiar; luego se concluirá de forma grupal, reforzada por el facilitador.

- 2. Taller – Plenario:** Se agrupa a los integrantes en subgrupos de 5 personas para responder las preguntas (que el facilitador dictará una a una) con respecto a las consecuencias o efectos del consumo de drogas. Respondida cada pregunta por un representante de grupo, el facilitador complementará cada respuesta.

PREGUNTAS:

- 1) ¿Qué efectos produce en el organismo el consumo de alcohol?
- 2) ¿Por qué nuestro comportamiento es diferente cuando consumimos alcohol?
- 3) ¿Qué efectos produce en el organismo el consumo de tabaco?
- 4) ¿Por qué resulta difícil dejar de fumar?
- 5) ¿Qué efecto produce el consumo de marihuana?
- 6) ¿Cómo podemos reconocer si la persona ha consumido marihuana?
- 7) ¿Por qué una persona que consume PBC roba y miente?
- 8) ¿Se puede dejar de consumir PBC?
- 9) ¿Qué efectos produce en el organismo el consumo de cocaína?
- 10) ¿Por qué cuando una persona está ebria y consume cocaína se le pasa el estado de ebriedad?
- 11) ¿qué características tiene la persona que ha consumido inhalantes?
- 12) ¿Qué daños orgánicos se presenta en el consumidor de inhalantes?
- 13) ¿Por qué cuando tomamos pastillas no debemos tomar alcohol?
- 14) ¿Qué ocurre si continuamente tomamos pastillas para dormir o para los nervios?

- 3. Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema

IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:

- Terapia Cognitiva Conductual
 - Conceptos básicos
 - Características
 - Estilos de aprendizaje
- Identificar y afrontar pensamientos sobre consumo
 - Reconocer
 - Evitar
 - Afrontar

- 4. Conclusiones:** luego de la vivencia con respecto a las preguntas y la exposición, cada uno relatará si lo escuchado en la sesión era

información nueva o ya lo sabían y el facilitador complementará con conclusiones finales.

- 5. Tarea para casa 4:** Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo:
- ¿Qué ventajas tiene la Terapia Cognitivo Conductual?
 - Explique el condicionamiento operante.
 - Escriba un ejemplo del aprendizaje cognitivo.

SESION N° 05: “DECISIONES SEGURAS”

- 1. Revisión de la tarea:** Cada uno mencionará su experiencia al momento de realizar su tarea y escribirá en la pizarra los ejemplos sobre el aprendizaje cognitivo, para la conclusión de forma grupal
- 2. Juego de roles:** El facilitador pide escenificar una situación en la que se toma una o varias decisiones aparentemente irrelevantes, que luego servirá como introducción al tema.
- 3. Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema
IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Decisiones seguras
 - Situaciones de alto riesgo
 - Habilidades para el rechazo
 - Disponibilidad de la droga.
- 4. Proyección de video:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre “Asertividad”, que servirá como complemento a lo expuesto.
- 5. Rueda de preguntas:** El facilitador indicará unas preguntas que tendrán que ser resueltas en su cuaderno de trabajo de forma individual, como:
 - ¿Cuánto tiempo te llevaría conseguir droga?
 - ¿Tienes en casa droga?
 - Si algún amigo te ofrece consumir, ¿has pensado qué hacer?
- 6. Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de responder las preguntas y si se han sentido identificado con el video.
- 7. Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones y el facilitador reforzará con conclusiones finales.
- 8. Tarea para casa 5:** Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo:
 - Lista de fuentes o lugares donde se puede abastecer de droga.
 - ¿Qué harías para reducir la disponibilidad de drogas?

SESION N° 06: “PREVINIENDO UNA RECAÍDA”

1. **Revisión de la tarea:** Cada integrante mencionará su experiencia al momento de realizar su tarea y explicará las alternativas de solución ante las situaciones de alto riesgo, para la conclusión de forma grupal.
2. **Lluvia de ideas:** El facilitador pide a los participantes que respondan verdadero o falso a las preguntas, con respecto a las recaídas:
 - ¿La recaída es impredecible e inevitable?
 - ¿La recaída solo ocurre cuando los usuarios consumen su droga problema?
 - ¿La ausencia de recaídas garantizan el éxito de la recuperación?
3. **Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Identificación y control del proceso de recaída.
 - Identificación de antecedentes:
 - EARl: Estímulos de alto riesgo internos
 - EARE: Estímulos de alto riesgo externos
 - Estrategias de afrontamiento
4. **Trabajo grupal:** Se agrupa a los integrantes en subgrupos de 5 personas y el facilitador explica que tienen que resolver una matriz de consecuencias ante dos situaciones, finalizado un representante de grupo expondrá ante el resto de compañeros.

MANTENERSE EN ABSTINENCIA:

	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
A corto plazo		
A largo plazo		

VOLVER A CONSUMIR:

	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
A corto plazo		
A largo plazo		

5. **Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de resolver la matriz de consecuencias y si se han sentido identificado con las respuestas.
6. **Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones sobre la sesión y el facilitador reforzará con conclusiones finales.
7. **Tarea para casa 6:** Se solicita a cada participante escribir en su cuaderno de trabajo su propia matriz de consecuencias.

SESION N° 07: “MEJORANDO MIS RELACIONES INTERPERSONALES”

1. **Revisión de la tarea:** Cada integrante mencionará su experiencia al momento de realizar su tarea, luego explicará las consecuencias positivas y negativas de mantenerse en abstinencia.
2. **Proyección de video:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre “Habilidades Sociales”, que servirá como introducción al tema de la sesión.
3. **Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Habilidades Sociales
 - Verbales
 - No Verbales
 - Expresando mis sentimientos
 - Autoestima
 - Asertividad
 - Resolución de conflictos
4. **La rueda:** El facilitador pedirá que todos los integrantes formen un círculo sentados en el piso, donde cada uno tendrá una hoja de papel bon con su nombre y apellidos en la parte superior, se solicitará entregar su papel al compañero de la mano derecha para que este coloque una característica positiva y negativa, al mismo tiempo todos los participantes tendrán que colocar las características sugeridas de la persona que llegue a sus manos hasta que regrese su propio papel. Se tomarán unos minutos para leer todas las características que pusieron sus compañeros.
5. **Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de leer las características positivas y negativas que sus compañeros pusieron sobre ellos y si están de acuerdo o no con lo escrito.
6. **Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones sobre la sesión y el facilitador reforzará con conclusiones finales.

- 7. Tarea para casa 7:** Se solicita a cada participante elaborar un afiche con frases motivadoras sobre autoestima y asertividad que les gustaría escuchar por parte de su familia y compañeros, para luego ser colocadas en el periódico mural de la institución.

SESION N° 08: “APRENDIENDO A MANEJAR MI DINERO”

- 1. Retroalimentación:** Mediante la lluvia de ideas se pide las conclusiones de la sesión anterior y algún aporte sobre la elaboración de sus afiches.
- 2. Listado de gastos:** El facilitador pide que cada uno elabore un listado aproximado de lo gastado hasta el día de hoy, debido a su consumo e imaginarse que harían con ese dinero en la actualidad si lo tuviesen en sus manos. Posteriormente cada uno expondrá sus posibles ideas ante sus compañeros.
- 3. Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Dinero – Respuestas encubiertas
 - Manero de dinero de forma gradual y supervisada
 - Planeamiento de gastos
 - Autoregistros
 - Autocontrol de impulsos.
 - Contrato conductual.
- 4. Proyección de video:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre “La poesía del dinero”, que servirá como complemento a la exposición.
- 5. Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de ver el video y si se sintieron identificados con los personajes, en especial con la situación de llegar a hacer cualquier cosa por conseguir dinero para ir a consumir.
- 6. Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones sobre la sesión y el facilitador reforzará con conclusiones finales.
- 7. Tarea para casa 8:** Se solicita a cada participante la búsqueda en periódicos, revistas y otros medios de comunicación, modelos positivos de personas que surgieron a base de esfuerzo, perseverancia y sabiendo invertir su dinero.

SESION N° 09: “VOLVIENDO A CUIDAR MI CUERPO”

- 1. Revisión de la tarea:** Cada integrante pegará en la pizarra la figura, que a su criterio cree, es un personaje positivo que logró surgir y es un ejemplo a seguir, culminando con la conclusión grupal.

2. **Proyección de imágenes:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar imágenes de varias personas donde tendrán que identificar si el descuido de su persona es debido al consumo o por otros factores.
3. **Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Higiene corporal
 - Consecuencias positivas
 - Consecuencias negativas
 - Vestir adecuadamente
 - Autocontrol de impulsos
 - Autoregistros.
 - Contrato conductual.
4. **Proyección de video:** El facilitador indicará a los participantes que se va a proyectar un video sobre “La importancia del aseo – DR TV”, que servirá como complemento a la exposición.
5. **Trabajo individual:** El facilitador pedirá que cada uno redacte en su cuaderno de trabajo una experiencia sobre el descuido que tuvo en su aspecto físico e higiene personal debido al consumo, para luego exponerlo ante el grupo.
6. **Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de ver el video, las imágenes o al redactar su experiencia.
7. **Conclusiones:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones sobre la sesión y el facilitador reforzará con conclusiones finales.
8. **Tarea para casa 9:** Se solicita a cada participante la búsqueda de información con respecto a las posibles enfermedades que se pueden adquirir debido al descuido de su higiene corporal.

SESION N° 10: “UN NUEVO ESTILO DE VIDA”

1. **Revisión de la tarea:** Cada integrante realizará una breve exposición sobre lo encontrado, culminando con la conclusión grupal.
2. **Testimonio de vida:** El facilitador explicará que tendrán el testimonio de vida de un ex paciente de Cades, sobre su paso por las drogas y lo experimentado para poder superarlas.
3. **Exposición – diálogo:** Breve exposición del tema IDEAS A TRANSMITIR: Conceptos sobre:
 - Situación real del usuario – trabaja o estudia
 - Actividades incompatibles al uso de drogas
 - Plan de actividades

- Proyecto de vida
- 4. **Trabajo individual:** El facilitador pedirá que cada uno elabore una lista de intereses y planes de actividades en su tiempo libre, fuera de la institución.
- 5. **Relato de la vivencia:** Cada uno relatará su experiencia al momento de haber escuchado el testimonio de vida y al momento de elaborar su plan de actividades.
- 6. **Conclusiones finales:** Luego de la vivencia cada integrante expondrá sus conclusiones de la sesión y mediante la lluvia de ideas se tratará de llegar a la conclusión de que nuestra vida puede mejorar si decidimos cambiar o dejar el consumo de drogas.
- 7. **Realización del Post test**
- 8. **Despedida**

IX. RECOMENDACIONES:

Se recomienda que el taller responda a las necesidades de sus participantes, en donde se dará más énfasis a las personas que presentan una calidad de vida relacionada con la salud afectada por el consumo de drogas, si no se observa un cambio positivo en algunos de los participantes se debe reforzar en las áreas que presenta dificultad.

X. BIBLIOGRAFÍA:

- CEDRO (2000) Prevención en Centros Educativos. Perú.
- Consultorio Psicológico – UCV (2002) Talleres de Intervención psicológica. Trujillo- Perú.
- DEVIDA (1999) Guía de Información Básica en Drogodependencias. Perú.
- IPEDEHP (1998) Técnicas Participativas o Dinámicas de Grupo para educar en derechos humanos y en democracia. Perú

ANEXO 02.

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestado: _____
(F)

Edad: _____

Sexo: (M)

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**.

Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza.

Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea.

Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido problemas para caminar de un lugar a otro
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
2. En general, has padecido de dolores en alguna parte del cuerpo
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
3. Te has despertado durante las noches
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
4. Te han dado ganas de vomitar durante el día
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
5. Te has sentido cansado, cuando terminaba el día
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
6. Cuando no consumías sustancias (drogas) te encontrabas mal físicamente (dolor de estómago, diarreas, opresión en el pecho, etc.)
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
7. Te ponías nervioso cuando no consumías sustancias (drogas)
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
8. Te has sentido irritado con facilidad
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
9. En general, te has sentido ansioso
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
10. Has pensado que nada de lo que haces está bien hecho
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
11. Te ha costado trabajo acodarte de las cosas que realizabas el día anterior
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
12. Te has sentido desorientado
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
13. Tenías problemas para concentrarte al realizar tus actividades
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
14. Has experimentado alucinaciones (escuchar voces o ruidos, etc.)
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO
15. Sentías que tu salud física estaba deteriorada
NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Durante **el último mes**, en qué medida:

- | | | | | | |
|--|-------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| 16. Has sentido que te irritabas más rápido que antes | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 17. Has sentido que no ayudabas a tus familiares en las tareas de la casa | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 18. Creías que el consumo de drogas había empeorado tus actividades sociales | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 19. Has sentido que no tienes a quien acudir, cuando tenías problemas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 20. Has pensado que hay personas que superaban su adicción | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 21. Has estado convencido de que tú puedes salir de las drogas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 22. Has sentido que eras capaz de cualquier cosa para dejar las drogas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 23. Has realizado actividades diarias (asearte, vestirse, etc.) sin problemas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 24. A lo largo del día has sentido dolor en alguna parte del cuerpo | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 25. Has tenido dificultades para dormir | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 26. Has tenido náuseas o vómitos | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 27. Aunque no hacías actividades que requerían esfuerzos, te sentías cansado | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 28. Pensaste que para estar bien físicamente, necesitabas consumir drogas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 29. Has necesitado consumir drogas para evitar un malestar anímico | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 30. Te has sentido impulsivo con los demás | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |

Durante **el último mes**, en qué medida:

- | | | | | | |
|--|-------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| 31. Te has puesto ansioso ante situaciones nuevas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 32. Durante el día, te has sentido triste | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 33. Cuando pensabas en tu pasado, había muchas cosas que no te acordabas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 34. Has tenido problemas para orientarte (ir a un lugar, recordar fechas o quién eres tú, etc.) | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 35. Has tenido problemas para concentrarte | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 36. Has tenido alucinaciones (ver cosas que otros no logran ver o sentir que te tocan, etc.) | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 37. Creías que tu estado de salud no era el mismo de antes | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 38. Creías que el consumo de drogas te había dañado psicológicamente | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 39. Tenías conflictos con tus familiares | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 40. Has sentido que tienes menos amigos que antes | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 41. Has sentido que las personas que apreciabas recriminaban tu comportamiento | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 42. Has sentido que hay personas que pueden salir de las drogas | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 43. Has estado convencido de que puedes superar tu problema | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |
| 44. Creías que con esfuerzo superarías tu problema | NADA | POCO | A VECES | BASTANTE | MUCHO |

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 03.

Confiabilidad del Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)