

## **Tema**

Psicoterapia cognitivo conductual y el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012.

# CAPÍTULO I

## 1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

### 1.1. Situación nacional, regional y local o institucional

Según el estudio realizado en conjunto entre el Consep, Observatorio Nacional de Drogas, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (Cicad - OEA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Onudd), la edad de consumo se redujo de 15 a 12 años.

Patricio Zapata, director nacional (e) del Consep, puntualizó que la encuesta efectuada en 2008 reveló que se incrementó el consumo de las drogas lícitas: alcohol y tabaco, pero también de las ilícitas: marihuana y base de cocaína.

“Eso significa que había que establecer un programa de intervención fuerte que permita incidir sobre aquellas causales. Una de las cuestiones básicas es que se logre subir esa edad nuevamente, retardar el inicio del consumo, y tratar de controlar primero los porcentajes de uso y consumo, que no suban, y que a largo plazo podamos disminuirlas en muchos años”, precisó Zapata.

El funcionario reiteró que el alcohol, tabaco, fármacos, la marihuana y pasta base de cocaína son las más consumidas en ciudades como Quito (Pichincha), Guayaquil (Guayas) y la provincia de Manabí.

Zapata explicó que esto se debe al índice poblacional y que por eso las grandes metrópolis son las que más están en riesgo. Señaló que algo que les causó sorpresa fue que en Tena (Napo), los días viernes la diversión de los jóvenes era ir a las barras a embriagarse, situación que se ha superado con la instalación de un Punto de Acción de Red (PAR) donde instituciones y población en general participan de charlas de prevención.

Los PAR forman parte de la Red Nacional de Prevención que se creó en enero de 2011. Uno de los objetivos es practicar la prevención y que esta no se quede solo en palabras.

#### 'Ciudades preventivas'

Al respecto, Ricardo Loor, líder de Prevención del Consep, indicó que para este proyecto fue necesaria también la participación de los municipios, ya que son los que conocen la problemática de cerca y pueden proponer soluciones.

La Red se inició con 20 cabildos y este año, la meta es llegar a 50. Los participantes que integran la propuesta en las provincias de Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Galápagos se han declarado 'Ciudades preventivas' y es porque se diferencian de otras poblaciones donde todavía hay índices altos de consumo, resaltó el funcionario.

“La meta básica hasta el 2017 es tener por lo menos unos 200 cantones participando en los PAR”, añadió Loor.

#### Ordenanzas

Para este proyecto, el Consep cuenta con una asignación de \$ 300.000, según Zapata. De este dinero, a cada Municipio participante se le entrega \$ 5.000. “No es mucho, pero es un recurso para promover y motivar a la gente”.

Entre los compromisos adoptados por los cabildos consta la creación de ordenanzas que ayuden a reducir el índice de consumo de alcohol y tabaco en la ciudad.

Tanto Loor como Zapata manifestaron que uno de los puntos es que se prohíba la instalación de bares o discotecas en los alrededores de los centros de estudios, especialmente colegios; que no se venda alcohol

y tabaco a menores; que se prohíba libar en la vía pública y que los municipios no auspicien sus actividades con la venta de licor y cigarrillos.

Asimismo, en las instalaciones del Centro de Prevención en Guayaquil está activa la línea 1800-Consep, a donde llaman personas de todas las ciudades del país solicitando ayuda.

Natalie Cheing, psicóloga de la institución, sostuvo que las llamadas generalmente las hacen las madres o esposas de los consumidores, quienes desesperadas buscan una solución.

“Nos llaman personas de escasos recursos, porque no tienen el financiamiento para cubrir un costo y no saben cómo hacer. Entonces se les da el nombre de centros especializados acreditados para tratar las adicciones”, precisó Cheing.

Ella añadió que las llamadas más frecuentes son de Guayaquil, Quito, Cuenca, Loja y de Manabí.

#### Edades de consumo

La encuesta también reveló las edades en que las personas se inician con el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana y base de cocaína.

Por ejemplo, en 1998, la edad inicial para consumir tanto cigarrillos como alcohol era de 14 años; en 2005, 13; y en 2008, 12. Mientras que drogas tales como inhalantes, marihuana y cocaína, en 2005, el inicio fue a los 13 años y en 2008, a los 12 (inhalantes), y 14 años las dos últimas.

En tanto que estupefacientes como la pasta base (de cocaína), el éxtasis y las drogas vegetales, en 2005, la edad era de 14 años y, en 2008, bajó a 13.

Dicho estudio también señala que la marihuana es la droga más fácil de conseguir, en un 23%; seguida de la cocaína, 11,6%; éxtasis, 8,4%; y pasta base, 6,1%.

Ante esta realidad, el sociólogo Eduardo Tigua explicó que ahora los adolescentes y jóvenes tienen menos actividades sanas y “estamos invadidos por programas extranjeros de televisión que no ayudan mayormente en la parte pedagógica. Al contrario, vemos novelas que prácticamente sirven de postgrado para los potenciales delincuentes; las hay de mafia, de droga, de perfeccionamiento, y programas de mucha violencia”.

La conducta, según Tigua, nunca se debe a un solo factor; la música, por ejemplo, es cada vez con menos contenido; los padres salen

de la casa muy temprano y regresan de noche “para efectos de cumplir con el presupuesto, eso va creando la degradación social en la etapa más vital de la sociedad”.

El profesional añadió que es difícil combatir este fenómeno porque “la formación y los valores se los obtiene en el hogar, pero en este, hay niños que pasan solos o están al cuidado de alguna niñera que no se sabe qué cultura tendrá o que es escasa. Es aquí donde los medios tratan de difundir esta realidad y advierten lo que está ocurriendo”.<sup>1</sup>

## **1.2. Situación problemática**

Los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga reciben tratamiento con terapias tradicionales relacionadas con premios y castigos, llegando a obtener resultados positivos en periodos de tres a seis meses, sin embargo existen casos en los que la recaída se hace cada vez más alarmante.

Los internos presentan problemas al reinsertarse nuevamente en sus actividades diarias, existiendo una recuperación limitada y muchas posibilidades para su recaída.

---

<sup>1</sup> [www.consep.gob.ec/?cod\\_categoria=11&cod\\_sub=226](http://www.consep.gob.ec/?cod_categoria=11&cod_sub=226)

### **1.3. Problema de investigación**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cómo influye la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

¿De qué manera influye la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012?

¿Por qué la psicoterapia cognitivo conductual influye en la recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012?



#### **1.4. Delimitación de la investigación**

##### **1.4.1. Delimitación espacial**

La investigación se realizó en la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos.

##### **1.4.2. Delimitación temporal**

La investigación se realizó en el año 2012

##### **1.4.3 Unidades de información**

La información la obtuvimos de los internos, psicólogos y familiares de los internos.

#### **1.5. Objetivos**

##### **1.5.1. Objetivo general**

Conocer cómo influye la psicoterapia cognitivo conductual y el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación

La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

Analizar de qué manera influye la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012.

Determinar por qué la psicoterapia cognitivo conductual en la recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012.

### **1.6. Justificación**

"Conseguir drogas es fácil, se lo puede hacer en fiestas, en la calle, la venden los pusher (expendedores de droga), se la puede encontrar en cualquier lugar", este fenómeno esta presente en todos los estratos sociales en el Ecuador.

Para prevenir estos casos de consumo de droga, los padres deben comunicarse con sus hijos y saber "leer" a tiempo las señales que muestran, como son: ojos rojos, comportamiento agresivo, entre otros síntomas que pueden mostrar los adolescentes consumidores de drogas.

En el presente trabajo investigativo se pretende determinar los efectos de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento y recuperación de las personas con problemas de adicción.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. Alternativas teóricas asumidas

La **terapia cognitiva** es una terapia psicológica (no debe confundirse con la psicología cognitiva). Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la terapia conductista “*caja negra*”. Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada, sin embargo a partir de esos primeros intentos ha surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología.

El postulado central de la terapia cognitiva es que los hombres sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos. Durante el proceso terapéutico se busca que el paciente flexibilice la adscripción de significados y encuentre él mismo interpretaciones más funcionales y adaptativas.<sup>1</sup>

Surgió en los 50 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información,

a raíz de la teoría de la comunicación y la informática.<sup>[cita requerida]</sup> De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial.

Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva.

Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

## **2.2. Categorías de análisis teórico conceptual**

### **Terapia Cognitiva Conductual**

Desde la década de 1920, cuando Pavlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para afectar la conducta, se observó un incremento estable en el uso de procedimientos basados en el aprendizaje desarrollados para reducir los niveles de incomodidad emocional de los pacientes y eliminar sus conductas inadaptadas. Como se verá más adelante, las primeras aproximaciones a la terapia conductual, o modificación de conducta como se le conocía por entonces, negaban por completo la importancia de las cogniciones en el proceso de mejoramiento clínico.

Las cogniciones no eran directamente observables y no podían medirse de manera confiable; en consecuencia, los defensores de la terapia conductual sentían que un énfasis en las cogniciones era irrelevante para una ciencia del cambio conductual. Sin embargo, en la

década de 1970 trajo los inicios de un cambio radical en esta posición. Los psicólogos empezaron a integrar procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a conocerse como terapia cognitivo-conductual.

## **Fundamentos históricos de la terapia conductual**

### **Pavlov, Watson y el condicionamiento clásico**

La práctica de la terapia conductual guarda una estrecha vinculación con los principios de la teoría del aprendizaje. En otro capítulo se describió el desarrollo de la teoría del aprendizaje, empezando con las observaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov de que los perros aprendían a salivar en anticipación de la comida, una respuesta a la cual se refirió como reflejo condicionado. El trabajo de Pavlov se perfeccionó y difundió en Estados Unidos gracias al Psicólogo John Watson. Watson trabajaba para determinar los principios del aprendizaje, concentrándose sobre todo en la conducta manifiesta y observable. Watson creía que la gente nace con tres emociones básicas: temor, ira y amor. Sin embargo, también reconocía que había grandes diferencias entre la gente en los estímulos que provocan esas emociones. Para explicar esta variabilidad en la respuesta emocional, Watson planteó que las personas aprenden diferentes asociaciones estímulo-respuesta a través del condicionamiento.

El experimento de Watson y Rayner fue la primera demostración empírica de que las emociones pueden aprenderse, este experimento fue también la primera demostración de laboratorio de una “neurosis experimental” en un ser humano: la adquisición de ansiedad en respuesta a un estímulo que no representa una amenaza real para el individuo.

### Skinner y el condicionamiento operante

En ciencia y conducta humana, Skinner propuso que los principios del condicionamiento operante podían explicar buena parte del comportamiento humano. Un aspecto más importante en el contexto de la psicología clínica, fue que Skinner criticó con dureza el enfoque psicoanalítico, el cual predominaba en la psicoterapia, y en su lugar, ofreció una conceptualización conductual de la terapia, la modificación de conducta.

### Wolpe y la inhibición recíproca

J. Wolpe (1958), basado en el principio de inhibición recíproca descrito por Sherrington (1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansiógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o



parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita.

En otros términos, si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad mientras imagina tales escenas la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad.

### Eysenck y la terapia conductual

A lo largo de esta historia de la terapia conductual, de Watson a Skinner y Wope, resulta claro que si bien hay diferencias importantes de aproximación todos los enfoques conductuales tempranos se hallaban unidos por dos convicciones: primero, que era innecesario plantear la existencia de pulsiones y procesos inconscientes, y segundo, que es más probable que la terapia sea efectiva si se concentra en conductas inadaptadas discretas en lugar de categorías de diagnóstico psiquiátrico más difusas.

### **Terapia conductual**

Todas las formas de terapia conductual se concentran en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del paciente. Los siguientes cinco principios

son los que representan el cimiento más fuerte sobre el que se construyen las terapias conductuales:

Toda la conducta, normal y anormal, se adquiere y se mantiene de acuerdo con los mismos principios básicos de aprendizaje.

No es necesario inferir una causa o motivo subyacente para las conductas inadaptadas; las conductas son el trastorno; no son una manifestación o signo de un trastorno o proceso de enfermedad subyacente.

Por lo regular no es necesario saber cómo se aprendió una conducta problema específica; el énfasis del tratamiento no debe ponerse en temas históricos, sino en los factores que en la actualidad mantienen a la conducta.

La mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas se desaprenden y remplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas.

Los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada

cliente; el progreso del tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del tratamiento.

### **Metas**

Dado el énfasis puesto por la terapia conductual en las conductas inadaptadas del paciente, una meta general importante de esta forma de psicoterapia es reducir o eliminar las conductas problema del paciente e incrementar la frecuencia de conductas más adaptadas.

### **Métodos**

Los terapeutas conductuales disponen de una amplia variedad de técnicas para enseñar o incrementar las conductas adaptadas y eliminar las conductas desadaptadas. Debido al gran número de técnicas disponibles para cambiar la conducta, es tentador considerar la terapia conductual como una simple colección o arsenal de procedimientos.

### **Aplicaciones de la terapia conductual a problemas específicos**

#### Procedimientos para reducir el temor

A partir de los estudios epidemiológicos recientes, se sabe que los temores entre las formas más comunes de malestar psicológico. En

ocasiones esta exposición se realiza utilizando la imaginación del paciente tratado; es decir, se instruye al paciente para que se imagine poniéndose en contacto con el objeto o situación temidos.

En otras ocasiones la exposición es real, o en vivo, situación donde el paciente tratado enfrenta en realidad el objetivo de su temor.

### **Desensibilización sistemática**

La desensibilización sistemática es uno de los procedimientos conductuales más estudiados y de mayor aplicación para la reducción de temores y fobias. Por lo general se utiliza cuando un paciente tiene las habilidades para involucrarse en conductas apropiadas o adaptadas, pero en lugar de ello, evita el estímulo o situación temidos. La desensibilización sistemática se encuentra entre las técnicas conductuales diseñadas para reducir la ansiedad en humanos que primero se definieron y probaron con claridad.

Hay tres pasos distintos en la desensibilización sistemática. Primero, como el paciente no puede estar ansioso cuando se encuentra relajado, se le entrena en una o más técnicas específicas de relajación. La segunda etapa supone la elaboración de una jerarquía de ansiedad y el paso final es realmente el corazón de este procedimiento: el

apareamiento sucesivo de la relajación con cada uno de los estímulos en la jerarquía de ansiedad del paciente.

### **Manejo de contingencias**

El manejo de contingencias es un término general usado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta controlando sus consecuencias.

### **Moldeamiento**

Dicho de la manera más simple, el concepto de fortalecimiento de una conducta por medio de reforzamiento requiere que la conducta se emita primero, y luego se le refuerza. Sin embargo, en la práctica el proceso no es tan simple, pues hay muchas conductas que no se emiten de forma espontánea. En esos casos las conductas deseadas no son susceptibles de reforzamiento porque no ocurren naturalmente; por eso, se utiliza el moldeamiento para desarrollar una conducta final reforzando acercamientos sucesivos, o pasos graduales a la meta final. Relacionan al mundo con el que se debería trabajar con los directivos y con los choferes para que valoren su vida y no incremento económico.

## **Contrato de contingencias**

El contrato de contingencias, por lo general, supone elaborar y firmar un acuerdo formal que describe con exactitud las conductas que se esperan de cada participante y las consecuencias precisas de las conductas. Logran que la precipitación del volante concencie su modo de vivir y lo más importante su familia.

## **Terapia cognitiva**

Tanto la terapia racional emotiva de Albert Ellis como la terapia cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, Ellis y Becj desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma como piensa la gente para mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

## **Terapia racional emotiva de Ellis**

Ellis formuló lo que llegó a conocerse como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Contrario a la visión prevaleciente en la época, Ellis argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida,

conocidos como eventos activadores (A) no causan psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad.

En lugar de eso, Ellis afirma que son las creencias irracionales (B) o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas.

**Está orientada hacia el presente**, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos, El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características.

Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. **La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.** Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

**Tiende a fomentar la independencia del paciente.** Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. **Está centrada en los síntomas y su resolución.**

**Pone el énfasis en el cambio.** Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. **Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias.** Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto-cuestionamiento. **Se centra en la resolución de problemas.** Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.



**Utiliza planes de tratamiento.** Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. **Propone una continuidad temática entre las sesiones.** En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. **Desmitifica la terapia.** El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. **Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente.** Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que funciona.<sup>2</sup>

### **Características de la terapia cognitivo-conductual**

Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.

Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.

---

<sup>2</sup> [www.depresion.psicomag.com/terapia\\_conductual.php](http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php) - Argentina

Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.

Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Tomado de: *psicologia.com - Revista Internacional On-line*  
vol.7 nº 2 - Jul 2003

## **El alcoholismo**

Enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Los primeros síntomas incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. Más adelante empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente va perdiendo el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo.

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas.

Se están desarrollando residencias especializadas para su tratamiento y unidades específicas en los hospitales generales y psiquiátricos. Los tratamientos más precoces y mejores están produciendo unas altas y esperanzadoras tasas de recuperación.

Además de resolver las complicaciones orgánicas y los cuadros de abstinencia, el tratamiento pasa por los consejos y entrevistas individualizados y por las técnicas de terapia de grupo encaminadas a conseguir una abstinencia no forzada de alcohol y otras drogas. La abstinencia es el objetivo deseado, a pesar de que algunas opiniones muy discutidas manifiestan que es posible volver a beber con moderación en sociedad sin peligro.

## **CAUSAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

Las razones por las que la mayoría se inicia en el consumo son más sencillas de entender. A continuación se revisan algunas de ellas.

**Primera: La Curiosidad:** Quizás se trata de la razón más frecuente, esto es, el querer saber qué es lo que se siente al consumir ya que hay tanta información errónea o distorsionada sobre el alcohol y también existe tanta desinformación que algunas personas, especialmente adolescentes (hombres y mujeres) desean saber qué les

puede pasar si las pruebas y aceptan hacerlo desconociendo tanto los efectos inmediatos como las consecuencias a corto o mediano plazos.

**Segunda Razón: La Presión de Los "Pares"**(conocidos o amigos del barrio).En ocasiones es muy importante sentirse aceptado en un grupo de amigos de la escuela o del barrio y por desgracia en algunas de esas camarillas o pandillas se ha puesto de moda el consumir bebidas alcohólicas sin control alguno.

Para pertenecer a estos grupos o para permanecer en ellos hay que hacer lo que los demás hacen y algunas personas tienen gran necesidad de pertenencia por lo que aceptan lo que les pidan aún y cuando saben que se están arriesgando a sufrir algunas consecuencias negativas. A esta presión de los pares es difícil contrarrestarla con regaños o "sermones" o señalando las terribles consecuencias del consumo de drogas. Existen otras maneras más efectivas.

**Tercera Razón: La necesidad de imitar a otros** Cuando una persona quiere conseguir su propio y personal estilo de ser y de actuar, primero trata de imitar a sus semejantes que admira o que le agrada cómo se comportan y después adquiere para sí mismo algo de esos estilos de ser, convirtiéndolos en parte de su personalidad. Muchas personas se inician en el abuso del alcohol o de drogas por imitación, porque han visto que otros lo hacen y, aparentemente, no les ha pasado

nada malo, al contrario, parece ser que son exitosos y esto último invita a seguir su ejemplo. Este fenómeno, el de la necesidad de imitar a alguien especial, es algo natural que se presente en algunas etapas de la vida, sobre todo durante la pubertad y la adolescencia. El problema reside en el hecho de querer imitar a alguien que consume alcohol o droga. Hay que señalar que la mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició consumiendo bebidas con contenido alcohólico durante su pubertad o adolescencia y bajo la "autorización" o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo de la familia) al que le pareció que ya era oportuno que la persona inexperta aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consume alcohol.

A nuestras sociedades altamente tecnificadas y "civilizadas" les parece normal el hecho de que un adolescente demuestre que ya es hombre consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas.

**Cuarta Razón: Alivio De Dolencias:** Por el efecto obtenido (alivio o disminución del dolor físico o emocional, evitar el cansancio, el hambre o las tensiones) prescrito por algún médico durante un tiempo limitado y que la persona usuaria en cuestión decide continuar con el uso bajo su propio riesgo. En muchas ocasiones estos medicamentos se obtienen en el "mercado negro" o también utilizando falsos recetarios.

## **CONSECUENCIAS**

El alcoholismo es la consecuencia del consumo abusivo del alcohol y se produce una dependencia física tan importante que el organismo no es capaz de vivir sin el alcohol, y en el caso de no tomarlo, la persona entra en un delirio, llamado delirium tremens, donde se producen alucinaciones en las que la persona ve monstruos, bichos, que le recorren su cuerpo o que están en su cuarto, en los casos graves, la persona puede llegar a morir, por eso es necesaria la atención médica en el caso de que una persona con adicción deje el alcohol.

Una vez que ha dejado el alcohol, con la ayuda imprescindible de la familia, la persona será para siempre un enfermo o alcohólico, esto quiere decir que no podrá probar nunca más el alcohol, si lo hiciese, caería de nuevo en las redes de la poderosa droga, no olvidemos que todas las drogas tienen mucha fuerza y poder sobre el ser humano.

### **Consecuencias Físicas:**

Coma etílico: sucede después de beber mucho, la persona llega a perder el conocimiento con el riesgo de vomitar y ahogarse con su propio vómito, por ello cuando suceda se pondrá siempre a la persona inconsciente de lado.

Problemas cardiovasculares: aumento de la tensión arterial y problemas en el corazón

Polineuritis: inflamación de los nervios con dolor

Cirrosis: degeneración del hígado en su capacidad de purificador y creador de factores de la coagulación de la sangre, como consecuencia se producen sangrados masivos

Pancreatitis

Cáncer de estómago

Cáncer de garganta

Cáncer de laringe

Cáncer de esófago

Úlcera gástrica

Impotencia sexual en los hombres

Frigidez en las mujeres

Síndrome de abstinencia en lo bebés

Envejecimiento prematuro.

**Consecuencias Psíquicas:**

Lagunas de memoria que no se recuperan

Depresiones

Epilepsia



Delirium tremens

Enfermedades mentales graves como las psicosis

Demencia por el alcohol

Suicidio

Celotipia: la persona se vuelve tan insegura que empieza a desconfiar de su pareja y a tener celos sin un fundamento real.

**Consecuencias Sociales:**

Rechazo de los demás

Despidos de los trabajos

Soledad

Ruina económica

Mala higiene

Agresiones, violencia

Cárcel

Separaciones

Accidentes con víctimas mortales y minusválidos para toda la vida

Maltratos físicos y psicológicos

Dolor a la familia y a uno mismo.

## **La drogadicción**

Es una enfermedad que tiene su origen en el cerebro de un gran número de seres humanos, la enfermedad se caracteriza por su cronicidad o larga duración, su progresiva y las recaídas.

Es el uso indebido de cualquier tipo de drogas con otros fines y no los iniciales que se han prescrito, cuando existe la prescripción.

Es una dependencia síquica, cuyo individuo siente una imperiosa necesidad de tomar droga o, en caso contrario, un desplome emocional cuando no la ingiere y una dependencia física producida por los terribles síntomas de abstinencia al no ingerirla.

La drogadicción causa problemas físicos, psicológicos, sociales y financieros. Se denomina drogadicción al estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga. Caracterizado por modificaciones del comportamiento, y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible al tomar la droga en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos síquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Al hablar de dependencia de una droga se refiere al uso compulsivo de este pero hay que diferenciar la dependencia física y síquica. En la primera se presenta el Síndrome de Abstinencia al dejar de consumir y en la segunda dicho síndrome no se presenta.

Se debe entender que el adicto seguirá siendo un adicto mientras viva, es decir, que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de allí en adelante, éste será un adicto en remisión, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia

## **CAUSAS**

### **Problemas familiares**

Los adolescentes al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos, por ejemplo por medio del alcohol y las drogas.

Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intra-familiar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), al sentir que no son

queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta.

Caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer o poder dejarla, a veces los adolescentes optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono.

El tiempo que persista el efecto de la droga en su organismo, es equivalente al del abandono de sus problemas, después, todo vuelve a la realidad, las situaciones preocupantes siguen ahí e incluso aumentan por la adicción generada.

### **Influencias sociales**

También recurren a las drogas cuando se presentan problemas en su alrededor. Por ejemplo: Al no ser aceptado por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos, hacerles creer que "los viajes" son lo máximo, o lo peor, caer en la influencia social. Los adictos pueden hacer los comentarios que quieran

sobre la persona que no está dispuesta a entrar en las drogas; los adolescentes deben ser muy conscientes de sí mismos y mantener su postura de decir NO.

Los jóvenes que no quieren consumir la sustancia, deben saber cuidarse de las amistades que manifiestan insistencia, pues su obsesión puede ser tan grande que estarán buscando el momento adecuado para inducirlos, por ejemplo, pueden disolver la droga en su bebida o en sus alimentos. Éstos esperarán el momento en que haga efecto la droga para poder dañarlos. Nunca deben aceptar estas cosas por parte de personas adictas y lo más conveniente es alejarse de ese tipo de grupos, que suelen llamarse "amigos".

Ser problemático puede ser causa de la influencia de los compañeros, como hacerlos caer en la delincuencia. Ya que los robos que son realizados por adictos, no son primordialmente por cuestiones de hambre, sino por la necesidad de seguir drogándose. Esto ocasiona tener problemas con las autoridades y posteriormente ser sometidos a las cárceles.

Cuando los adictos aún están en sus casas, presentan depresión y aislamiento mental, lo que provoca bajo rendimiento o ausentismo escolar y mala comunicación familiar.

## **Curiosidad**

En ocasiones los jóvenes con una curiosidad insana, por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga. Además algunas drogas como los inhalantes, son de fácil acceso para ellos, son autorizadas y vendidas a bajo costo en cualquier abastecimiento, lo que ocasiona ventaja de consumo.

Al aceptar el organismo la tranquilidad y relajación del efecto de la droga, ocasiona que éste exija el consumo nuevamente, pero con la misma dosis ya resulta insuficiente, lo que hace aumentar cada vez más la cantidad para sentir los mismos efectos, dando paso a la adicción. Algunos jóvenes que experimentan el sentir de bienestar o el simple hecho de "andar en un viaje" y que al consumir la droga su organismo los rechaza de una forma brusca, por lo general éstas personas no vuelven a intentarlo.

## **Problemas emocionales**

Cuando surgen los problemas en la vida de algunos adolescentes (regaños, golpes, desconfianza, incompreensión, conflictos económicos en la familia, padres adictos o divorciados, dificultad de aprendizaje e scolar, etc.), reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres,

amigos o conocidos. Estos jóvenes buscan la manera de que no les afecte gravemente en su estado emocional y utilizan una forma de salir de ellos con ayuda de una adicción.

Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) creen librarse de las dificultades, aunque no siempre recurren a las drogas, sino también se presenta en otro tipo de adicciones como:

- Comer demasiado- Pasar mucho tiempo en los videojuegos- Escuchar música- Jugar y apostar- Bailar- Ver televisión- Realizar colecciones de manera obsesiva, entre otros.

Estos últimos, generan una adicción por el uso frecuente en que recurren a ellos; aunque no son tan dañinos para la salud, son tomados para salir de las broncas, como una forma de tranquilizar su cólera.

## **CONSECUENCIAS DE LA DROGADICCIÓN**

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia.

Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes.

### **Según el tipo**

**Salud:** el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

**Salud psíquica:** Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

**Salud Física:** La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

**Social:** Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc.



Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como "solución".

El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestión.

**Legal:** Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley.

**Economía:** dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc. El uso continuo de drogas puede ser muy caro, ya que sus costos se elevan a cientos y, en ocasiones, a miles de dólares por año. Para sostener su hábito muchos usuarios recurren al crimen. Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento. A veces para poder sufragar los gastos de la adicción se ve obligado a recurrir a actividades ilegales.

**Relaciones:** La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

**Trabajo:** Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo.

**Conducta:** Como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi más importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.

## **Según El Nivel**

**Individual:** son los daños experimentados por el propio consumidor de drogas.

**Comunidad:** el consumo de drogas genera multitud de consecuencias negativas para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos.

**Sociedad:** en la sociedad produce efectos sobre la estructura y organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad, presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes.

**Efectos de la droga en la familia:** Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometido por el adicto a la droga. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de

ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja. Los miembros de la familia que niegan que exista un problema o permiten que el adicto continúe con el uso de la droga se consideran co-dependientes. La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga.

Familias en riesgo de que sus miembros sean consumidores de drogas. Los miembros de la familia no expresan sus sentimientos. Sólo ciertos sentimientos son aceptados.<sup>4</sup>

## **2.3.- Planteamiento de la hipótesis**

### **2.3.1.- Hipótesis General**

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual garantizaremos el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012

---

<sup>4</sup> [www.andenes.org/alcoholismo-drogadiccion.htm](http://www.andenes.org/alcoholismo-drogadiccion.htm)

### **2.3.2.- Hipótesis Particulares**

Si aplicamos psicoterapia cognitivo conductual mejoraremos el tratamiento de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo.

Si aplicamos psicoterapia cognitivo conductual garantizaremos la recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo.

## **2.4. Variable**

### **2.4.1. Variables independientes**

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual

### **2.4.2. Variables dependientes**

Mejoraremos el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo.

## 2.5.- Operacionalización de la Hipótesis

Cuadro 1. Operacionalización de la hipótesis

Concepto	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas instrument os
<p>La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo de pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás.</p> <p><b>Tratamiento.-</b> En este caso, la noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de <b>terapia</b>. Puede tratarse de un conjunto de medios de cualquier clase: quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, etc. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un <b>diagnóstico</b>.</p>	<p>Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual</p> <p>Mejoraremos el tratamiento de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo.</p> <p>Mejoraremos la recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo.</p>	<p>-Aplicación</p> <p>-Tipo de factores</p> <p>-Incidencia</p> <p>-Tipo de respuestas Psicológicas</p>	<p>-¿Se aplica psicoterapia cognitiva conceptual en los internos?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de ansiedad?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de depresión?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de angustia?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de baja autoestima?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de frustración?</p> <p>-¿Los internos presentan problemas de agresividad?</p> <p>-¿Los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?</p>	<p>Entrevista a profesionales y encuestas a los internos y familiares.</p>

## **CAPÍTULO III**

### **3.- DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de investigación.**

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se va a clasificar elementos y estructuras para caracterizar una realidad y,

Explicativa, porque permite un análisis del fenómeno para su rectificación.

#### **3.2. Universo y muestra**

##### **3.2.1.- Población**

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación, en este caso tenemos una población de estudio determinada en 45 internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo y una población de 1 administrador, 1 psicólogo y 2 asistentes.

### **3.2.2.- Muestra**

Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación

Las encuestas se aplicarán a los 45 internos, y a 4 profesionales de la clínica La Mano Amiga, del cantón Quevedo, Provincia de los Ríos.

### **3.3. Métodos y técnicas de recolección de datos**

#### **3.3.1. Métodos**

**3.3.1.1.- Método Inductivo.-** Va de lo particular a lo general. Es decir, partir del conocimiento de cosas y hechos particulares que se investigaron, para luego, utilizando la generalización y se llega al establecimiento de reglas y leyes científicas.

**3.3.1.2.- Método deductivo.-** Es el proceso que permite presentar conceptos, principios, reglas, definiciones a partir de los cuales, se analiza, se sintetiza compara, generaliza y demuestra.

**3.3.1.3.- Método descriptivo.-** Lo utilice en la descripción de hechos y fenómenos actuales por lo que digo: que este método me situó en el presente.



No se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompaña, me integro el análisis reflexión y a una interpretación imparcial de los datos obtenidos y que permiten concluir acertadamente mi trabajo.

### **3.3.2. Técnicas de recolección de datos**

**3.3.2.1.- Cuestionario para la encuesta:** Es la técnica que a través de un cuestionario permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella.

### **3.4. Procedimiento.**

- Una vez concluida la aplicación de la entrevista, procederemos a clasificar la información y a tamizar, primero en forma general por cada extracto y luego pregunta por pregunta, para elaborar los gráficos estadísticos que correspondan al análisis e interpretación de los resultados obtenidos y poder sacar las respectivas conclusiones y recomendaciones

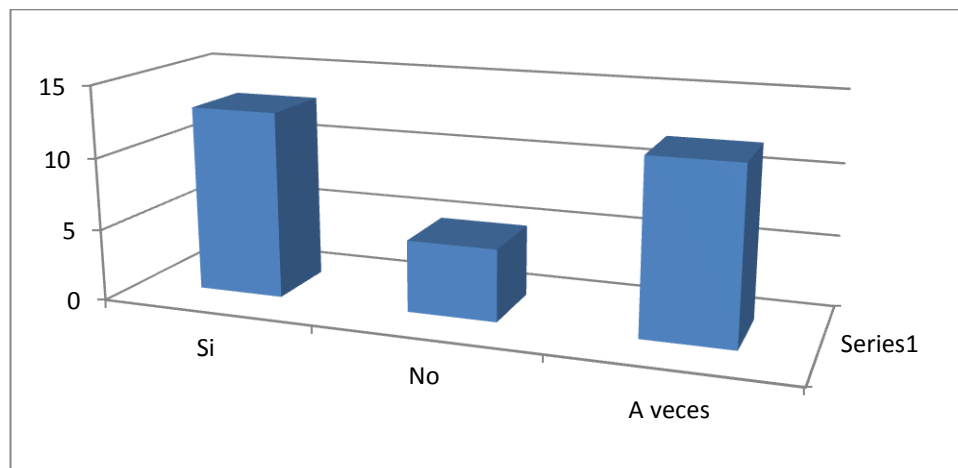
## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

#### 4.1. Encuesta dirigida a los internos

1).- ¿Se les aplica psicoterapia cognitiva conceptual a los internos?

Respuesta	#	%
Si	21	47
No	10	22
A veces	14	31
Total	45	100



#### Análisis

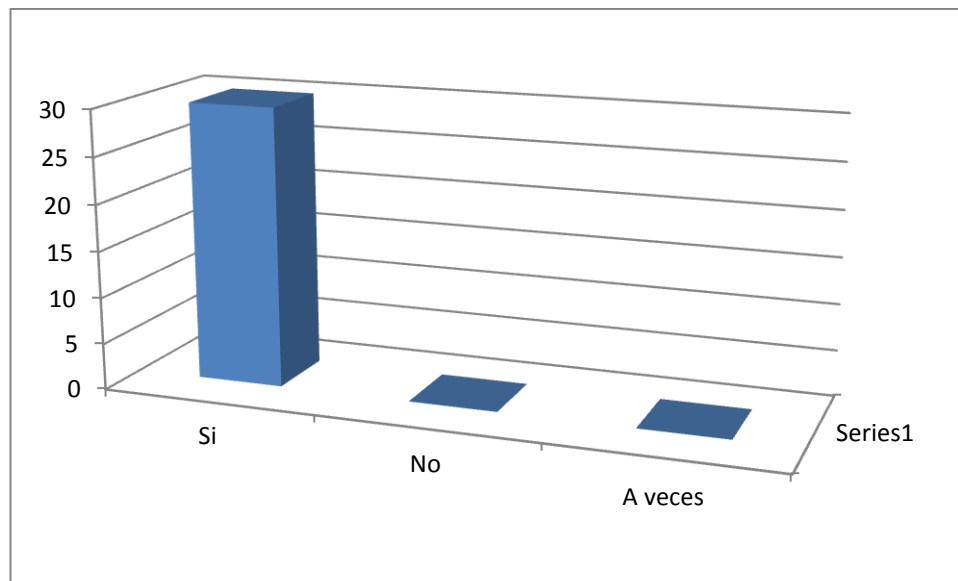
De la investigación realizada, el 47% manifiesta que si aplican terapia cognitiva conceptual a los internos, mientras que un 22% dice que no y un 31% dice que solo a veces

#### Interpretación

Pocas veces se aplica terapia cognitiva conductual a los internos

2).- ¿Presentan problemas de cansancio?

Respuesta	#	%
Si	45	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	45	100



### **Análisis**

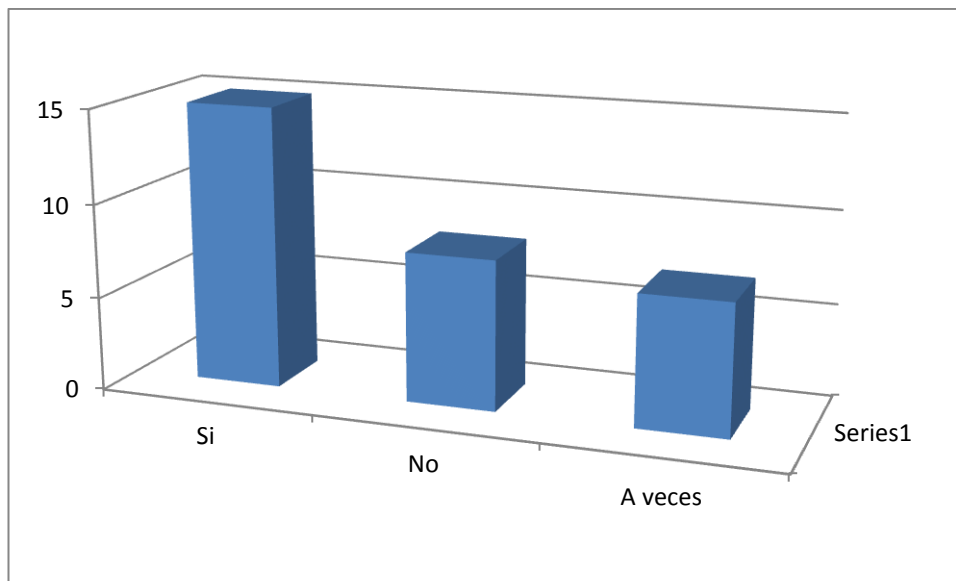
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos presentan problemas de cansancio

### **Interpretación**

Los internos presentan problemas de cansancio

3).- ¿Presentan problemas de hipertensión?

Respuesta	#	%
Si	25	55
No	8	18
A veces	12	27
Total	45	100



### **Análisis**

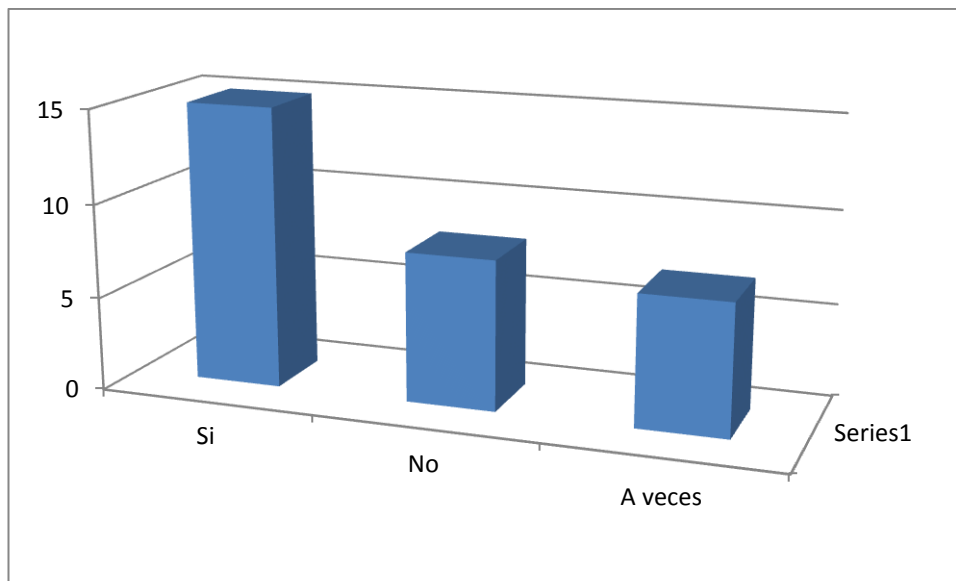
De la investigación realizada, el 55% manifiesta que los internos si presentan problemas de hipertensión, el 18% dice que no y 27% dice que solo a veces

### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de hipertensión

4).- ¿Presentan problemas angustia?

Respuesta	#	%
Si	25	55
No	8	18
A veces	12	27
Total	45	100



### **Análisis**

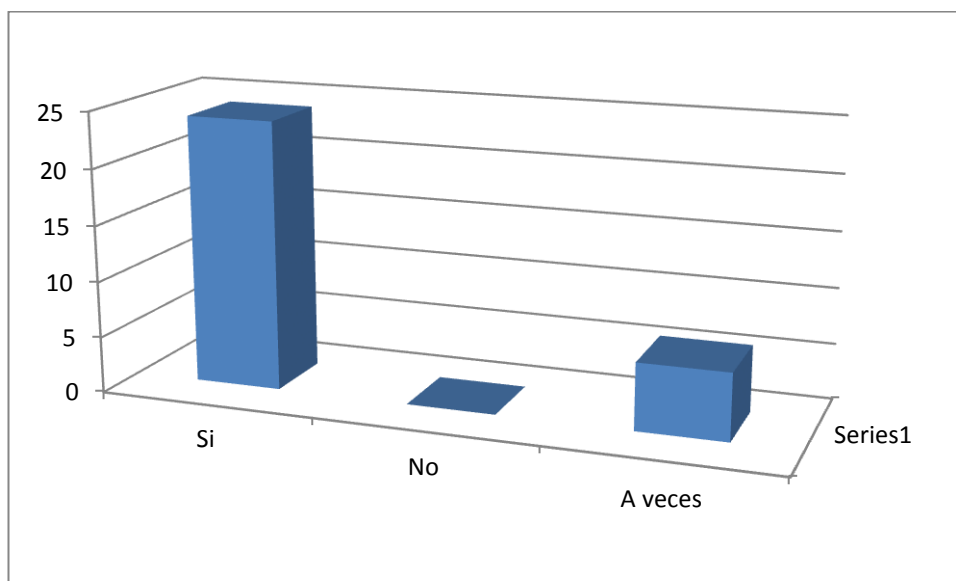
De la investigación realizada, el 55% manifiesta que los internos presentan problemas de angustia, el 18% dice que no y 27% dice que solo a veces

### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de angustia

5).- ¿Presentan problemas de depresión?

Respuesta	#	%
Si	40	89
No	0	0
A veces	5	11
Total	45	100



### **Análisis**

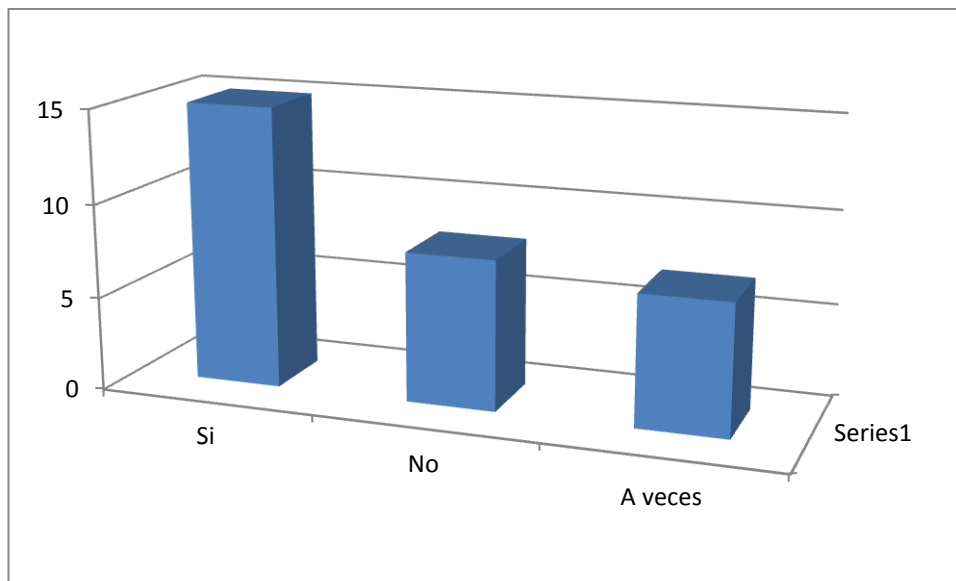
De la investigación realizada, el 89% manifiesta que los internos presentan problemas de depresión, mientras que un 11% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los internos que presentan problemas de depresión

6).- ¿Presentan problemas de frustración?

Respuesta	#	%
Si	25	55
No	8	18
A veces	12	27
Total	45	100



### **Análisis**

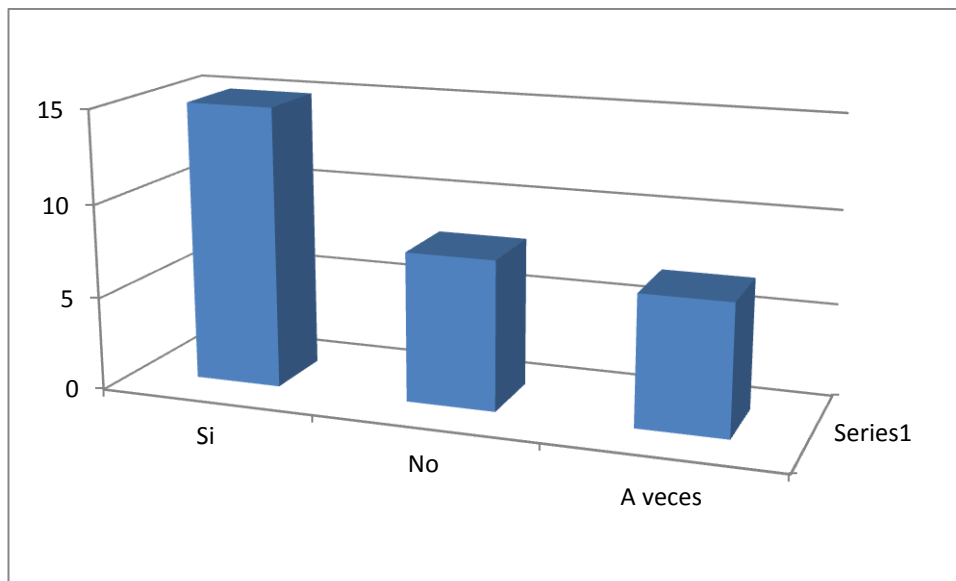
De la investigación realizada, el 55% manifiesta que los internos presentan problemas de frustración, el 18% dice que no y 27% dice que solo a veces

### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de frustración

7).- ¿Presentan problemas de agresividad?

Respuesta	#	%
Si	25	55
No	8	18
A veces	12	27
Total	45	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 55% manifiesta que los internos presentan problemas de agresividad, el 18% dice que no y 27% dice que solo a veces

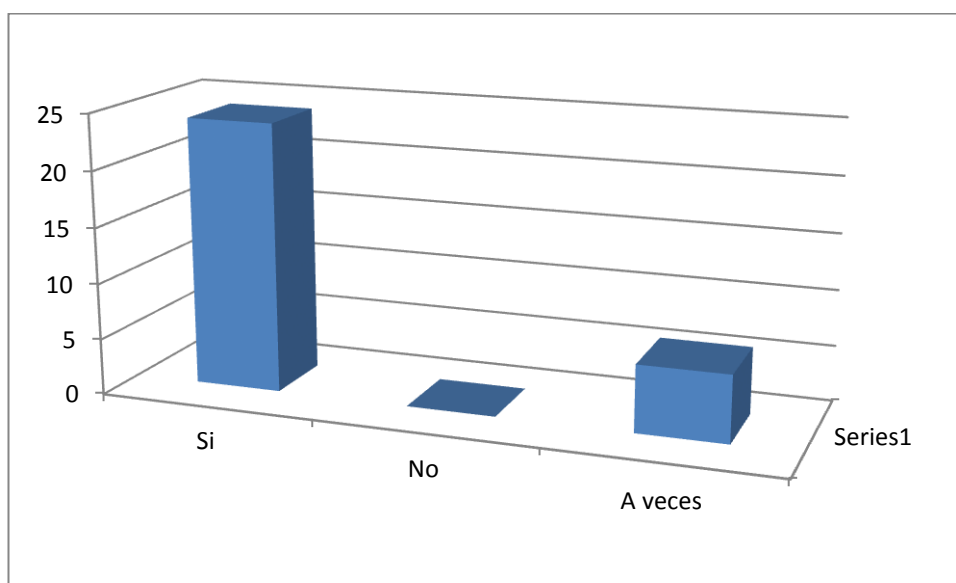
### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de agresividad



8).- ¿Cuando se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos?

Respuesta	#	%
Si	34	76
No	0	0
A veces	11	24
Total	45	100



### **Análisis**

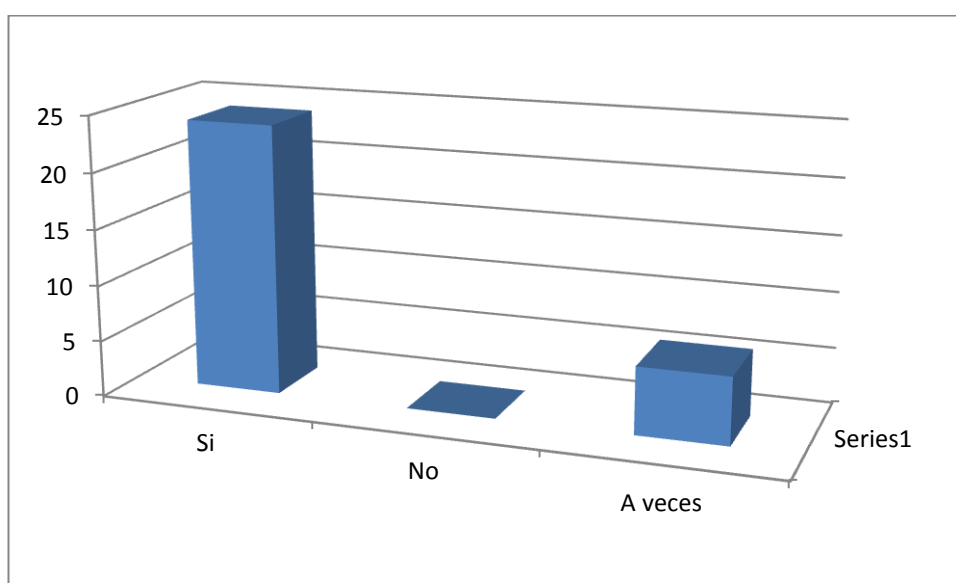
De la investigación realizada, el 76% manifiesta que a los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos, mientras que un 24% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los internos a los que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos

9).- ¿Cuándo se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?

Respuesta	#	%
Si	34	76
No	0	0
A veces	11	24
Total	45	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 76% manifiesta que a los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos, mientras que un 24% dice que solo a veces.

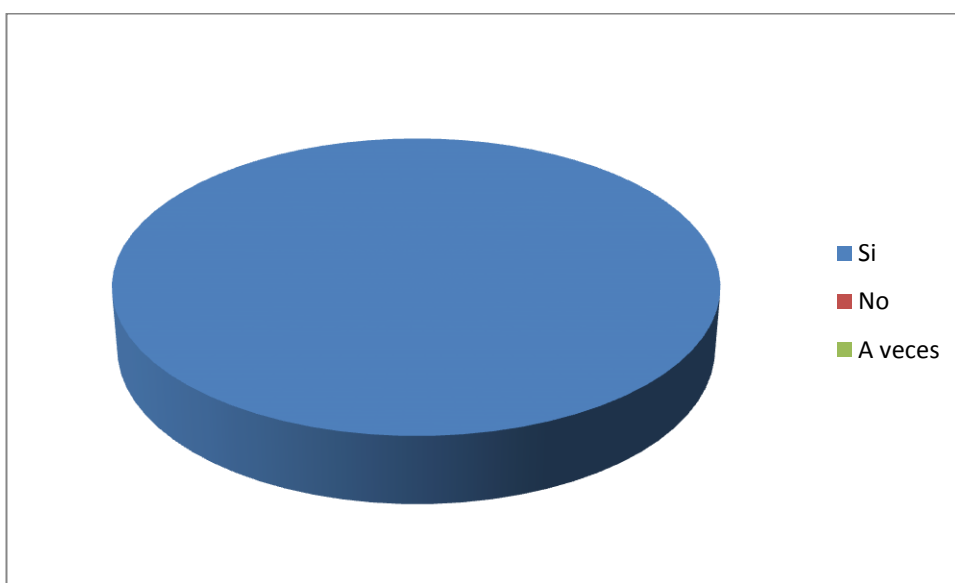
### **Interpretación**

La mayoría de los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos.

## 4.2. Entrevistas dirigidas a los profesionales de la clínica

1).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de cansancio?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



### Análisis

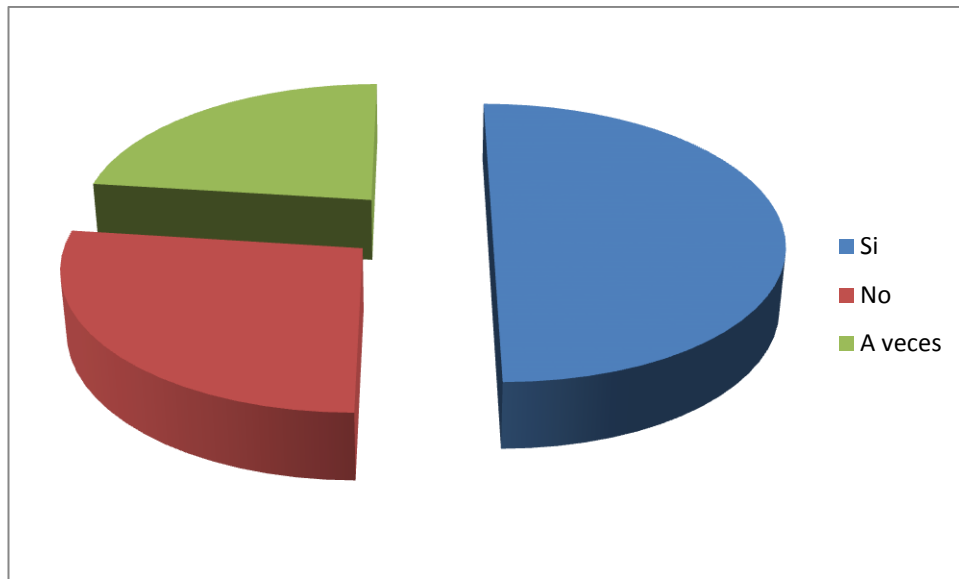
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los internos presentan problemas de cansancio

### Interpretación

Los internos presentan problemas de cansancio

2).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de hipertensión?

Respuesta	#	%
Si	2	50
No	1	25
A veces	1	25
Total	4	100



### Análisis

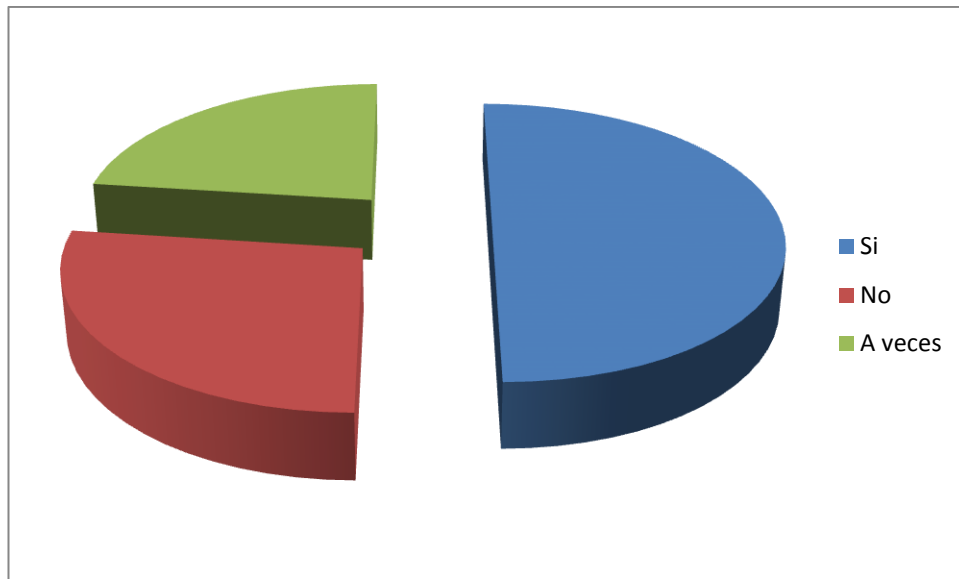
De la investigación realizada, el 50% manifiesta que los internos si presentan problemas de hipertensión, el 25% dice que no y 25% dice que solo a veces

### Interpretación

Son pocos los internos que presentan problemas de hipertensión

3).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de angustia?

Respuesta	#	%
Si	2	50
No	1	25
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

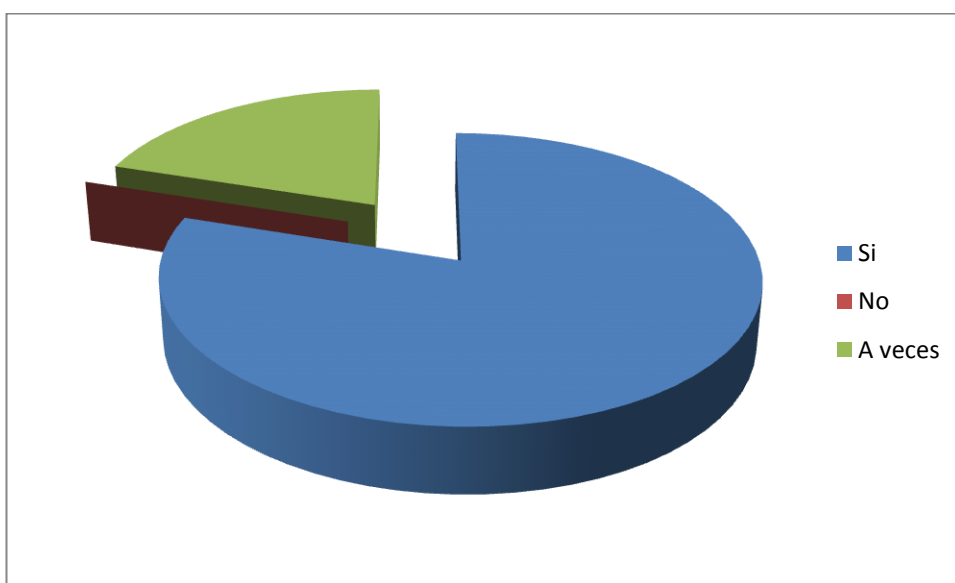
De la investigación realizada, el 50% manifiesta que los internos presentan problemas de angustia, el 25% dice que no y 25% dice que solo a veces

### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de angustia

4).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de depresión?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

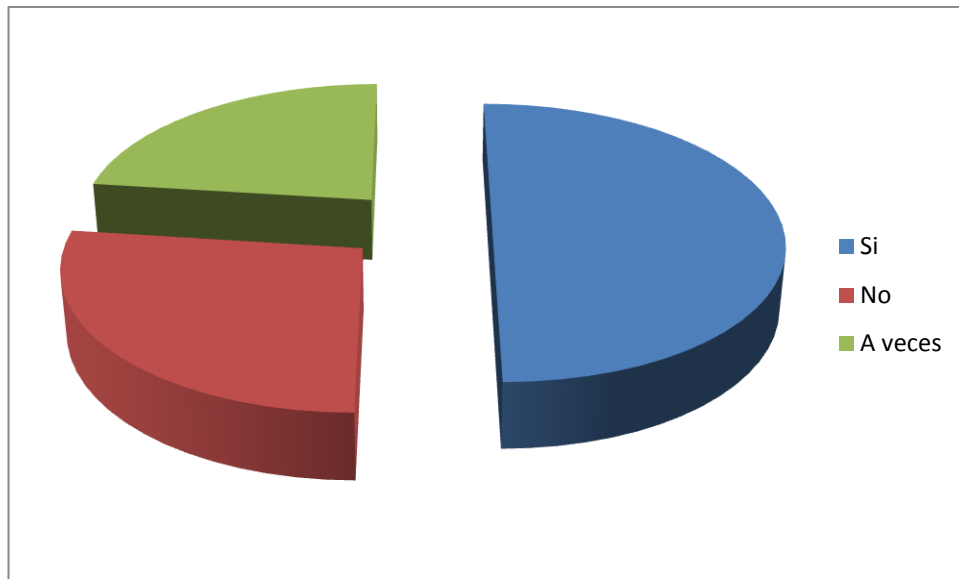
De la investigación realizada, el 75% manifiesta que los internos presentan problemas de depresión, mientras que un 25% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los internos que presentan problemas de depresión

5).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de frustración?

Respuesta	#	%
Si	2	50
No	1	25
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

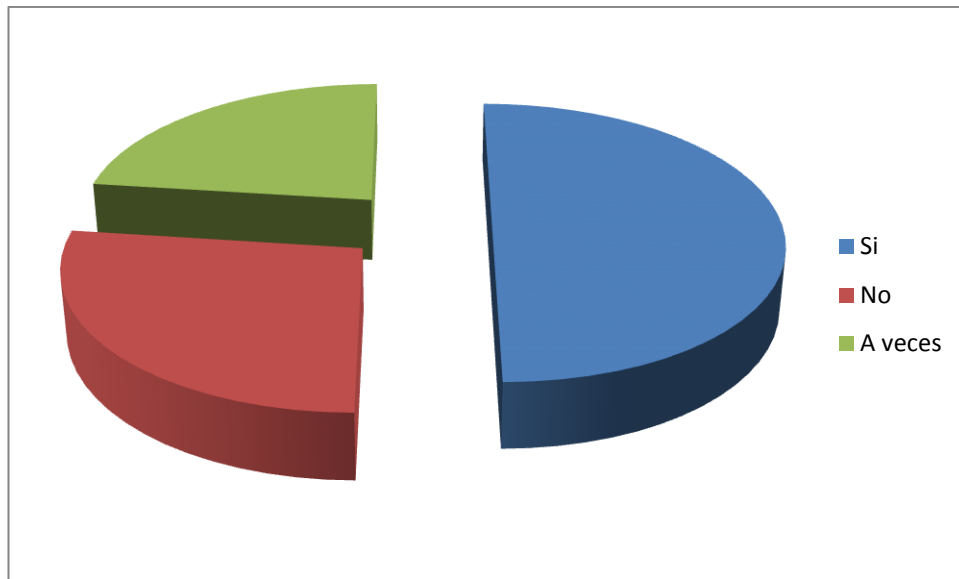
De la investigación realizada, el 50% manifiesta que los internos presentan problemas de frustración, el 25% dice que no y 25% dice que solo a veces

### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de frustración

6).- ¿Conoce usted si los internos presentan problemas de agresividad?

Respuesta	#	%
Si	2	50
No	1	25
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 50% manifiesta que los internos presentan problemas de agresividad, el 25% dice que no y 25% dice que solo a veces

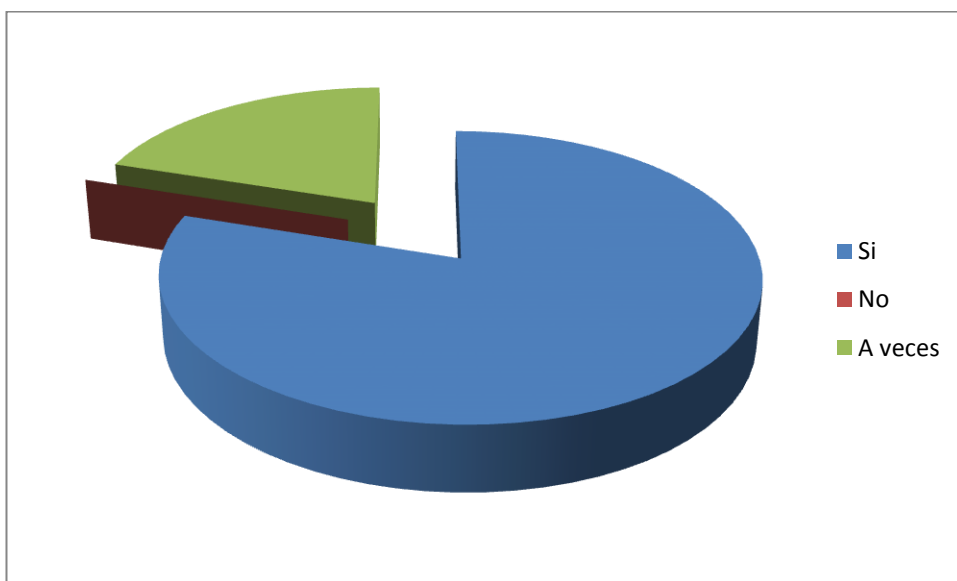
### **Interpretación**

Son pocos los internos que presentan problemas de agresividad



7).- ¿Conoce usted si los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

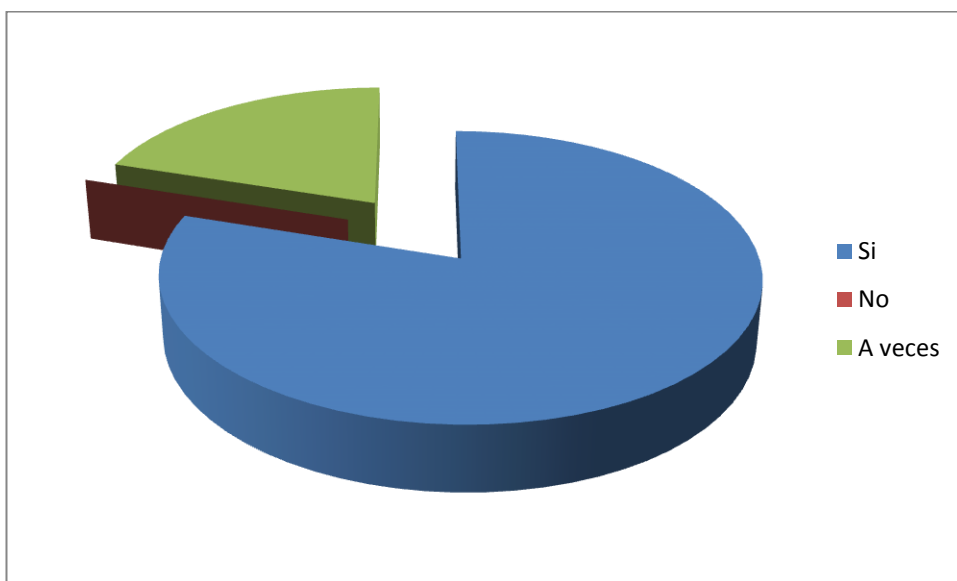
De la investigación realizada, el 75% manifiesta que a los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos, mientras que un 25% dice que solo a veces

### **Interpretación**

La mayoría de los internos a los que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos

8).- ¿Conoce usted si los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



### **Análisis**

De la investigación realizada, el 75% manifiesta que a los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos, mientras que un 25% dice que solo a veces.

### **Interpretación**

La mayoría de los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos.

### **4.3. Comprobación de la hipótesis**

Una vez realizada la investigación se pudo comprobar que: Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual garantizaremos el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012

### **4.4. Conclusiones**

- Pocas veces se aplica terapia cognitiva conductual a los internos
- Los internos presentan problemas de cansancio
- Son pocos los internos que presentan problemas de hipertensión
- Son pocos los internos que presentan problemas de angustia
- La mayoría de los internos presentan problemas de depresión
- Son pocos los internos que presentan problemas de frustración
- La mayoría de los internos que presentan problemas de agresividad
- La mayoría de los internos a los que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos
- La mayoría de los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos.

#### **4.5. Recomendaciones**

- Se debe aplicar terapia cognitiva conductual a todos los internos durante su tratamiento y recuperación, de manera especial a los internos que presentan problemas de cansancio, hipertensión, angustia, depresión, frustración o agresividad
- Los programas de terapia cognitiva conductual debe ser destinadas también a los internos con problemas fisiológicos.

## **CAPÍTULO V**

### **5. PROPUESTA ALTERNATIVA**

#### **5.1. Título**

Programa de terapia cognitiva conductual dirigida a los internos de la Clínica de Rehabilitación La Mano Amiga

#### **5.2. Objetivos**

##### **5.2.1. Objetivo general**

Diseñar un programa de terapia cognitiva conductual dirigida a los internos de la Clínica de Rehabilitación La Mano Amiga

##### **5.2.2. Objetivos específicos**

Investigar las necesidades presentes en el tratamiento de los internos

Determinar las terapias de acuerdo a las necesidades encontradas

Diseñar el programa de terapia cognitivo conductual

## **CAPÍTULO VI**

### **6. MARCO ADMINISTRATIVO**

#### **6.1.- Recursos**

##### **Humanos**

Se utilizaron dos personas para realizar las encuestas.

Una persona para realizar los trabajos de tabulación

Un Director de tesis

Un Lector de tesis

##### **Materiales**

- Un computador
- Una oficina
- Material Logístico

## 6.2.- Presupuesto

CONCEPTO	VALOR UNIT	VALOR/SUBT
Una persona para realizar las encuestas y la tabulación	\$10 C/DIA	\$ 50.00
Alquiler de proyector	5 día	\$5.00
Alquiler de un computador	20 días \$ 1 c/hora	\$ 50.00
Viáticos y subsistencia	\$ 5 c/día	\$ 200.00
Material Logístico	\$ 50	\$ 100.00
Elaboración de encuestas	0.03 c/una	\$1.50
Elaboración de la tesis (Impresión y empastados)		\$ 100.00
TOTAL		\$ 506,50

### 6.3.- Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2012																					
	S E P				O C T				N O V				D I C				E N E					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Enunciado de Problema y Tema	X																					
Formulación del Problema		X	X																			
Planteamiento del Problema				X	X																	
Formulación de Objetivos					X	X																
Marco teórico de la Investigación								X	X	X												
Hipótesis											X	X										
Variables y Operacionalización												X										
Metodología, Nivel y Tipo													X	X								
Aplicación de Encuestas															X							
Análisis de Resultados																X						
Conclusiones, Recomendaciones y Propuesta																	X					
Revisión Final del Tutor																		X				
Revisión Final del Lector																			X			
Sustentación Previa																				X		
Sustentación Final																				X		



## CAPÍTULO VII

### 7. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

#### 7.1. Bibliografía

- Navarro Cueva, R.: (1994) “Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración”, en Aprendizaje y Comportamiento, vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.
- Pérez Álvarez, M.: (1996) “La psicoterapia desde el punto de vista conductista”, Biblioteca Nueva, Madrid. Primera parte: Historia epistemológica de la terapia de conducta, págs. 15-75.
- Leary, Mark. (1991) “Introduction to Behavioral Research Methods”, Wadworth Publishing Company, Belmont, California.
- Archivos y estadísticas del Consejo Nacional de Tránsito
- Tomado de: psicologia.com - Revista Internacional On-line vol.7 nº 2 - Jul 2003
- PORTUGAL FERNÁNDEZ, Rafael \*; Jesús Pérez Hornero\*\*;
- IGLESIAS GARCÍA, María del Carmen. Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España

- Especialista en Psicología clínica, Unidad de Trastornos de la Alimentación, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España
- Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España
- [www.autoescuelastop.cl/descargas/psicologia.pdf](http://www.autoescuelastop.cl/descargas/psicologia.pdf)

## 7.2. Anexos

### Anexo # 1

#### ENCUESTA

Cuestionario de encuesta realizada a los internos, con respecto al tema “Psicoterapia cognitivo conductual y el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012”.

De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente:

1).- ¿Se aplica algún tipo de terapia en los internos con problemas de cansancio?

Si                      No                      A veces

2).- ¿Los internos presentan problemas de cansancio?

Si                      No                      A veces

3).- ¿Los internos presentan problemas de hipertensión?

Si                      No                      A veces

4).- ¿Los internos presentan problemas de economía?

Si                      No                      A veces

5).- ¿Los internos presentan problemas de compañerismo?

Si                      No                      A veces

6).- ¿Los internos presentan problemas de salud?

Si                      No                      A veces

7).- ¿Los internos presentan problemas de agresividad con el vehículo?

Si                      No                      A veces

8).- ¿Los internos que se les aplica terapia se les reduce los problemas fisiológicos?

Si                      No                      A veces

9).- ¿Los internos que se les aplica terapia se les reduce los problemas psicológicos?

## Anexo # 2

### ENTREVISTA

Cuestionario de entrevista realizada a los profesionales de la clínica, con respecto al tema “Psicoterapia cognitivo conductual y el tratamiento y recuperación de los internos de la clínica de rehabilitación La Mano Amiga, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el año 2012”.

De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente.

1).- ¿Se aplica alguna terapia cognitiva conceptual en los internos con problemas de cansancio?

Si                      No                      A veces

2).- ¿Los internos presentan problemas de cansancio?

Si                      No                      A veces

3).- ¿Los internos presentan problemas de hipertensión?

Si                      No                      A veces

4).- ¿Los internos presentan problemas de económica?

Si                      No                      A veces

5).- ¿Los internos presentan problemas de compañeros?

Si                      No                      A veces

6).- ¿Los internos presentan problemas de salud?

Si                      No                      A veces

7).- ¿Los internos presentan problemas de agresividad con el vehículo?

Si                      No                      A veces

8).- ¿Los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos?

Si                      No                      A veces

9).- ¿Los internos que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?

Si                      No                      A veces