

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"

AUTORES:

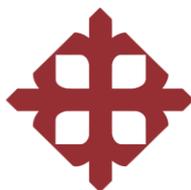
**Anchundia Cedeño, Luis Antonio
Velasco Recalde, María Nathalia**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciatura en Psicología Clínica**

TUTOR:

**Psi. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs
Guayaquil, Ecuador**

7 de septiembre del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

TUTORA

f. _____

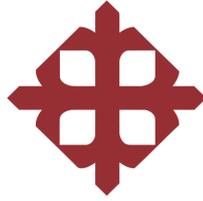
Psi. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Cl. Alexandra Patricia Galarza Colamarco

Guayaquil, 7 de septiembre del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros: Anchundia Cedeño, Luis Antonio y Velasco Recalde, María
Nathalia

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de recuperación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"**, ha sido desarrollado respetando los derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 7 de septiembre del 2021

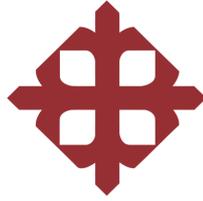
AUTORES:

f. 

Anchundia Cedeño, Luis Antonio

f. 

Velasco Recalde, María Nathalia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Anchundia Cedeño, Luis Antonio y Velasco Recalde, María Nathalia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación, **Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de recuperación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 7 de septiembre del 2021

AUTORES:

f. 

Anchundia Cedeño, Luis Antonio

f. 

Velasco Recalde, María Nathalia

INFORME DE URKUND



Document Information

Analyzed document	Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones Un nuevo amanecer.docx (D111767432)
Submitted	8/28/2021 3:22:00 AM
Submitted by	
Submitter email	luis.anchundia@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	carolina.penafiel.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

TEMA: "Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"."

ESTUDIANTES:

Anchundia Cedeño, Luis Antonio
Velasco Recalde, María Nathalia

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Mgs. Carolina Peñafiel Torres.
DOCENTE TUTOR

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los miembros directivos del Centro de Rehabilitación Especializado en Adicciones “Un Nuevo Amanecer”, por darnos la oportunidad de servir.

Agradezco a mis padres, a mi familia y a mi novia por todo el apoyo incondicional que me han brindado en esta etapa académica.

Agradezco a todas aquellas personas que con el pasar del tiempo de mi carrera universitaria se convirtieron en grandes amigos. Gracias Karen;

Kevin; Xavier; Nathalia; Jorge; Stephania, por siempre apoyarnos y ayudarnos mutuamente.

A mi persona, por no rendirme y por siempre alentarme a demostrar lo mejor de mí.

¡Los quiero, los amo, los aprecio, gracias totales!

Luis Anchundia Cedeño

En primer lugar, agradezco a Dios por darme salud y permitirme culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco a mis padres por estar a mi lado en todo paso que doy, más que nada a mi madre quien siempre me apoyo en todos los sentidos y hasta el último momento.

Agradezco a todas las amistades que me deja la universidad y que hicieron más divertido el camino. Mi compañero de tesis, con quien emprendí este viaje desde las prácticas, hasta el desarrollo de este trabajo.

Agradezco a mi novio por el apoyo mutuo en todo este recorrido.

Siempre tendrán mi gratitud por su acompañamiento y ayuda en todo este sendero universitario.

Nathalia Velasco Recalde

DEDICATORIA

A mis padres Luis Anchundia y Jennifer Cedeño, por el esfuerzo que han venido realizando para que yo consiga mis metas académicas.

A mi novia, Andrea Valencia, por brindarme su apoyo y palabras de aliento para así alcanzar mis objetivos.

A mis tías, tíos y abuelos por apoyarme en cualquier meta que me proponga.

A cada persona que está en un proceso de rehabilitación, luchando contra su adicción a las drogas, cada uno vive y lucha sus propias batallas.

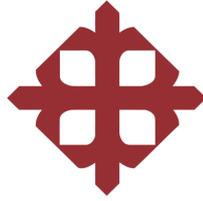
Luis Anchundia Cedeño

Dedico este trabajo a todos esos guerreros que están inmersos en el mundo de las drogas y quieren reformarse, en este proceso cada persona tiene su tiempo y su forma de sobrellevar la experiencia. ¡No te rindas!

A mis padres, por estar presentes en todo este proceso y hacer un esfuerzo en apoyarme siempre en este camino que voy formando poco a poco en el ámbito profesional.

A mi persona, por siempre demostrarme lo alto que puedo llegar y que siempre puedo superarme a mí misma.

Nathalia Velasco Recalde



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Alexandra Patricia Galarza Colamarco
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Francisco Martínez Z., Mgs
DOCENTE ESPECIALIZADO EN EL ÁREA

f. _____

Psic. Carlota Álvarez Chaca, MGS
OPONETE

Índice general

Resumen	XIII
Introducción	2
CAPÍTULO 1	4
FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 fundamentación del problema	10
1.3 Causas de la problemática	15
1.4 Efectos de la problemática	16
1.5 Planteamiento del problema desde el punto de vista cognitivo conductual	22
1.6 visiones de las necesidades, interés, problema, soluciones (nips)	23
CAPÍTULO 2	24
2. BASES LEGALES, INSTITUCIONALES Y TEÓRICAS	24
2.1. Bases legales	24
2.2. Parámetros y reglamentos del centro de recuperación “Un nuevo amanecer” sobre la atención a los pacientes.	32
2.3. Historia de la terapia racional emotiva conductual	39
2.4. Postulados Básicos de la Terapia racional emotiva conductual	41
2.5. Herramientas de intervención	46
2.6. Definición de conceptos	49
CAPÍTULO 3	51
3. PROPÓSITOS Y FINALIDADES QUE SE BUSCAN CON LA PROPUESTA	51
3.1. Objetivos de la propuesta	51
3.2. Objetivo General	52
3.3. Objetivos específicos	52
3.4. Pretensiones iniciales	52
3.5. Población beneficiaria	53
3.6. Metodología	53

3.7. Estrategia de la propuesta	54
3.8. Resultados de la investigación	55
CAPÍTULO 4	63
ESTRUCTURA Y PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	63
4.1. Estructuración de la propuesta	63
4.2. Datos generales de los talleres	66
4.3. Planificación de los talleres	67
Conclusión	88
Recomendaciones	90
Bibliografía	91
ANEXOS	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoría de Ellis	41
Figura 2 Esquema ABC de Ellis.	42
Figura 3 Consecuencia del Esquema ABC	43
Figura 4 Emociones Adecuadas	44
Figura 5 Emociones Inadecuadas.	44
Figura 6 Malestares Emocionales.	45
Figura 7 Edades de los Pacientes.	56
Figura 8 Estado Civil de los Pacientes	56
Figura 9 Tiempo de Consumo	57
Figura 10 Internamiento Voluntario	58
Figura 11 Dejar el Consumo	58
Figura 12 Razones para Recuperarse	59
Figura 13 Reforzar un Aspecto Propio.	60
Figura 14 Atención psicológica	61
Figura 15 Reestructuración Cognitiva	61
Figura 16 Lidiar con la ansiedad.	62
Figura 17 Taller 1	67
Figura 18 Taller 2	70
Figura 19 Taller 3	73
Figura 20 Taller 4	77
Figura 21 Taller 5	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Ruta de Atención	38
Tabla 2	Técnicas Utilizadas en Sesión	48
Tabla 3	Técnicas Utilizadas en Casa	49
Tabla 4	Fases de los talleres	64
Tabla 5	Datos Generales	65

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas no es algo que solo se da en la actualidad, sino más bien es un hábito que viene dándose con anterioridad. Una vez el sujeto está inmerso en el consumo y dependencia del tóxico, debe ingresar en un centro de rehabilitación, donde realizarán su tratamiento de rehabilitación y logren obtener una recuperación óptima. No obstante, la estancia dentro del centro de rehabilitación no siempre es placentera en su totalidad. El estar privados de salir o de ver a sus familiares desencadena malestar y ansiedad, también la convivencia con otras personas con las cuales no se crea vínculos y suelen haber desacuerdos, finalmente adaptarse a una rutina diaria que no todos aceptan dado que es muy diferente a su a estilo de vida que llevaban fuera. Muchas veces la ansiedad experimentada no deja que el paciente interno pueda concentrarse en su tratamiento de recuperación, ya que su atención la desvían al malestar que sienten y así se obstaculiza su rehabilitación. La problemática se abordará desde el corriente cognitivo conductual, realizando terapia grupal e intervenciones desde la Terapia Racional Emotiva Conductual, trabajando los pensamientos automáticos que se pueden transformar en creencias irracionales y depositan angustia y ansiedad en el sujeto. Mediante la reestructuración cognitiva, transformar las creencias irracionales en creencias racionales que funcionan como vías alternas más adaptables para abordar una problemática a futuro y así proseguir con su tratamiento de recuperación sin distracciones y obstáculos, logrando hacer más llevadera su experiencia en el centro de rehabilitación.

Palabras clave: Ansiedad generalizada, Creencias irracionales, Terapia cognitiva, Técnicas grupales, Grupo operativo, Reestructuración cognitiva, Creencias racionales

Abstract

The use of psychoactive substances is not something that only occurs at present, but rather it is a habit that has been occurring previously. Once the subject is immersed in the consumption and dependence of the drugs, they must enter a rehabilitation center, where they will carry out their rehabilitation treatment and achieve optimal recovery. However, the stay inside the rehabilitation center is not always pleasant in its entirety. Being deprived of going out or seeing family members triggers discomfort and anxiety, also living with other people with whom bonds are not created and there are usually disagreements, finally adapting to a daily routine that not everyone accepts since it is very different from their lifestyle that when they were outside. Many times, the anxiety experienced does not allow the inpatient to focus on their recovery treatment, as their attention is diverted to the discomfort they feel and thus their rehabilitation is hampered. The problem will be approached from the cognitive behavioral current, carrying out group therapy and interventions from Rational Emotive Behavioral Therapy, working on automatic thoughts that can be transformed into irrational beliefs and deposit anguish and anxiety in the subject. Through cognitive restructuring, turn irrational beliefs into rational beliefs that function as more adaptable alternative ways to address a future problem and thus continue with your recovery treatment without distractions and obstacles, making your experience in the rehabilitation center more bearable.

Keywords: Generalized anxiety, Irrational beliefs, Cognitive therapy, Group techniques, Operative group, Cognitive restructuring, Rational beliefs

Introducción

La presente propuesta tiene como finalidad implementar intervenciones terapéuticas hacia los pacientes internos en el centro de recuperación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer” que llegan a presentar estados de ansiedad debido al internamiento, mediante la Técnica Racional Emotiva Conductual (TREC), la cual permitirá prevenir posibles conductas inadecuadas o disruptivas en los pacientes del centro, buscando así causar conductas resilientes, promoviendo así a que aprendan a lidiar con el estrés y ansiedades que se suelen dar por la rigidez de ciertas normas de los centros especializados en tratar el consumo de tóxicos

Esta tesis se constituye de cuatro capítulos, los cuales constan de:

Capítulo I: Para comenzar, se plantea los temas notables para la propuesta y los que giran en torno a los centros de recuperación especializados en drogas, con sus respectivas definiciones desde distintas posturas internacionales y nacionales, permitiendo así tener un contexto más claro sobre la problemática a tratar, la cual es considerada como una de las más perjudicial para las sociedades. Por consiguiente, se optó por recopilar información de diferentes instituciones especializadas en trabajar de forma cualitativa y cuantitativa sobre el consumo de drogas, lo que permitirá obtener datos estadísticos y datos propios y característicos. Así mismo se realizó un breve investigación y análisis por las distintas instituciones nacionales e internacionales para dar a conocer los efectos y causas de la problemática la cual se buscará dar a conocer desde el punto de vista cognitivo conductual.

Capítulo II: En este capítulo se profundiza y plantea las distintas disposiciones legales que son planteadas a nivel general para el adecuado tratamiento hacia personas con problemas crónicos de consumo, las cuales han sido recopiladas y extraídas de organizaciones internacionales y nacionales como: El manual de las Naciones unidas, abuso de drogas tratamiento y rehabilitación, Mecanismo de Evaluación Multilateral-Ecuador, la Constitución de la República del Ecuador, El Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y

Cultos, y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Se tomarán en cuenta los parámetros y reglamentos del centro de recuperación “Un Nuevo Amanecer” sobre la atención a los pacientes. Por consiguiente, se realizará una reseña sobre la Terapia Racional Emotiva Conductual, y cómo esta puede ayudar.

Capítulo III: En este siguiente capítulo describan las metas definidas de la propuesta, los objetivos propuestos para la realización de la presente tesis, la metodología y las estrategias que se tomarán y usarán para dar cumplimiento a cada uno. Así mismo, se presentarán los resultados obtenidos a partir de la realización de entrevistas y de una encuesta, las cuales permitieron recoger datos estadísticos sobre las distintas posturas que presentan los pacientes en el proceso de rehabilitación. Las encuestas fueron realizadas a un grupo de pacientes escogidos para la investigación.

Capítulo IV: Este capítulo final consta de la propuesta de talleres que se han desarrollado para la intervención con el grupo de pacientes escogidos de la clínica de recuperación “Un Nuevo Amanecer”. Se realizaron cinco talleres en los cuales se procuró brindar recursos y herramientas al grupo seleccionado de pacientes, para que puedan sobrellevar su estadía dentro del centro de rehabilitación de una forma más llevadera, haciendo frente a situaciones estresores o ansiógenas de manera más funcional para sí mismo y para su entorno dentro del centro. Se encontrará la respectiva conclusión de la presente investigación con las respectivas recomendaciones.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

1.1 Planteamiento del problema

La presente propuesta de intervención se enfocará en abordar y analizar la ansiedad como sintomatología generada por el internamiento de una persona en un centro de recuperación especializado en adicciones y a partir del conocimiento de la problemática, se planteará un programa de intervención terapéutica psicológica basada en la terapia racional emotiva conductual (TREC) con el objetivo de analizar y modificar los pensamientos irracionales que se presentan en la población seleccionada, para lograr que ellos puedan lidiar con la ansiedad experimentada.

Se abordará de forma sintetizada una breve exploración sobre las sintomatologías provocadas por el internamiento en un centro de rehabilitación especializado en adicciones. Para esto se realizará una búsqueda en diferentes referentes bibliográficos como repositorios, tesis, investigaciones, artículos científicos, documentos legales pertinentes, artículos de páginas web y periódicos digitales. Además, se tomarán en cuenta otros documentos provenientes de fuentes como la OMS, ONU, organización panamericana de salud, Ministerio de salud, Ministerio del Interior, DSM-V, Cie 10 y ONG 'so centros especializados en adicciones.

1.1.1 Adicción

Es pertinente precisar que existe una extensa variedad de términos sobre el concepto de *adicciones*, por lo tanto, se tomarán en cuenta ciertas definiciones de diferentes autores que se han dedicado a la investigación y estudio sobre este término. Las orientaciones investigativas de los autores sobre dicho término se encuentran dentro del enfoque biopsicosocial.

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2014) el concepto de “Adicción” se define como una dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico, también lo define como una

afición extrema a alguien o algo. Por otra parte, la Asociación Americana de Psicología la define como “un trastorno crónico con factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en su desarrollo y mantenimiento” (American Psychology Association, 2021, párr. 1). Estos dos argumentos hacen su definición de forma general, no solo abarcando a las drogas sino también al juego patológico, ludopatía. Respecto a esto, Trujillo (2019), señala que:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM V, no hace referencia al concepto de “adicción” como diagnóstico, sino que lo enuncia como “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” en sus diferentes clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, estimulantes, tabaco, otras sustancias o sustancias desconocidas; recientemente se incluyen los “Trastornos no relacionados con sustancias”, como es el caso del juego patológico codificado (F63.0). A partir de esta vinculación, en cuanto a la ludopatía como trastorno mental, es claro que se puede depender de algo que no sea una “sustancia”. (Trujillo, 2019, p. 4)

En cuanto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a partir de los años 60 comenzó a utilizar la terminología “dependencia” para referirse a las historias de consumo de sustancias psicoactivas, dejó de utilizar el término “adicción” porque consideraban que podría llegar ser utilizada de forma despectiva y estigmatizante.

Bazán, C. (2012/2013) menciona que según la Organización Mundial de la Salud define la adicción como el estado de intoxicación crónica y periódica, originada por el consumo repetido de drogas, ya sean naturales o sintéticas, la cual se encuentra caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.

- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Este concepto propuesto por la OMS hace un desligamiento de la adicción al consumo de drogas, permitiendo así que se tome a la terminología “Adicción” de forma general y no solo vincularla con el consumo de drogas.

En particular el CIE-10 para referirse al alcoholismo y el consumo adictivo de drogas utiliza la terminología “Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19)”, de esta forma engloba y se refiere al uso-abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Dentro del contexto de las adicciones se puede enmarcar tres aspectos que podrían actuar de forma transitoria en un periodo de consumo de drogas, las cuales son el uso, abuso y dependencia. El uso de una sustancia se entiende como el consumo de forma no cotidiana, esporádica, con índices dañinos bajos para el sujeto. En cambio, el abuso se da cuando existe un consumo por parte del sujeto de forma cotidiana, sin importar las consecuencias negativas. La dependencia se caracteriza por el consumo excesivo de alguna sustancia, provocando consecuencias negativas de carácter significativo dentro de un periodo largo de consumo, en este punto puede existir un consumo diario y específico de carácter obligatorio por parte del sujeto, ya sea los fines de semana, cada 15 días o rutinario.

1.1.2 Rehabilitación

La rehabilitación es este proceso o tratamiento que sigue luego de la adicción a sustancias psicoactivas. Según la OMS “La rehabilitación se define como «un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno». Entonces en el caso de una persona con adicción a las drogas, se busca crear una interacción más adaptable con su entorno y así trabajar en su dependencia a las drogas.

Por otro lado, para las Naciones Unidas:

La rehabilitación es un tratamiento que puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. (Naciones Unidas, 2003, p 2).

Es decir que un proceso de rehabilitación se estructura de un acompañamiento terapéutico que consta de varias sesiones donde se abordan problemáticas ligadas al consumo y de esta forma generar una interacción más adaptable y funcional del sujeto con su entorno.

En el mismo texto de las Naciones Unidas citando a el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia comenta:

El término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible” (Naciones Unidas, 2003, p2).

Para poder adquirir un tratamiento de rehabilitación en un centro especializado en adicciones, se necesita poner en contacto con un proveedor de dichos servicios para poder obtener información y así obtener los beneficios de un tratamiento de rehabilitación.

Por otro lado, desde el punto de vista de varios psicólogos en el texto Tratamiento de las adicciones, la rehabilitación se considera un intento de cambiar en profundidad la estructura del sujeto, su mundo intra y extra personal. Reordenar la situación en todos los ámbitos, reestructurar psicológicamente una personalidad, una persona sustancialmente alterada. (Albiach, C. s.f. p 5)

La rehabilitación tiene como objetivo la adquisición de nuevas actitudes y habilidades que el paciente puede desempeñar una vez que sea reintegrado

nuevamente en la sociedad. Así como comenta la Real Academia Española, la rehabilitación es un conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad. (RAE, 2014)

Según Durán la rehabilitación es un proceso que ayuda a las personas que presentan consecuencias de diferentes enfermedades cuando alcanzan la máxima capacidad funcional, psicológica, social, laboral, educativa y vocacional. Este proceso incluye a la persona con limitaciones y depende de la autodeterminación y la libertad de esta, de la deficiencia física, los deseos, los planes de vida, apoyos familiar y social. (Durán, 2008, párrafo 1).

Según Loreto, la rehabilitación fue definida como “la restauración de las personas con discapacidades por enfermedad, lesión o malformación tan cercana como sea posible, al estado físico y mental normal” (Loreto, 2014, p.283). El tratamiento de rehabilitación no solo consiste en la recuperación física de la persona, sino que también mental, el paciente debe salir de su tratamiento con las herramientas y los recursos suficientes para poder lidiar con las diferentes situaciones problemáticas que pueda tener.

Desde el punto de vista de Dols, la rehabilitación es una fase necesaria para lograr, en la medida de lo posible, la normalización del enfermo en sus distintas esferas: orgánica, psicológica y social. El tiempo necesario para lograr este objetivo lo determinará la gravedad de la enfermedad, características individuales del enfermo y las variables de su entorno. (Dols, 2007, p.19).

1.1.3 Ansiedad

Dentro del trabajo que se está elaborando, dicho término es de esencial desarrollo ya que gira en torno de los campos de la adicción y rehabilitación, se tiene como uno de los objetivos principales el estudio de las sintomatologías que presentan los internos dentro de su proceso de rehabilitación.

Una de las sintomatologías tomadas en cuenta dentro de esta investigación es la ansiedad, ya que esta es vivida y proyectada por los pacientes dentro del periodo que pasan internados en la clínica de recuperación. Se podría decir que los pacientes presentan ansiedad en tres momentos o fases de su proceso de rehabilitación.

En los primeros días de haber ingresado a la clínica suelen presentar ansiedad por motivos de abstinencia, también suelen presentar ansiedad a mediados del internamiento, por el proceso del mismo y por último presentan ansiedad en la última fase de su internamiento, ya que en éste el paciente comienza a pensar en su salida de la clínica, en el cómo utilizar los conocimientos y herramientas que adquirió en su proceso de rehabilitación los cuales le permitirán una adecuada reinserción familiar y social. Según el DSM V se considera a la ansiedad como una reacción/ emoción esencial de múltiples niveles (cognitivo, afectivo, comportamental, neurobiológico) transversales. (Aliño, 2008).

Se podría definir a la ansiedad como un estado de ánimo del sujeto frente a situaciones esperadas o inesperadas. Se plantea que es un mecanismo adaptativo natural de defensa que permite ponerse en estado de alerta. Sin embargo, un estado de ansiedad moderado permitirá que el sujeto mantenga una concentración frente a sus tareas y responsabilidades, pero cuando esta ansiedad se encuentra desbordada, no es posible controlarla, afectaría al rendimiento de la persona (SEMI, 2021).

“La ansiedad es una conducta emocional compleja (con respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras), generalmente asociada a situaciones o estímulos concretos. Una de las principales aportaciones de esta conceptualización ha sido el señalar la existencia de patrones individuales o tipos de reactividad individual que permiten orientar mejor el tipo de tratamiento de reducción de ansiedad más eficaz para cada individuo” (Ost, Jerremalm, y Jansson, 1984; Ost, Jerremalm, y Johansson, 1981; Ost, Johansson, y Jerremalm, 1982, citado por Cano Vindel, 2013, p.1).

1.2 fundamentación del problema

Para poder seguir argumentando y analizando sobre la problemática a tratar que es la ansiedad que presentan los internos del centro de recuperación especializado en adicciones (U.N.A.), es pertinente tomar en cuenta como es el desarrollo y funcionamiento del y de los centros de rehabilitación o recuperación. Además de esto, hay que tener en cuenta los estudios porcentuales, lo cual permitirá obtener un alcance panorámico y un poco más profundo para enriquecer la investigación y la propuesta a plantear más adelante.

Al nivel nacional se estima que el fenómeno social sobre el consumo de drogas se lo debe de mantener en un abordaje integral, equilibrado y multidisciplinario, lo cual requiere de la intervención de los distintos actores y sectores sociales, de acuerdo con las distintas necesidades territoriales (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, 2017, p. 33).

1. 2. 1 fundamentación cuantitativa del problema

Desde el punto de vista cuantitativo, el consumo de drogas ha ido en aumento. Con el pasar de los años las drogas han llegado a involucrar a personas de diferente estatus social, edad, etnia y sexo. A nivel mundial se estima que 269 millones de personas han consumido drogas en el 2018 (5,3% de la población mundial), un 30% más que en el 2009, la cifra de personas estaba en 210 millones, lo cual representaba el 4,8% de la población mundial dentro de las edades de 15 a 64 años. En el 2018 unos 35,6 millones de personas tenían trastornos por consumo de drogas. Como factores influyentes en el riesgo de trastornos por consumo de drogas están la pobreza, limitada educación y marginación social. Solo uno de cada ocho personas recibe un tratamiento de adicciones, ya que por factores socioeconómicos resulta limitado el acceso a un servicio de tratamiento a nivel mundial (ONUDD, 2020, p. 1).

Como ya se ha mencionado, el consumo de drogas ha aumentado con el pasar de los años, existe un crecimiento exponencial en los países en

desarrollo que, en los países desarrollados, debido a que en los países en desarrollo hay una mayor población de jóvenes. Entre los jóvenes y los adultos jóvenes representan a la mayor proporción de consumidores (ONUDD, 2020, pp. 7-10).

Según un informe publicado por el diario El Universo en el Ecuador del 2% al 15% entre 15 y 40 años de edad han consumido algún tipo de droga y dentro de esta estadística porcentual el 1% de ellos vuelve su consumo una adictivo, la cual se enmarcaría en los parámetros de una enfermedad, es decir que se genera un trastorno adictivo (Anónimo, s.f., párr. 10).

Tomando en cuenta como punto de referencia los porcentajes de personas adictas a sustancias ilícitas, es válido mencionar cuales son las drogas más consumidas por dicha población: En 2017, un artículo presentado por el diario *El Telégrafo* menciona que “la marihuana es la sustancia ilícita más consumida, con un 9,57%” (Telégrafo, 2017, párr. 2).

En el estudio realizado se tomó como muestra a 36.000 estudiantes, de los cuales 4. 554 indicaron que, si han consumido drogas, el 39% de ese número han consumido varios tipos de drogas. En Guayaquil una gran parte de los encuestados aceptaron haber consumido yerba (10,77%); el 4,89% indicaron que han consumido heroína o ‘H’; un 3.02% consumieron cocaína y el 1,96% restante pasta base. (Telégrafo, 2017, párr. 1-3).

El consumo de drogas en el Ecuador se ha vuelto más frecuente, según un estudio realizado por la Organización de Estados Americanos (OEA), menciona que el Ecuador se posiciona como uno de los países donde mayor consumo de drogas en adolescentes de la región de América del sur. Se encuentra en el cuarto lugar de la región, detrás de Uruguay, Colombia y Brasil. Existe un crecimiento del consumo de marihuana desde el 2009. Con respecto a la PBC, pasta base de cocaína, el consumo es más común en estudiantes universitarios. En el Ecuador se destacó que existe una prevalencia de vida del consumo más alta, pasando de 1,5% a 2,4% entre 2009 y 2016 (OEA, 2019, p. 199)

En el Ecuador, según un estudio realizado por el *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas*:

El consumo de drogas evidencia un comportamiento diferenciado en función del territorio, grupo etario y género. Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia mensual del consumo de alcohol y tabaco, dividida por grupos de edad, se concentra mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años. Los datos muestran que el 41,3% de las personas encuestadas consumen alcohol y el 31,5% consumen tabaco. Por su parte, la prevalencia del consumo en personas entre 10 y 19 años de edad fue del 25,2% de alcohol y 28,4% de tabaco (p. 33).

Desde estas propuestas investigativas se puede mencionar que el mundo de las drogas, como en los marcos de consumo y expendio, cada vez más se vuelve un tema a tratar en la cotidianidad de la sociedad. Es pertinente mencionar y resaltar las distintas formas de cómo el estado y la sociedad actúa frente a esta problemática social. Como ya se ha mencionado, el mundo de las drogas no es ajeno a los distintos factores sociales, ya que llegan a afectar tanto a las personas que consumen, como a las que no consumen.

1.2.2 Fundamentación cualitativa del problema

Desde el punto de vista cualitativo, dentro del marco internacional se han implementado estrategias para confrontar los diversos efectos perjudiciales provocados por el expendio y consumo de drogas. Dichos efectos inducen permanentes amenazas en el desarrollo integral de los países, donde se encuentran vinculados las acciones políticas, sociales y económicas.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2021) plantea como objetivo primordial el “contribuir con los estados para enfrentar las amenazas que ponen en riesgo la gobernabilidad, la estabilidad social y atentan contra las condiciones básicas necesarias para avanzar en el desarrollo humano” (párr. 2).

Por consiguiente, la UNODC (2021) plantea los siguientes objetivos específicos: “a) La investigación y análisis para incrementar el conocimiento y la comprensión sobre drogas y delito, y para basar la adopción de políticas y la toma de decisiones operacionales en la evidencia concreta; b) Trabajo de carácter normativo para asistir a los estados en la ratificación y la puesta en práctica de los tratados internacionales, en el desarrollo de la legislación doméstica sobre las drogas, el crimen y el terrorismo, y en la provisión de servicios básicos y de secretaría a los órganos rectores; y c) finalmente, programas y proyectos de cooperación técnica en los países para reforzar la capacidad de los estados miembros para contrarrestar los problemas de drogas ilícitas, delincuencia organizada y terrorismo (párr. 3).

Se comprende que el fin de estas intervenciones fueron diseñadas para contribuir a los estados en garantizar que los gobiernos se encuentren mejor equipados para cumplir con sus obligaciones, especialmente en la cooperación judicial eficaz, la prevención y medidas contra la producción ilícitas de drogas, el tráfico y abuso. Buscando así que la sociedad civil y la opinión pública contribuyan de forma continua y firme a las acciones contra las drogas ilícitas y los delitos, lo cual permitirá la existencia de una mejor comprensión, conocimiento y conciencia de las problemáticas. (UNODC, 2021) (párr. 4).

Dentro del Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas se busca métodos y estrategias de prevención integral, control y reducción de la oferta y demanda del consumo, mediante la implementación de enfoques de salud pública y de derechos humanos a nivel individual, comunitario-familiar y social. Implementar reformas que ayuden al progreso en la disminución de los factores de riesgo como la pobreza y desigualdad son útiles, ya que esto aporta a una disminución del expendio y consumo de drogas. (*Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, 2017*, p. 47).

Respecto a la responsabilidad que debe de mantener el estado dentro del margen del ministerio de Salud Pública, acorde a la *Ley Orgánica de Salud*

(2015), en el numeral 10 del artículo 6 se determina que se debe de “Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud”.

Como ya se ha mencionado el consumo y expendio de drogas afecta tanto a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, es por esto que se busca identificar los factores de riesgo, ya sea en el ámbito social y familiar, para si poder brindar protección, ya que la presencia de estos factores puede determinar un incremento de la probabilidad de mantenerse aún en el consumo o iniciar en el mismo (*Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, 2017, p. 34*).

El *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas (2017)* señala que:

“...el rol de la familia como factor de protección es trascendental. El involucramiento parental en la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes es un factor de protección de gran peso y podría contribuir a reducir la probabilidad de que se inicien en el uso o consumo de drogas”. (*2017, p, 34-35*).

Entonces se puede mencionar que, si una familia desestructurada por motivos de haberse involucrado ya sea por el consumo o expendio de drogas, esto repercutirá de forma significativa en los infantes, ya que se estaría normalizando esta dinámica, solo con el propósito de ver una solución a los problemas. Muchos de los sectores rurales o zonas marginales, golpeados por la pobreza y el escaso nivel educativo se ven envueltos en una carencia de recursos para poder vivir de forma confortable y adecuada, es por ellos que en ciertos casos se ven en la necesidad de involucrarse en la venta de drogas para poder buscar formas de poder tener ingresos sustentables.

Es por ello que el estado en el *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas (2017)* implementa estrategias para hacerle frente a estas problemáticas. Entre las más primordiales son: “a) Fortalecer la detección y derivación de personas que

presentan uso o consumo problemático de drogas; b) Implementar servicios de atención integral intersectorial para la población con uso o consumo problemático de drogas, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad como niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas privadas de libertad o en situación de calle; c) Fomentar la inclusión económica y social de personas con consumo problemático de drogas; d) Implementar un modelo de intervención de reducción de riesgos y daños asociados al uso y consumo problemático de drogas. Estas estrategias tienen como finalidad el fortalecer los factores protectores y reducir los factores de riesgo relacionados al uso y consumo de drogas (p. 64).

1.3 Causas de la problemática

El consumo de drogas es un problema tanto a nivel mundial como en el Ecuador, se presenta como una de las problemáticas a tratar más compleja por todo lo que involucra y por las diversas afecciones que puede dejar como consecuencia, es un factor dañino para la salud y para la seguridad social. Afecta de forma directa a la sociedad y por ende también sufre un daño los núcleos de las sociedades que son las familias.

El factor causal más común que lleva a un sujeto a consumir está vinculado al núcleo familiar. Un adolescente o un preadolescente llega a repetir los patrones de comportamiento y de desenvolvimiento de sus padres o tutor legal, ya sean abuelos o tíos. Si en el vínculo familiar existe una persona que venda o consuma drogas, y adolescente vive esta rutina cotidiana, de cierta forma se le vuelve algo normal y en cierto momento va a querer probar y experimentar qué se siente al consumir. Los conflictos intrafamiliares donde llegan a existir abuso verbal, físico y psicológico, ya sea entre los padres, de los padres hacia los hijos, entre familiares. Las malas relaciones sociales donde existe un nivel de consumo alto, estos sucesos influyen de cierta forma en el consumo de drogas.

El Psicólogo Cedeño, G. (2020) menciona que “*Las drogas no son el problema*”, refiriéndose a que las drogas son el resultado de posibles padecimientos que un paciente puede venir arrastrando y la única solución

viable para hacerles frente a las posibles problemáticas fue el consumo como un método para aislarse de la realidad, ya que las drogas pueden llegar a provocar sensaciones de placer. De acuerdo a las prácticas realizadas en el centro de rehabilitación, se pudo observar que la mayoría de los pacientes provienen de hogares disfuncionales o se vinculan con bandas delictivas que se dedican al expendio de estupefacientes. Habitualmente suelen integrarse a estas bandas para conseguir esta sensación de pertenencia, una vez dentro, les toca cumplir los requisitos que la banda requiera, pueden ser desde robar hasta manejar un arma y lastimar a alguien. La disfunción que se experimente en casa suele ser la razón por la cual el sujeto quiera buscar un desahogo y lo encuentre en estas amistades antisociales, llegan a tal punto de considerarlos una familia.

Al momento de pertenecer a estas bandas se suele consumir ya sea por placer o por motivo de desinhibirse al momento de cometer un acto delictivo, no pensar mucho en las cosas y ser más impulsivos, según ellos eso les funciona para no tener miedo o no tener arrepentimientos del acto cometido.

Otro motivo por el cual las personas pueden llegar a consumir con la finalidad de sentirse mejor es cuando sufren de alguna sintomatología que provoque un malestar significativo. Algunas personas pueden sufrir algún tipo de ansiedad, estrés o depresión, psicopatologías que tienden a presentar un alto porcentaje de predisposición al consumo de drogas, con la finalidad de buscar un alivio a su malestar. En el centro de rehabilitación se encontró algunos casos de ansiedad, más allá de la ansiedad característica de la abstinencia, también se daba ansiedad ligada al fracaso, la incomprensión, al rechazo, la soledad. Si estos aspectos no son bien trabajados, pueden ser un detonante de una recaída por parte de un paciente en recuperación, el comienzo de un consumo o continuar en el consumo.

1.4 Efectos de la problemática

La adicción es una enfermedad que afecta al sujeto de forma mental, física y social. Es conocido que esta problemática se encuentra afectando a

nivel mundial a personas que, por depender de dichas sustancias adictivas, deterioran su calidad de vida y su funcionalidad como seres activos dentro de la sociedad. Las problemáticas se pueden dar en diferentes ámbitos donde se desempeñe el sujeto y tenga interacción con su entorno.

Los problemas más repetitivos o recurrentes que giran en torno a una persona adicta son de índole familiar y laboral. Muchas de las ocasiones los conflictos son provocados por personas adictas, porque están inmersos en el consumo y no logran darse cuenta de sus acciones y muchas de estas acciones cometidas tienden a tener consecuencias graves desde el marco legal, ya sea por tratarse de un maltrato intrafamiliar, violencia dentro del trabajo o riñas callejeras.

Un efecto producido por el consumo de drogas son los actos delictivos, los cuales pueden ser cometidos con el fin de conseguir el sustento económico para la compra de la droga o cuando se está bajo los efectos psicofarmacológicos de la misma. Estas dos formas de delitos se pueden dar tanto en el ámbito familiar y laboral. El consumidor cuando se enfrenta al medio económico escaso que presenta y él no puede sustentar sus consumos opta por cometer delitos, ya sean comenzar a llevarse cosas de su casa o del trabajo, realizan préstamos que resultarían en estafas, extorsionar a familiares o equipo de trabajo. Se podría decir que los delitos al comienzo son imperceptibles, pero con el aumento del consumo los delitos van aumentando y cada vez más son perjudiciales para el adicto como para su entorno social (Gómez, 2015-2016, p 9).

1.4.1 Roles sociales e intrafamiliar

El ser humano, como ser social, interactúa colectivamente para crear relaciones en los diferentes ámbitos sociales que se desempeña, como en la escuela, trabajo, grupos sociales.... Pero el primer lugar donde interactuamos y creamos relaciones es en el hogar, donde hay este primer contacto con este grupo primario - biológico. La familia tiene un papel fundamental en los primeros años de vida ya que transmite la cultura trascendental (creencias,

ritos, tradiciones) que a modo que vaya creciendo la persona, la irá moldeando de acuerdo a la cultura de su entorno.

Uno de los principales factores que influyen a una persona a empezar un consumo y adquirir una adicción a sustancias psicoactivas es el haber crecido en un sistema familiar desestructurado, ya sea por la ausencia del padre o de la madre y en ciertos casos por la ausencia de las dos partes, o en un sistema familiar conflictivo, el cual se enfoca en la violencia intrafamiliar. De cierta forma estos dos aspectos son recurrentes escucharlos en los relatos de las personas adictas cuando se les pregunta sobre su historia familiar. La presencia de discusiones, agresión entre los padres y estilo paterno incoherente repercute en el contexto familiar y tiene un efecto perjudicial sobre los adolescentes (Cogollo et al., 2009, p 638).

Al haberse criado dentro de un sistema familiar desestructurado o conflictivo tienen la necesidad de buscar otro lugar donde hay personas que de forma general se encuentran inmersas en problemas de índole similar y de forma parcial los aceptan, generando así un sentimiento de pertenencia. Muchos de estos grupos a los que se acercan no son favorables para su crecimiento personal, ya que llegan a formarse las pandillas, grupos conflictivos contra las normas de la sociedad, entre otros y es ahí donde caen en tentaciones a consumir drogas, las cuales les permiten olvidarse de sus problemas o afrontarlos, pero en un estado consciente inhibido.

Una disfunción dentro del círculo familiar que suele ser común es la violencia ya sea física, verbal o psicológica. En algunos casos se da que la violencia es ejercida por parte de unos de los padres hacia el otro y en presencia del sujeto ya sea en su niñez o adolescencia. Esto puede generar una distorsión en la percepción que este sujeto tenga hacia los demás en sus relaciones interpersonales, ya que puede normalizar el uso de la violencia con los demás. Otra consecuencia puede ser que el sujeto cree resentimientos hacia el padre abusador, manteniéndose alejado de casa para así no tener ningún tipo de interacción con este. Y finalmente, otro escenario que puede existir es que la violencia sea dirigida hacia el sujeto por parte de los padres, este escenario puede crear traumas que suelen relucir en la adolescencia,

teniendo relaciones amorosas violentas o aceptando malos tratos de los demás por creer merecerlos.

Otro conflicto que puede crear cierta disfunción, ya adentrándonos al tema del tóxico, es cuando dentro de la familia hay alguien que consume o que se dedique a vender el tóxico. En el caso que el integrante de la familia consume, crea la curiosidad en el sujeto a tal punto de adquirir el tóxico y probarlo. Por el lado de dedicarse al expendio de drogas, está la posibilidad que el sujeto se quiera dedicar a lo mismo ya sea por ganar dinero o hacer el negocio "familiar", también es la consecuencia de facilitar la adquisición del tóxico para su consumo.

Lo anteriormente mencionado refiere a la infancia del sujeto consumidor, ahora se abordará los efectos del sujeto consumidor como hombre de hogar. La primera disfunción puede ser un abandono de hogar, el convertirse en el padre ausente ya sea permanente o en ocasiones. El sujeto abandona su hogar por salir a buscar el tóxico y consumir en otro lugar lejos de su familia, sin embargo, en el peor de los casos el sujeto consume dentro de casa, exponiendo a sus hijos a poder encontrar algún residuo de droga o instrumento para el consumo y por ende a su manipulación.

Otro escenario disfuncional sería que el sujeto, bajo el efecto del tóxico o en estado de abstinencia, agrede ya sea a su esposa o a sus hijos. La violencia es una forma muy usual de reaccionar ante cualquier situación cuando se está bajo el efecto de sustancia psicoactiva, ya que la parte impulsiva prevalece más que el pensar antes de actuar. El sujeto adormece la mayor parte de su cognición cerebral y es cuando el actuar por impulso se da con más facilidad.

Cuando el paciente ingresa al centro de rehabilitación, una de las primeras normas que se le informa es que, durante el tiempo que este interno en el centro será privado de ver a sus familiares durante un tiempo determinado y la mayoría de las veces la comunicación también será prohibida. Solo en casos excepcionales se permite una llamada o visita.

Estas prohibiciones generan ansiedad en el paciente interno, ya que dentro del centro y en abstinencia, los pacientes reflexionan y notan los errores cometidos cuando estaban en consumo. Dentro de la terapia vivencial también se encargan de concientizar a los pacientes para que asuman sus responsabilidades y estén listos para pedir perdón en su confronta, parte final de su proceso de rehabilitación, con sus familiares. Por esa razón la “confronta” es un generador de ansiedad también para los pacientes dado que no saben qué actitud esperar por parte de sus familiares, algunas veces van muy molestos por las problemáticas que existieron antes del ingreso del paciente al centro de rehabilitación.

1.4.2 Roles Laborales

En el ámbito laboral el sujeto debe presentar un desempeño óptimo y muy funcional, de esta forma su jefe o empresa nota el buen rendimiento, el sujeto se convierte en un proveedor dentro de su hogar aportando económicamente. Cuando el consumo ya es excesivo y el sujeto no puede controlarlo, los problemas no solo se dan en casa sino también afectan su ambiente laboral o su rendimiento dentro de este.

Cuando el sujeto está sometido a mucha presión o estrés generado por su trabajo, tratará de buscar un desfogue para poder reducir la presión o ansiedad que sienta en ese momento. Algunos optan por el ejercicio físico, otros por escuchar música, pintar... Pero existen personas que escogen el consumir un tóxico para relajarse y olvidar por un momento la realidad. Al escoger el tóxico pueden darse muchos escenarios perjudiciales para el sujeto.

La primera problemática que se puede observar es cuando el sujeto empieza a llegar tarde a su trabajo o falta constantemente. Esta acción creará insatisfacción por parte de su jefe y podría llegar a desistir de sus servicios, también su currículum podría afectarse con opiniones negativas sobre su desempeño en sus lugares de trabajo anteriores, o por la cantidad de rotación laboral. Otro factor puede ser el incumplimiento de labores dentro de su trabajo, el no llegar a cumplir sus obligaciones como trabajador de dicha

empresa o cumplir con estas de forma errónea. Todas las problemáticas antes mencionadas pueden generar que el sujeto pierda su empleo y crear una mala reputación para poder obtener otro.

El peor de los escenarios puede ser que el sujeto opte por, no solo consumir dentro de su lugar de trabajo, sino también venda sustancias psicoactivas a sus compañeros. Esto puede llegar a convertirse en un problema legal, dado que, si sus superiores se llegan a enterar, pueden proceder a denunciarlo y por ende iría a la cárcel por expendio de drogas. Su currículum no sólo se afectaría por antecedentes de consumo sino también por antecedentes legales, lo cual complicaría mucho más el proceso de reinserción en su vida laboral.

Algunas empresas apoyan a sus empleados cuando descubren que han adquirido alguna adicción a tóxicos. La misma empresa contacta el centro de rehabilitación y costea la estadía, todo esto llevando un seguimiento y con la condición de que una vez que se recupere, vuelva con un rendimiento óptimo a laborar en la empresa.

Cuando esto sucede aparece otro efecto que perjudica, no solo detener sus medios de sustento sino también el de su familia, ya que una vez que el sujeto es internado en un centro de rehabilitación especializado en adicciones, es privado de salir de dicho centro, por ende, no es posible mantener un trabajo. En el caso de que el paciente sea el único sustento de su hogar, esto complicaría las cosas ya que pondría en una situación de necesidad a su esposa e hijos.

Esta situación generaría ansiedad en el sujeto, ya que se sentiría impotente al no poder hacer nada y darse cuenta de que su consumo de estupefacientes lo llevó a esta situación. Dicha ansiedad puede ser un distractor al momento de tratarse de su tratamiento, ya que no podrá centrarse en sus terapias tanto vivenciales como psicológicas por estar pensando de qué forma ayudar a su familia. Otro pensamiento recurrente es, una vez que están a punto de salir, preguntarse si podrán conseguir trabajo luego de estar ingresados en un centro de rehabilitación. Muchos de ellos salen del centro

con el pensamiento de trabajar y recuperar el tiempo perdido, reponer lo que dañaron cuando estaban en consumo y la posibilidad de no poder conseguir un trabajo les genera angustia y miedo.

1.5 Planteamiento del problema desde el punto de vista cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual ayuda al sujeto a entender sus ideas y pensamientos e interpretar su forma de actuar frente a situaciones diversas. La TCC trata de crear una mejora en el paciente mediante el cambio de pensamientos distorsionados o irracionales y esto generaría un cambio en su conducta, haciendo que actúe de una forma más funcional para él y para su entorno. Es una terapia que se centra en el “aquí y el ahora”, ya que no se enfoca en causas del pasado sino en mejorar el malestar del presente y prevenir posibles problemas futuros por las herramientas cognitivas que aprenden a desarrollar.

Entonces la terapia cognitivo conductual funciona desglosando el problema y de esta forma se lo observa con más atención los pequeños detalles desde donde se puede iniciar el cambio. Frente a situaciones desconocidas o que generan malestar, la terapia cognitivo conductual, puede orientar de qué forma actuar de una manera más adaptable y funcional para su entorno o sociedad. Desde una reestructuración cognitiva del pensamiento se puede introducir un mejor manejo del actuar frente a lo desconocido. Esto posibilita también una mejora en el estado de ánimo y por ende en el rendimiento diario del sujeto.

La ansiedad abordada desde la terapia cognitivo conductual, los pensamientos automáticos y generalmente negativos son los encargados de poner carga ansiógena de los pacientes del centro de rehabilitación. “La respuesta de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido” (Fernández, García, Crespo, 2012). La ansiedad aparece luego estar en presencia de una situación desconocida donde el sujeto no sabe qué esperar y esta incertidumbre lo inunda, generando estas respuestas fisiológicas

normales como que suden las manos o una reacción más fuerte como temblores o desmayos.

Desde la TCC se puede abordar la ansiedad cuestionando los pensamientos irracionales acerca de la situación ansiógena. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué tanto me afectaría si sucede así? ¿Y si llega a pasar lo contrario? Se intenta, mediante el cuestionamiento, que el sujeto vaya visualizando los diferentes escenarios que pueden darse y así prepararse para cualquiera de ellos, también invalidar los escenarios excesivamente negativos o pesimistas. Una vez ya realizada una reestructuración del pensamiento del sujeto, su actuar ante dicha situación desconocida debería ser más funcional y beneficioso para el sujeto. Se busca lograr que el sujeto, mediante un pensamiento más lógico y consciente, actúe de una forma que no se perjudique ni a sí mismo ni a la sociedad.

1.6 visiones de las necesidades, interés, problema, soluciones (nips)

Necesidades

- Disminuir la carga negativa que es inducida por pensamientos pesimistas en los internos del centro de rehabilitación, ya que genera ansiedad y esto irrumpe en su tratamiento de adicciones.

Interés

- Establecer un espacio donde los internos del centro de rehabilitación puedan hablar y compartir acerca de sus temores y expectativas sobre el futuro.

- Crear recursos o instrumentos que ayuden a los internos del centro de rehabilitación a afrontar las situaciones ansiógenas que se puedan dar ya sea dentro del centro o fuera de él.

Problema

- Las personas que son internadas en centros de rehabilitación deben seguir normas impuestas por dicho centro. Una de las principales es ser privados de ver a su familia y salir del centro, lo cual genera ansiedad e incertidumbre ya

que están bajo encierro durante 6 o más meses y una vez que les toque salir no saben qué esperar tanto de su familia como de la sociedad.

- La ansiedad puede ser un distractor al momento de abordar su tratamiento, ya que se centran más en pensar ¿que pasara afuera? y no tanto en su progreso y rehabilitación.

Soluciones

- Brindar este espacio donde los internos puedan conocer un poco más sobre la ansiedad y encontrar recursos que les funcione al momento de estar bajo una situación de estrés y angustia.
- Crear un ambiente dinámico e interactivo donde los pacientes puedan descargar tensiones que conlleva el internamiento y mejorar la interacción entre los internos del centro de rehabilitación.

CAPÍTULO 2

2. BASES LEGALES, INSTITUCIONALES Y TEÓRICAS

2.1. Bases legales

En el presente capítulo se realizará una breve investigación sobre los distintos parámetros legales que mantienen una relación con la problemática expuesta previamente. La siguiente información ha sido recopilada y extraída de organizaciones internacionales como El manual de las Naciones unidas, abuso de drogas tratamiento y rehabilitación, Mecanismo de Evaluación Multilateral-Ecuador, asimismo se tomarán en cuenta otras fuentes que rigen en el Ecuador como, la Constitución de la República del Ecuador, El Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Con este recopilado informativo se logrará la presentación de las bases legales que permiten fundamentar el trabajo que se debe llevar a cabo con pacientes en proceso de recuperación en consumo de drogas.

Una vez mostrada las disposiciones legales, se optará por realizar una fundamentación teórica y conceptual de las mismas, lo cual permitirá plantear

y desarrollar la propuesta de investigación. De igual forma se abordarán las bases teóricas de la Terapia Racional Emotiva Conductual, ya que está se utilizará para trabajar con los pacientes internos del centro de recuperación “Un Nuevo Amanecer” respecto a sus estados de ansiedades generalizadas, la resiliencia, las técnicas grupales y las terapias cognitivas que se plantean como modo de intervención y sostén para los pacientes.

2.1.1. Manual de las Naciones Unidas, abuso de drogas tratamiento y rehabilitación

El presente artículo es una Guía práctica para la aplicación y planificación de servicios orientados al tratamiento y rehabilitación, enfocado al abuso de drogas. Es un recurso que sirve para los gobiernos, los planificadores de políticas, los directores de servicios y los encargados de los tratamientos. Tiene como objetivo proporcionar un marco amplio para orientar a los planificadores y encargados de los servicios de tratamiento y rehabilitación en torno a las medidas básicas necesarias. Entre sus estrategias se menciona aspectos que se deben de tener en cuenta al elaborar y aplicar una estrategia de tratamiento, entre los más relevantes encontramos que son:

- **La colaboración de los usuarios de los servicios y de la comunidad. (9)**

Se tiene en cuenta que los usuarios que hacen uso de los servicios forman parte de la comunidad, por lo cual estos servicios deben de estar supeditados y adaptados a la diversidad poblacional. Se debe de mantener un contacto entre las instituciones que brindan un tratamiento y la comunidad, ya que esto ayuda a que se fortalezcan los programas de tratamiento (UNOCDD, 2003, p.11).

- **El compromiso político de las autoridades.**

Es necesario que exista un apoyo desde el plano político, ya que esto permitirá aplicar intervenciones que podrían

considerarse impropias dentro de un posible tratamiento adecuado y eficaz (UNOCDD, 2003, p.12).

- **La asignación de recursos en función de las necesidades.**

Es adecuado que en los países exista una reorientación y reestructuración de los recursos, de este modo se permitirá el planteamiento de nuevas estrategias sobre el tratamiento del abuso de drogas (UNOCDD, 2003, p.13).

- **La aplicación de un criterio progresivo y gradual.**

Se debe emplear un criterio sistemático que garantice la utilización de los recursos disponibles para establecer un servicio de tratamiento de forma óptima. En la mayoría de los casos se opta por combinar la atención primaria de la salud con servicios especializados, ya que cuando exista una carencia de recurso y no sea posible mantener una atención especializada se apelará a la formación acertada de personal en la comunidad y en el marco de la atención primaria de la salud (UNOCDD, 2003, p.13).

- **El fomento de la colaboración, la coordinación y la integración.**

El tratamiento no solamente debe de actuar frente al consumo del paciente, sino que también se debe de orientar hacia las personas, familiares, a la comunidad inmediata y al entorno social más amplio, ya que trabajar con esta variedad de niveles permitirá aplicar un tratamiento más adecuado, por lo que se toca temas más profundos que girar en torno a una vida de consumo (UNOCDD, 2003, p.13).

- **La disponibilidad y accesibilidad de los servicios.**

Los servicios de tratamiento deben de estar al alcance de las posibilidades de la comunidad con el fin de poder responder

a las necesidades sanitarias y de asistencia de los destinatarios, como una facilidad de utilización, una adecuada accesibilidad geográfica, económicamente accesible, dentro del tratamiento fomentar la participación y el compromiso de los usuarios y mantener una prevención secundaria aparte del tratamiento (UNOCDD, 2003, p.16).

2.1.2. Constitución la República del Ecuador

La constitución es una ley que es constituida por las diferentes organizaciones sociales que representan a todos los sectores sociales, la cual sirve para la organización del estado dado que está basada en normas jurídicas que permite cumplir sus fines y objetivos, se observa que:

Art. 3, N° 1: El estado deberá garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, en particular, la salud, educación, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 32: Se establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 364: Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso

se permitirá su criminalización ni se vulneraron sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

2.1.3. Mecanismo de Evaluación Multilateral, Ecuador

Este documento internacional tiene como objetivo proveer distintos lineamientos o/y recomendaciones necesarias para garantizar adecuadas intervenciones de tratamientos frente al abuso de drogas. Los lineamientos planteados por el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), a los cuales los Estados Miembros se deben de acoger, como Ecuador, miden el progreso alcanzado y los desafíos enfrentados por la implementación del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas de la CICAD, el cual tiene como objetivo implementar políticas, programas y proyectos nacionales sobre drogas. Consideramos oportunas las siguientes intervenciones alcanzadas por el estado:

- **Fortalecimiento institucional**

- Objetivo 3: “Se enfoca en articular las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas con otras políticas y/o estrategias sociales del estado, que permitan atender las causas y consecuencias fundamentales del problema de las drogas”. El Problema de las drogas Ecuador lo busca trabajar mediante una propuesta de intervención intersectorial e interinstitucional desde los enfoques de los derechos humanos y salud pública (OEA, 2019, p.7).

- **Reducción de la demanda**

- Objetivo 3: “Establecer y fortalecer, según corresponda, un sistema nacional de tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas, incorporando un enfoque de derechos humanos y género, y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente”. El estado presenta un procedimiento nacional de programas y dispositivos integrales dirigidos a un tratamiento e

integración social, en el cual se garantiza el acceso a todas las personas, cuenta con herramientas para la protección de los derechos humanos de los usuarios que presentan un consumo crónico de drogas. También existe un mecanismo de supervisión hacia los establecimientos que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación para así garantizar un rendimiento óptimo de los mismos (OEA, 2019, p.17).

- Objetivo 4: “Promover la capacitación continua y certificación de los recursos humanos que prestan servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social”. El estado realiza capacitaciones de manera continua en áreas de prevención, tratamiento, e integración social. Los cuales son dictados por organismos públicos de distintas áreas. A nivel intermedio Ecuador puede certificar a los recursos humanos que laboran en servicios de prevención por medio de las universidades y por medio del Ministerio de salud a los servicios de tratamiento (OEA, 2019, p.18).

2.1.4. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos

Dentro del plan nacional formado para la prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas se puede resaltar distintas estrategias que facilitan a una intervención adecuada frente al consumo de drogas. Consideramos pertinentes las siguientes:

Estrategia 4: “Implementar un modelo de intervención de reducción de riesgos y daños asociados al uso y consumo problemático de drogas”. El cual tiene como finalidad diseñar e implementar un modelo de atención de dicha naturaleza, enfocado en mejorar la calidad de vida de las personas en estado de riesgo (Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas, 2021, p.47).

Líneas de acción de la estrategia 4:

4.1. “Generar espacios de comunicación asertiva con grupos sociales específicos que fomenten la integración social”. Dentro de los tratamientos terapéuticos y de rehabilitación se considera indispensable fortalecer los lazos familiares, ya que es un pilar fundamental para la recuperación del paciente (p.47).

4.2. “Implementar y fortalecer los servicios extramurales de atención integral para personas con uso o consumo problemático de drogas”. Tiene como finalidad el desarrollar intervenciones especializadas las cuales deberán de estar basadas dentro de los parámetros de derechos y salud pública, permitiendo así que exista un fortalecimiento de la participación ciudadana e integrada a programas y proyectos de carácter social, educativo, sanitario, laboral, entre otros (p.47).

2.1.5 Ministerio de salud Pública

En el 2010 el Ministerio de Salud Pública (MSP) implementó un reglamento que busca regular a los Centros de Recuperación para el tratamiento de personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas. Se implementó un enfoque centrado en el sujeto y en el respeto a los derechos humanos, brindando así una atención óptima, con procesos terapéuticos integrales, hacia el individuo, familias y sociedad para garantizar una disminución de los daños asociados o provocados por un consumo problemático de drogas (Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas, 2017-2021, p 24).

En concordancia con los *Reglamentos para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento de Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas* (2012) señala, en el título III, sobre el permiso de funcionamiento de los centros de recuperación donde figura el Art. 6 con sus respectivos literales deberán de regirse bajo los siguientes parámetros:

- a)** Los centros de recuperación deberán funcionar bajo la responsabilidad de profesionales de la salud, conforme a lo establecido en el artículo 185 de la Ley Orgánica de Salud.
- b)** Los programas terapéuticos y protocolos de atención deberán ser aprobados por la autoridad de Salud Pública competente a nivel Provincial o Distrital, tomando en cuenta la Guía para el Diagnóstico y Derivación (GDD) emitida por el MSP y, según lo establecido en el inciso tercero del artículo 192 de la Ley Orgánica de Salud.
- c)** El respectivo permiso y un informe favorable de inspección emitido por el Ministerio de Salud Pública, conforme a lo establecido en el artículo 258 de la Ley Orgánica de Salud.
- d)** Propuesta de equipo profesional y técnico, con perfiles de acuerdo a lo establecido en las NTLCC y en los artículos 193, 194 y 195 de la Ley Orgánica de Salud.
- e)** Nómina de gerentes, profesionales, terapeutas, operadores vivenciales, técnicas/os y demás empleados/as de los centros de recuperación, quienes deberán cumplir con los perfiles establecidos en las NTLCC; sin perjuicio de lo establecido en el literal anterior para el equipo profesional y técnico.
- f)** Contar con permisos municipales correspondientes.
- g)** El reglamento interno, organigrama, código de ética y diario vivir del centro de recuperación y el registro de historias clínicas y demás instrumentos (formulario de consentimiento informado, admisión, alta, ficha socio-económica, hoja de evolución, informe clínico, etc.).

Por consiguiente también se toma en cuenta la atención a los pacientes, como se lo menciona en el título IV “De las y los pacientes”, donde figura el Art. 8.- Donde indica que toda intervención en pacientes con problemas de adicciones a sustancias psicoactivas deberá realizarse con dispositivos adecuados, mediante un diagnóstico integral donde indique el apropiado abordaje terapéutico para cada paciente, como referencia se toma la Guía para el

Diagnóstico y Derivación emitida por el MSP (*Reglamentos para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento de Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas*, 2012, p 3).

2.2. Parámetros y reglamentos del centro de recuperación “Un nuevo amanecer” sobre la atención a los pacientes.

El Centro de Recuperación “UN NUEVO AMANECER” ha podido implementar de forma satisfactoria un tratamiento efectivo, el cual incorpora las modalidades médico-psicoterapéuticas-vivenciales, el cual se plasma en un plan terapéutico compresivo sobre las exigencias que demanda el problema socioeconómico de las adicciones.

MISIÓN

La misión del “Centro de Recuperación UN NUEVO AMANECER” es brindar apoyo psicoterapéutico por medio de un plan terapéutico con un enfoque holístico para generar tendencias orientadoras más estables y canales comunicacionales más eficientes tanto para el usuario como para sus familiares.

VISIÓN

Aportar a la comunidad terapéutica que se inclina por abordar las problemáticas de las adicciones con nuevas técnicas y modelos terapéuticos, para de esta forma capacitar terapeutas. Creando intercambios científicos con otras instituciones, fuera y dentro del país. Generar red de apoyo para padres y terapias de pareja.

Dentro de nuestras proyecciones a futuro está crear una infraestructura para que se afiance nuestro modelo de “Comunidad Terapéutica” como los que poseen países vecinos como Colombia o Perú en donde existen talleres ocupacionales donde el paciente pueda desarrollar actividades que lo ayuden a adquirir una profesión técnica con la cual pueda ser reinsertado de mejor forma a la sociedad.

El centro de recuperación Un Nuevo Amanecer mantiene un reglamento institucional en el cual se puede resaltar los parámetros por los

cuales se rigen las intervenciones médico-psicoterapéuticas-vivenciales hacia los pacientes:

Capítulo I: PRINCIPIOS GENERALES

Art. 1 Justificación. - El “Centro de Recuperación UN NUEVO AMANECER”, es un centro especializado en brindar un tratamiento profesional a personas con problemas de conducta y de consumo de sustancias psicotrópicas, enfocándonos en la recuperación a través de un modelo terapéutico que enfatiza la educación y la prevención de las adicciones.

Art. 4 Objetivos. -

a) Objetivos Generales:

Brindar solución al fenómeno de las adicciones, consiguiendo que el usuario desarrolle tendencias orientadoras y mecanismos de defensas más estables que confronten sus diferentes problemáticas comportamentales. Y a los familiares desarrollarles técnicas comunicacionales más estables para que así logren la identificación de sus rasgos de codependencia emocional con los usuarios.

b) Objetivos Específicos:

- a. Desarrollar acciones que permitan un mayor nivel de conciencia para la educación en cuanto a las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y el deterioro emocional y psicológico que provoca a corto, mediano y largo plazo.
- b. Encaminar al usuario a reflexionar sobre las experiencias negativas durante su adicción activa, para lograr la aceptación de su problemática.
- c. Reestructurar el entorno familiar del usuario mediante intervenciones terapéuticas

d. Formar grupos de apoyo externo a la institución para el seguimiento y fortalecimiento de todas las áreas en su recuperación integral.

e. La reintegración de la familia al tratamiento para que sirva como red de apoyo que fortalezca la recuperación del usuario.

CAPÍTULO VI: NORMAS, PROCEDIMIENTOS GENERALES Y DERECHOS PARA LOS MIEMBROS DEL “CENTRO DE RECUPERACIÓN UN NUEVO AMANECER” LOS RESIDENTES FAMILIARES Y DEMÁS VISITANTES.

Art. 14.- Los procesos de atención que se lleven a cabo a los usuarios se practicará bajo estrictas normas de respeto a su intimidad e integridad tanto física como emocional, guardando la debida confidencialidad del usuario, y se deberá mantener debidamente informado a los representantes legales de los usuarios sobre el tratamiento integral al cual van a ser sometidos.

Art. 15 De las prohibiciones del personal. - En los procesos de evaluación, admisión, internamiento, tratamiento, rehabilitación, inclusión e integración social de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y en general en su funcionamiento, se prohíbe:

- Dar atención a usuarios ambulatorios o residenciales sin contar con el permiso de funcionamiento vigente.
- Mantener internos usuarios contra su voluntad, a excepción de los casos expresamente permitidos por la autoridad pertinente.
- Negar información a los usuarios, sus familiares o allegados autorizados por estos, sobre el diagnóstico integral, y las alternativas para su atención, tratamiento, y los avances de este.}
- Discriminar a los usuarios por su condición social, origen, identidad étnica, sexual, religiosa o cultural.
- Restringir la visita a los usuarios. En los casos que estas comprometan el proceso del tratamiento se contará con la recomendación terapéutica por escrito, por parte del equipo técnico con firmas de responsabilidad.

- Obligar a los usuarios a realizar trabajos dentro o fuera del establecimiento, como parte de su tratamiento, como una forma de pago de este, o que signifique lucro para el establecimiento o un tercero.

Art. 16 De las Responsabilidades del personal. - que labore en el centro, será responsable o corresponsable del cumplimiento de la presente normativa, en especial de:

- Velar por el correcto funcionamiento del Centro de Recuperación, apegado a las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes.
- Velar por la integridad física y psicológica de los usuarios.
- Abstenerse de actos que produzcan afectaciones a los Derechos Humanos de los usuarios.
- Garantizar el buen trato y el respeto irrestricto de los derechos de los usuarios.
- Los profesionales del centro deben estar capacitados para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, de acuerdo con evidencia científica actualizada y normativa vigente.

Art. 17 De las Responsabilidades del Representante técnico. - del centro que presta servicio de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, tiene la obligación de cumplir y hacer cumplir las normas técnicas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional para su funcionamiento; además será responsable de:

- Dar seguimiento al proceso terapéutico de cada uno de los usuarios, a través de reuniones semanales con el equipo técnico.
- Organizar, planificar y ejecutar el programa terapéutico.
- Receptar y evaluar los informes semanales del equipo técnico.

- Brindar atención personalizada en el área técnica a las necesidades y requerimientos de los profesionales, personal de apoyo, usuarios y familia
- Asesorar al equipo en temas técnicos y dinámica institucional
- Supervisar que se complete adecuadamente la Historia Clínica Única, Evolución del Usuario, Consentimiento Informado, Plan terapéutico individual, acuerdo terapéutico y demás documentación prevista en esta y otra normativa vigente.
- Supervisar el llenado de la bitácora, en la que se detallan todas las actividades que desarrollan los usuarios
- Asegurar la capacitación permanente del personal que labora en el centro.

Art. 21 De los derechos de los usuarios. - Además de gozar de todos los derechos humanos reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados y Convenios Internacionales, suscritos por el país y los Derechos de las Personas y del Estado en relación con la salud establecidos en el Cap. III, Art. 7 de la Ley Orgánica de Salud, los usuarios de los centros de recuperación tienen los siguientes derechos:

- Derecho a la información adecuada y clara sobre su diagnóstico integral que incluirá las alternativas para su atención y tratamiento;
- Derecho a la confidencialidad
- A contar con procedimientos, protocolos y mecanismos orientados a evitar violencia sexual, de género y otras formas de violencia, y en especial el acoso y el abuso sexual; y consumo.
- Al respeto de su personalidad, libertad, dignidad e intimidad, sin que puedan ser discriminados por ninguna causa;
- El derecho a ser tratado con igualdad y respeto, sin ser objeto de racismo, o de alguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica, sexual o cultural, garantizando el desarrollo de la personalidad, la expresión de género y orientación sexual,

- A la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos restrinja su libertad.
- El derecho a una vida libre de violencia física, psicológica y sexual, sin torturas, ni tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes, eliminando la utilización de cadenas, esposas, grilletes o similares, baños forzados y manipulación a la voluntad del paciente para conseguir obediencia y sumisión o aquiescencia para lograr el consentimiento del tratamiento.
- El derecho a recibir visitas, dentro de un esquema terapéutico, manteniendo la debida privacidad, en especial en casos de niños, niñas y adolescentes, salvo que mediare contraindicación profesional, el CR se responsabilizará del soporte y apoyo psicológico del paciente.
- El derecho a recibir tratamientos especializados para niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y otras personas de grupos de atención vulnerable y prioritaria, de acuerdo con su grupo etario.
- El derecho a una vida digna que garantice comodidad en una infraestructura y espacio adecuado respetando la individualidad y el bienestar del paciente (prohibido utilizar literas y que estos centros funciones en hacinamiento).
- El derecho a no ser criminalizado, a no adoptar medidas disciplinarias que vulneren los derechos de los pacientes, como: privarlos de los derechos de la alimentación, comunicación, visita de familiares, rapado de cabello, forzar a usar vestimenta ajena a su género, culturas u otras.
- El derecho a una alimentación con cantidad y calidad en condiciones saludables, a una nutrición adecuada y suficiente para el desarrollo físico, mental, emocional y psicológico del o la paciente.
- El derecho a la inviolabilidad del domicilio, no se deberá allanar el domicilio del paciente como mecanismo para lograr su internamiento, salvo disposición judicial

- El derecho a ser protegido contra todo tipo de explotación abuso o trato denigrante, razón por la que puede realizar una denuncia sobre las condiciones de trato inadecuado en los CR, en cuyo caso la autoridad sanitaria comunicará a la CTIS, para examinar al paciente, su trato, su entorno y tomará las medidas pertinentes
- El derecho a la recreación fomentando prácticas deportivas, sociales y culturales, brindando un ambiente que fomente la convivencia humana, su formación, y un cambio a un nuevo estilo de vida e integración saludable.
- El derecho a realizar actividades productivas, donde se contará con talleres ocupacionales, teniendo en cuenta sus perfiles y experticias profesionales y personales.

El Centro de Recuperación mantiene una ruta de atención integral, la cual está descrita a continuación:

Tabla 1

Ruta de Atención

<p>Paso 1: Información sobre el centro de rehabilitación</p> <p>Encargado: Director</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el proceso? • Costos • Horarios de atención
<p>Paso 2: Recepción del usuario</p> <p>Encargado: Coordinador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariedad • Colaboración de la familia • Compromiso de la familia de asistir a terapias • Ficha de admisión
<p>Paso 3: Valoración del estado de salud general</p> <p>Encargado: Medico general</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación • Exámenes de laboratorio • Prescripciones según el caso • Talleres de promoción de salud

Paso 4: Integración y bienvenida al grupo terapéutico

Encargado: Terapistas vivenciales, coordinadores

- Socialización
- Información de normas y reglas

Paso 5: Psicoterapia Individual

Encargado: Psicólogos

- Historia clínica
- Entrevistas y aplicación de reactivos psicológicos
- Derivación a psiquiatría de acuerdo con características del usuario.

Paso 6: Psicoterapia grupal

Encargado: Director, terapistas vivenciales, psicólogos.

- Terapia familiar
- Terapia de apoyo
- Terapia vivencial
- Terapia espiritual
- Terapia ocupacional

Paso 7: Proceso de salida

Encargado: Coordinadores, terapistas vivenciales, psicólogos

- Prevención de recaídas
- Proyectos de vida
- Semialta – Permisos de salida

Paso 8: Seguimiento post – alta

Encargado: Coordinadores, terapistas vivenciales, psicólogos.

- Monitoreo del usuario
 - Asistencia al centro 2 veces por semana
-

2.3. Historia de la terapia racional emotiva conductual

La terapia racional emotiva conductual (TREC) es propuesta por el psicólogo Albert Ellis, el cual fue uno de los más influyentes en el siglo XX, se refería a sí mismo como un terapeuta racional. Creó esta psicoterapia con la finalidad de que sea más activa, directa y dinámica. Esta terapia fue creada con la finalidad de ayudar a las personas a comprender que sus pensamientos contenían creencias que ayudaban a su dolor emocional, buscaba fomentar un cambio de las creencias, comportamientos irracionales, auto derrotistas y rígidos, todo esto de forma activa. (Domínguez, V. 2021)

Se podría decir que la TREC tiene como objetivo principal enfocarse en intentar resolver los posibles problemas emocionales y conductuales, gracias a la ayuda de una intervención activa y directa, ligado a una reestructuración cognitiva.

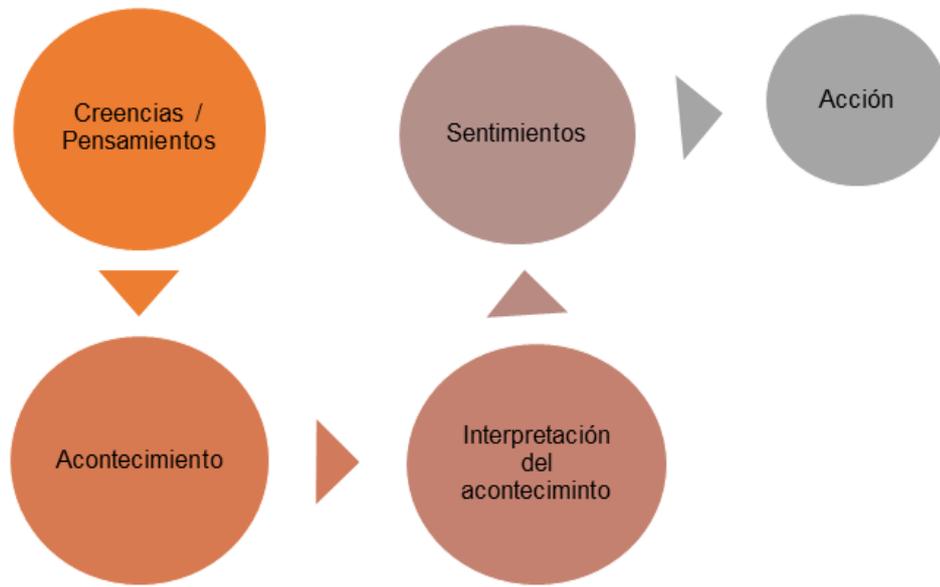
El funcionamiento de la terapia racional emotivo conductual (TREC) sostiene que los sujetos no solo se ven trastornados por los acontecimientos desafortunados que han vivido, sino que también se ven afectados por otros sucesos cotidianos que experimentan, como el no poder cumplir con sus metas y deseos, los cuales llevarían a que el paciente experimente sentimientos de ansiedad, estrés y/o depresión, los cuales llevarían a un pensamiento y actitud derrotista. Por lo tanto, la TREC busca que las personas puedan minimizar sus sentimientos y conductas derrotistas y no saludables, mediante el trabajo terapéutico que consiste en que las personas se den cuenta de sus ideas irracionales y las puedan debatir con la finalidad de poder cambiarlas y volverlas simples preferencias (Domínguez, V. 2021)

2.4. Postulados Básicos de la Terapia racional emotiva conductual

La teoría de Ellis se puede ejemplificar en el siguiente gráfico.

Figura 1

Teoría de Ellis



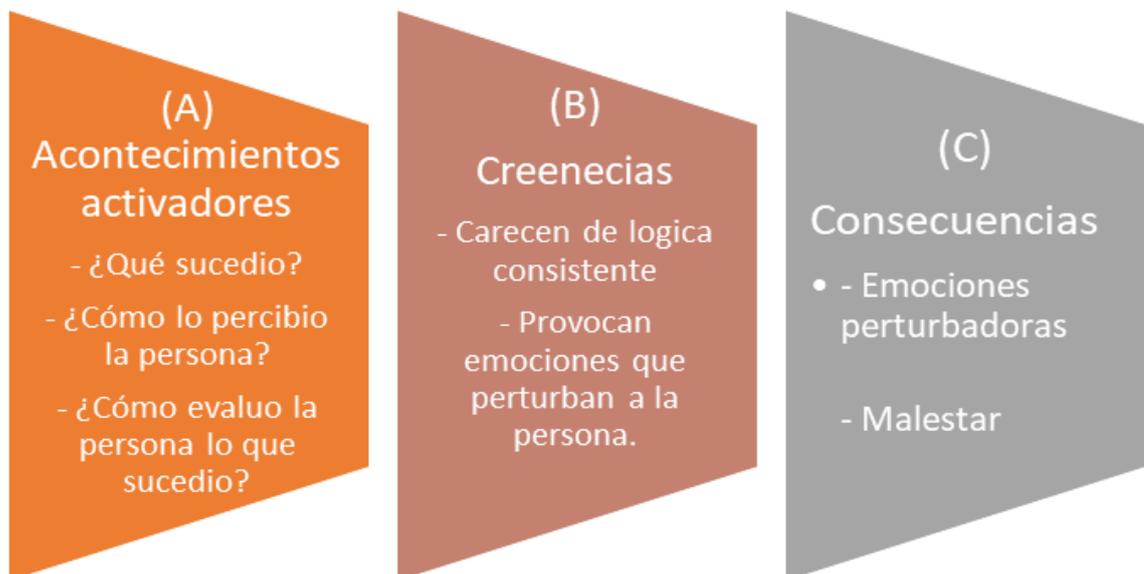
El sujeto crea cierta expectativa o creencia de cómo se va a suscitar el acontecimiento próximo a ocurrir, lo cual deposita cierto temor e inseguridad. Una vez que el acontecimiento se acerca, se genera la interpretación del acontecimiento sucedido donde pueden tener lugar los pensamientos automáticos y creencias irracionales. Luego se manifiestan los sentimientos y acción (conducta), que son reforzados de una forma negativa y perjudicial para el sujeto, por la creencia irracional.

Las personas suelen distorsionar la realidad de una forma negativa cuando falla en algún aspecto de su vida, generando estas creencias irracionales que dan lugar a estos sentimientos perturbadores que se pueden dar tanto consciente o inconscientemente. Según Ellis la TREC está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad. (Pizarro y Lega, 2006, p.102).

La Terapia Racional Emotivo Conductual procura dar una justificación por el lado psicológico, biológico y social al actuar del sujeto cuando no puede cumplir o satisfacer su propósito. El ser humano es un ser de cambio y mejora constante, por ende, siempre está fijando metas que cumplir, una vez que las cumple se siente autosuficiente y mejora su autoestima. La TREC busca, antes los fracasos o fallos que puede tener el sujeto, la aceptación racional del acontecimiento sucedido y evitar el malestar de la falla. Ellis, mediante el esquema ABC, expone cómo influye la percepción de los acontecimientos en el sujeto y que consecuencias pueden existir.

Figura 2

Esquema ABC



El esquema ABC está conformado por acontecimientos activadores (A), beliefs / creencias (B) y consecuencias (C). Cuando el sujeto se plantea un objetivo, pueden existir acontecimientos activadores que provoquen un retraso en la culminación de este objetivo por cumplir lo cual generaría como consecuencia el abandono de dicha meta. Sin embargo, para que este acontecimiento activador genere dicha consecuencia, debe existir una percepción del sujeto hacia la situación, lo crearía una creencia irracional y está impulsa la consecuencia. Entonces (A) el acontecimiento activador no

crea una (C) consecuencia por sí solo, sino más bien, se da una interrelación con el punto (B), ya que depende de cómo el sujeto perciba el acontecimiento y genere una creencia, a partir de esto se dará las consecuencias.

Las consecuencias pueden ser psicológicas, fisiológicas, emocionales y pueden darse por medio de la conducta.

Figura 3

Consecuencia del Esquema ABC

Psicológicas	Fisiológicas	Emocionales	Conducta
-Confusión mental	-Tensión muscular	- Miedo intenso, angustia y/o pánico	- Escape
- Desorientación	- Palpitaciones	- Sensación de vergüenza	- Evitación
- Bloqueo mental	- Sudoración	- Sensación de inutilidad	-Comportamiento confuso
	- Debilitación de voz	- Irritabilidad	-Conductas adictivas / compulsiones
	- Temblores	-Culpabilización	

Desde el punto de vista de la TREC, no todas las emociones positivas son saludables ni todas las emociones negativas son disfuncionales. Las emociones que podemos considerar adecuadas son:

Figura 4

Emociones Adecuadas

Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none">- Alegría- Curiosidad- Amor	<ul style="list-style-type: none">- Dolor- Frustración- Incomodidad

Estas emociones se consideran adecuadas ya que, al momento de experimentarlas, no afectan o interfieren en las metas y objetivos futuros del sujeto. Por el contrario, las emociones inadecuadas si generan un malestar significativo a tal punto de lograr que el sujeto aplace o abandone sus metas, al no saber cómo afrontar los obstáculos que surjan en el proceso.

Figura 5

Emociones Inadecuadas.

Positivas	Negativas
<ul style="list-style-type: none">- Grandilocuencia- Prepotencia	<ul style="list-style-type: none">- Depresión- Ansiedad- Incapacidad

Ellis también manifiesta que cuando la demanda que el sujeto establece es alta y no se cumplen, se genera un malestar emocional que da lugar a dos perturbaciones psicológicas.

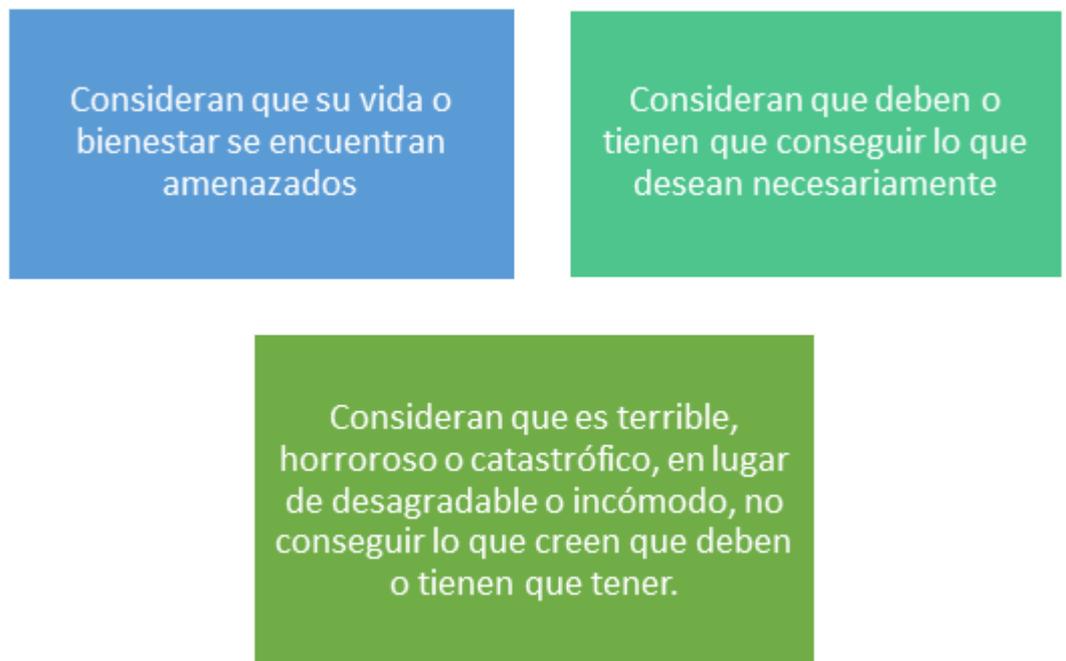
Ansiedad del yo: "malestar emocional intenso que se acompaña con frecuencia por sentimientos fuertes de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad". (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p.328). La ansiedad del yo genera autodesprecio en el sujeto al no poder alcanzar la meta planteada. Se

coloca en una posición de poco valor y se descalifica por no cumplir las exigencias de los objetivos propuestos.

Ansiedad perturbadora: Puede considerarse un síntoma secundario y también confundirse con ansiedad generalizada. Suele darse cuando la persona experimenta un malestar emocional:

Figura 6

Malestares Emocionales.



“En definitiva, la ansiedad perturbadora implica una baja tolerancia a la frustración que se origina por las demandas a sí mismo, a los otros o al mundo que tienen que ver con normas dogmáticas.” (Dryden citado por Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p.329).

Una alternativa saludable para la ansiedad del yo sería la aceptación de sí mismo como un sujeto que puede fallar, no descalificarse y reconocer sus errores, y de esta forma saber afrontar mejor los obstáculos en un futuro. Respecto a la ansiedad perturbadora, la alternativa saludable, sería la

tolerancia a la frustración, ser paciente al momento de estar frente a dificultades en el proceso.

2.5. Herramientas de intervención

Al aplicar la terapia TREC se trata de disminuir el malestar emocional y las conductas desadaptativas, mediante el cuestionamiento de las creencias irracionales ante un evento activador. Se realiza un debate, entre el analista y el paciente, sobre las creencias irracionales que puedan estar activando estas emociones desadaptativas y por ende generando malestar. Se busca llegar a un punto donde las consecuencias fisiológicas, psicológicas, emocionales y conductuales sean más funcionales para el sujeto, mas no perjudiciales.

Ellis y Abrahms definen la terapia racional emotiva como un instrumento de psicoterapia, que consiste en establecer cuáles son las creencias irracionales de la persona sobre sí misma y sobre las demás, para luego discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales a través del modelo ABC. (Anzueto, s.f, p.7).

Una vez que el paciente desarrolla la capacidad de discernir las creencias irracionales y las creencias racionales, puede llegar al núcleo de sus trastornos emocionales para así comprenderlos. El paciente adquiere diversas formas de respuestas más apropiadas ante cualquier evento estresor o ansiógeno que se le pueda presentar. También aprende cómo actuar como un ser más racional, sin dejarse llevar por la filosofía de llevar una vida irracional, haciéndose responsable de su actuar ante su entorno.

Dentro de la sesión el analista debe ser activo y evitar caer en un fuerte arraigo de las creencias. Debe estar constantemente haciendo preguntas que inciten al paciente a cuestionar los pensamientos automáticos que tenga y de esa forma también

cuestiona las creencias irracionales generadas por dichos pensamientos. Ser dinámico y promover el cambio a esta nueva filosofía de pensamiento racional, no realizar catarsis con el paciente ya que podría reforzar la creencia irracional a largo plazo.

El profesional a cargo debe ser flexible y no absolutista, como aspecto primordial en la TREC, se debe tener en cuenta de no mostrar un estilo muy directivo cuando se trata a personas dependientes, no mostrarse demasiado activo con personas de comportamiento pasivo, evitar un estilo muy intelectual y racional cuando se trate de personas obsesivas y no demostrar mucha emotividad con personas histéricas.

En relación con el paciente, es importante que se genere una buena transferencia en cuanto la relación paciente – analista, mediante la empatía y respeto. Por medio de la empatía el analista demostrará que entiende las creencias del sujeto y este se sentirá escuchado y comprendido. El sentido del humor también es un recurso importante, las perturbaciones nacen desde que el sujeto toma muy en serio los acontecimientos, no obstante, no funciona en todos los casos ya que algunos pacientes pueden no considerarlo oportuno.

La TREC posee diversas técnicas que pueden aplicarse tanto dentro de la sesión o desde el trabajo que el sujeto realice en casa como refuerzo de las sesiones. Se dividen en técnicas cognitivas, conductuales, emotivas.

Las técnicas que se utilizan durante las sesiones son:

Tabla 2

Técnicas Utilizadas en Sesión

Técnicas Cognitivas	<ul style="list-style-type: none">● Técnicas de discusión● Análisis y evaluación lógica● Reducción al absurdo● Análisis y evaluación empírica● Contradicción con el valor apreciado● Apelar a consecuencias negativas● Apelar a consecuencias positivas● Entrenamiento en auto instrucciones● Distracción cognitiva
Técnicas Conductuales	<ul style="list-style-type: none">● Ensayo de conducta<ul style="list-style-type: none">● Inversión del rol racional● Refuerzo y castigo● Entrenamiento en habilidades sociales● Entrenamiento en solución de problemas
Técnicas Emotivas	<ul style="list-style-type: none">● Imaginación Racional Emotiva● Técnicas humorísticas

Nota: Los datos son obtenidos de (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 350)

Ahora se mencionan las técnicas cognitivas, conductuales y emotivas que la TREC aplica como reforzador de las sesiones para que el sujeto trabaje en casa.

Tabla 3

Técnicas Utilizadas en Casa

Técnicas Cognitivas	<ul style="list-style-type: none">● Autorregistro● Proselitismo racional● Debatir grabaciones● Auto instrucciones racionales● Biblioterapia
Técnicas Conductuales	<ul style="list-style-type: none">● Tarea de toma de riesgos● Inundación en vivo● Ejercicios de metas fuera de lo corriente● Auto refuerzo y autocastigo
Técnicas Emotivas	<ul style="list-style-type: none">● Ejercicios de ataque de vergüenza● Uso del sentido del humor

Nota: Los datos son obtenidos de (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 350)

2.6. Definición de conceptos

Ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactividad fisiológica. (Feliú, 2014, p.65).

Creencias irracionales: Los pensamientos irracionales son, por el contrario, cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se

expresan de forma rígida con términos tales como debería de y tendría que y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad. (Ellis citado por Ruiz, Diaz y Villalobos, A., 2012, p. 355).

Terapia cognitiva: La Terapia Cognitiva originalmente surgió como una terapia individual, pero pronto comenzaron a hacerse investigaciones y desarrollo que permitieron utilizarla en grupos, mostrando también buenos niveles de eficacia. En la modalidad grupal se utilizan los mismos conceptos teóricos y técnicos, aunque pueden agregarse algunos otros propios del dispositivo grupal. Los objetivos son los mismos, tanto para la terapia individual como grupal, básicamente lograr cambios de las creencias disfuncionales que sostienen los síntomas, restitución sintomática y prevención de recaídas. (Camacho, 2003, p.15).

Técnicas grupales: El trabajo con/de/en grupos son todas aquellas acciones y actividades que se llevan a cabo de manera colectiva. Es decir, para que exista un trabajo grupal (en grupos, con grupos o de grupo, las expresiones son intercambiables), sólo es necesario que las acciones se desarrollen colectivamente. (Ramírez, s.f, p.2).

Grupo operativo: Este método puede ser aplicado en cualquier ámbito y con cualquier objeto de estudio o «tópico», esto es: para aprender el proceso de los grupos, para integrarse en una realidad social diferente con motivo de la inmigración, para estudiar los problemas de integración de un colectivo concreto, por ejemplo, personas sin hogar, para trabajar con las familias, etcétera. (García, 2012, p. 208).

Creencias racionales: (Elster, 1989) conceptualiza, una creencia se considera racional a partir de la relación que tiene esta con la evidencia disponible, considerando la concordancia de tal información y la historia causal de la misma. (Elster citado por Trapero y Parra, 2013, p.145).

Reestructuración cognitiva: Se trabaja la identificación y utilización de todas aquellas estrategias cognitivas que se consideran adecuadas para un afrontamiento efectivo y la modificación de los pensamientos disfuncionales o inapropiados. Se utiliza especialmente el análisis de la evidencia confirmatoria o disconfirmatoria de pensamientos o creencias mediante diálogo socrático entre terapeuta y cliente y la realización de experimentos conductuales. (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p.426).

CAPÍTULO 3

3. PROPÓSITOS Y FINALIDADES QUE SE BUSCAN CON LA PROPUESTA

3.1. Objetivos de la propuesta

Respecto con lo investigado y observado en el centro de rehabilitación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”, se ha comprobado que las limitaciones que implica estar interno en un centro de rehabilitación pueden generar ansiedad y angustia, lo cual sería una dificultad dentro de su tratamiento de adicciones, al momento de causar una distracción y por ende un retroceso en su progreso. La ansiedad experimentada por los pacientes del centro de rehabilitación, pueden generar sintomatología tanto física, conductual y psicológica, la cual será abordada desde la técnica TREC.

Desde el punto de vista de la TREC, se busca prevenir posibles conductas inadecuadas o disruptivas en los pacientes internos del centro, cuestionando las creencias irracionales provocadas por los pensamientos automáticos que son generados por acontecimientos activadores. Mediante este cuestionamiento, las creencias irracionales se vuelven más racionales y así el sujeto actúa de una forma más funcional para su entorno y para sí mismo. El principal objetivo es plantear diversas formas de trabajar con la ansiedad experimentada en el centro y así buscar vías por las cual el interno pueda sublimar y desfogar, así consiguiendo alivio y mayor concentración en su tratamiento de adicciones.

3.2. Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención en el centro de rehabilitación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”, mediante la técnica cognitivo conductual TREC para trabajar con las ansiedades que se puedan generar en los pacientes causados por el internamiento, y así hacer más llevadera su experiencia dentro del centro promoviendo un desempeño óptimo en su tratamiento de recuperación.

3.3. Objetivos específicos

- Analizar las conductas que son generadas por la ansiedad en los pacientes del centro de rehabilitación.
- Determinar la relación entre ansiedad e internamiento en el centro de rehabilitación.
- Recopilar la información que tienen los integrantes del grupo seleccionado sobre el término de ansiedad y sus variantes.
- Identificar los factores ansiógenos que pueden existir dentro de la clínica.
- Considerar los posibles ambientes que generen ansiedad en el centro de rehabilitación.
- Demostrar la eficacia de la TREC para el manejo de la ansiedad en los pacientes toxicómanos del centro de rehabilitación.
- Mejorar la experiencia de los pacientes en su tratamiento de rehabilitación, haciendo más llevadera la estadía dentro del centro especializado en adicciones.

3.4. Pretensiones iniciales

La propuesta procura:

- Determinar los niveles de ansiedad que puede experimentar un paciente del centro de rehabilitación
- Conocer los factores ansiógenos que se presenten en su estadía en el centro de rehabilitación.

- Planificar talleres grupales donde se permitan establecer herramientas para que los pacientes puedan afrontar los momentos o situaciones ansiógenas, así desarrollando conductas adecuadas y no entorpecer su tratamiento de adicciones.
- Ofrecer un espacio de escucha donde los pacientes puedan compartir sus vivencias y experiencias ligadas a la ansiedad y compartan con el grupo su forma de tramitarla.

3.5. Población beneficiaria

El centro de rehabilitación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer” cuenta con 62 pacientes internos para llevar a cabo su tratamiento de adicción a las drogas.

El centro cuenta con 3 psicólogos, por lo tanto, cada psicólogo se encarga de alrededor de 20 pacientes. Para este trabajo se tomó a 12 pacientes correspondientes al psicólogo tutor designado. Por lo tanto, el grupo seleccionado para este trabajo de investigación es de 12 pacientes pertenecientes al centro de recuperación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”.

3.6. Metodología

El presente trabajo es de tipo mixto, por lo cual consta de enfoques cuantitativos y cualitativos permitiendo así desarrollar de forma óptima la propuesta. En el enfoque cuantitativo se pretende usar como método de recolección de datos las entrevistas y encuestas se pretende realizar un análisis de la información obtenida de los 12 pacientes seleccionados y los psicólogos, permitiendo así poder realizar una tabulación estadística. En tanto con el enfoque cualitativo se busca teorizar de qué forma influye la sintomatología de ansiedad en el tratamiento de un paciente internado y cómo éste puede hacer uso de diversas herramientas para sobrellevar el estado de ansiedad en su proceso de rehabilitación en el centro de recuperación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”. La investigación es de tipo explicativa ya que nos encargamos de establecer la relaciones de causa y efecto, en este caso entre encierro y la ansiedad como producto de este.

Para el desarrollo de esta metodología, se atendió mediante sesiones a todos los pacientes del psicólogo tutor asignado del centro, mediante la escucha y la observación se pudo identificar los pacientes que estaban experimentando cierto malestar por alguna sintomatología relacionada a la ansiedad. También mediante reuniones de cuerpo clínico se pudo dialogar con los otros profesionales del centro como terapeutas vivenciales y coordinadores para evaluar el desempeño de los internos. Recolectando y analizando toda la información adquirida, se procedió a seleccionar los pacientes que mediante conductas inadecuadas o algún tipo de aislamiento demuestran inconformidad con su estadía dentro del centro.

3.7. Estrategia de la propuesta

Este trabajo de investigación tiene como fin generar una propuesta para el centro de rehabilitación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”, una propuesta de implementar este espacio de escucha activa donde, dentro de un grupo de pacientes, puedan compartir y generar conocimientos sobre las sintomatologías que se experimentan dentro del tiempo de internamiento.

Estos talleres o sesiones grupales, más allá de brindar diferentes percepciones y formas de tramitar sintomatologías, también ayudarán a aliviar un poco el malestar que los pacientes puedan tener y ser un desahogo de la rutina que se lleva habitualmente en los centros de rehabilitación. El tener este espacio recreacional puede ayudar a que el paciente tenga una mayor concentración en las terapias destinadas a su tratamiento de adicción.

3.7.1 La Terapia racional emotiva conductual (TREC)

Como ya se ha indicado anteriormente, para la presente propuesta de intervención se escogió como marco teórico los postulados y herramientas que brinda la terapia racional emotiva conductual (TREC). Esta terapia fue escogida de forma estratégica por los beneficios que brinda al momento de emplearla y también porque va de la mano con la forma de atención predeterminada que mantiene la clínica hacia sus pacientes. A continuación, se explicará brevemente en qué parámetros beneficia la TREC:

- **psicoterapia de intervención grupal:** La terapia racional emotiva conductual brinda la posibilidad de poder usarse en intervenciones grupales, lo cual beneficia y posibilita a una interacción óptima entre los internos que padecen de un estado de ansioso y va de la mano con la propuesta, ya que se atenderá a una muestra de 12 pacientes internados en el centro de recuperación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”.

- **técnicas grupales:** Las técnicas grupales posibilitan que los integrantes del grupo interactúen entre sí, permitiendo desarrollar o fortalecer habilidades en la parte social y también permite que exista un razonamiento de forma grupal e individual sobre temas en específicos a tratar o que surjan en el momento.

- **diferentes enfoques:** La terapia racional emotiva conductual (TREC) da apertura para usar otros enfoques que mantienen una similitud y ayudarían a trabajar de forma óptima y dinámica con el grupo terapéutico. Se han considerado los siguientes enfoques: Gestalt, Psicodrama, Enfoque centrado en la persona.

3.8. Resultados de la investigación

Sobre los datos y las encuestas dirigidas hacia los pacientes internados en el centro de recuperación, la información obtenida será de suma importancia para conocer el estado emocional y escenario actual que presentan los internos en su proceso de rehabilitación.

3.8.1 Perfil de los pacientes internados

Mediante datos generales se pudo conocer varios puntos principales que son de importancia respecto al proceso de rehabilitación de cada uno de los internos. Se pudo recopilar aspectos significativos, los cuales permiten tener un conocimiento tentativo sobre la población investigada. Los datos recopilados muestran que la muestra poblacional para la investigación se encuentra dividida en 4 grupos de edades, lo cual enriquecido a la

investigación, ya que permite observar cómo llevan el proceso de rehabilitación el adulto joven, el adulto y el adulto de mediana edad. Con respecto al estado civil de los pacientes encuestados se observó que más de la mitad son solteros, mientras que el resto mantienen una relación de unión libre en las cuales tienen hijos. En los siguientes gráficos se podrá observar los porcentajes totales:

Figura 7

Edades de los Pacientes.

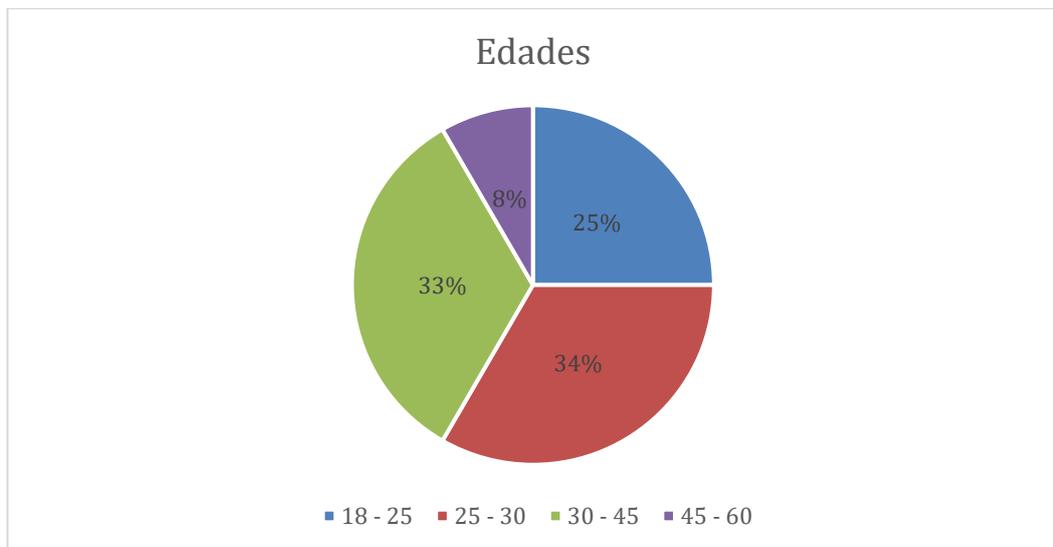
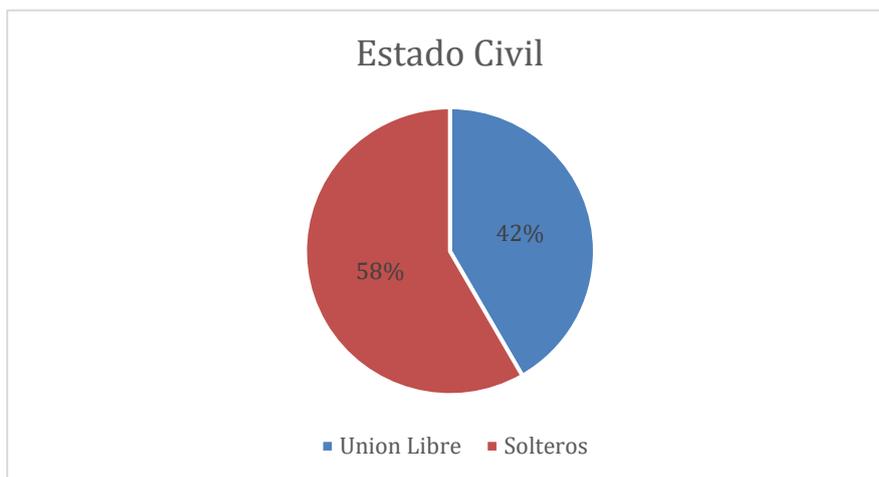


Figura 8

Estado Civil de los Pacientes



3.8.2 Datos relevantes de los pacientes en el proceso de rehabilitación

Por medio de las encuestas aplicadas se pudo conocer el tiempo estimado que un paciente estuvo inmerso en el consumo de drogas, si en algún momento pensó en dejar el consumo, cuáles son sus razones para recuperarse, si su internamiento fue voluntario y que si aún en su tiempo de internamiento considera que le hace falta reforzar algún aspecto de sí mismo.

Figura 9

Tiempo de Consumo



Como un aspecto importante para las intervenciones terapéuticas es primordial saber un estimado del tiempo que a esta un paciente inverso en el consumo de drogas, por lo cual se optó por preguntarles en la encuesta. Como se puede observar en el gráfico la mayor parte de la población respondió que

ha mantenido un periodo de 8 años de consumo, representando esto son el 33% de los encuestados (4 pacientes). Otro gran porcentaje de los encuestados respondieron que han estado en un estimado de 10 años de consumo, siendo estos representados con el 25% (3 pacientes), seguido de los pacientes que han mantenido un consumo de 7 y 16 años, ambos son representados con un 17% (equivalente a dos pacientes por cada año), por otra parte, el 8% de la población (1 paciente) a esta en consumo de drogas por un estimado de 24 años.

Figura 10

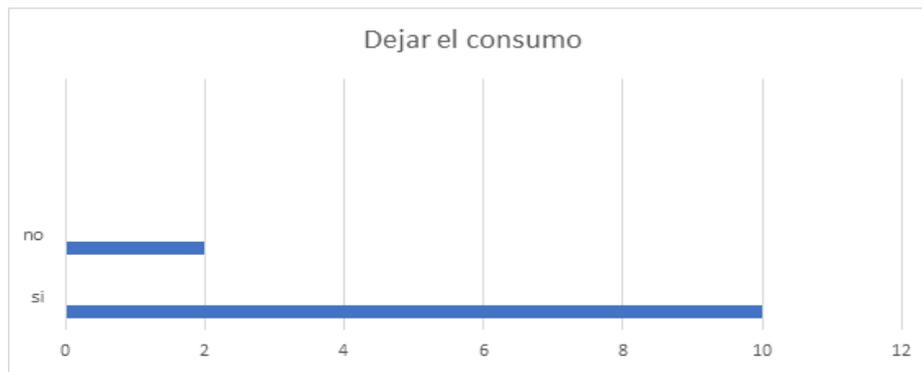
Internamiento Voluntario



En el proceso de la investigación se planteó que era de suma importancia conocer que pacientes de la población escogida habían ingresado al centro de rehabilitación por voluntad propia y quienes no, para lo cual, la mayoría mencionó que su internamiento fue involuntario, fueron ingresados por familiares, mientras que la minoría dijeron que su internamiento si fue voluntario. Esta información es oportuna por lo que demuestra desde un principio la predisposición del paciente en búsqueda de su rehabilitación.

Figura 11

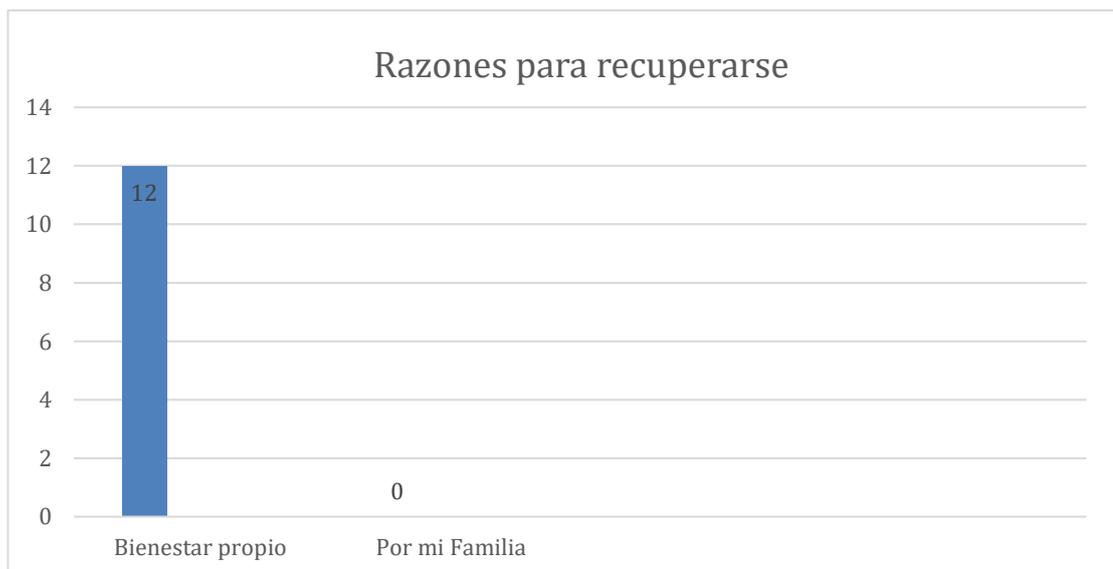
Dejar el Consumo



Se les preguntó a los participantes si en algún momento de su etapa de consumo pensaron en dejar las drogas, a lo cual la mayoría de la población indicó que sí, pero por voluntad propia no podían, mientras que la otra parte reveló que nunca habían tenido las ganas y tampoco habían pensado en dejarlas.

Figura 12

Razones para Recuperarse



Dentro de los parámetros que se trabajan con los pacientes del centro de rehabilitación se les plantea y menciona que la rehabilitación es individual, el tiempo que pasen internados lo deben de priorizar en trabajar aspectos significativos propios. Por esto se les preguntó a los participantes si su

recuperación la enfocan hacia la búsqueda de un bienestar personal o hacia otra cosa, como la familia. A esto en su totalidad los participantes respondieron que efectivamente su recuperación está enfocada en la búsqueda de un bienestar propio.

Figura 13

Reforzar un Aspecto Propio.



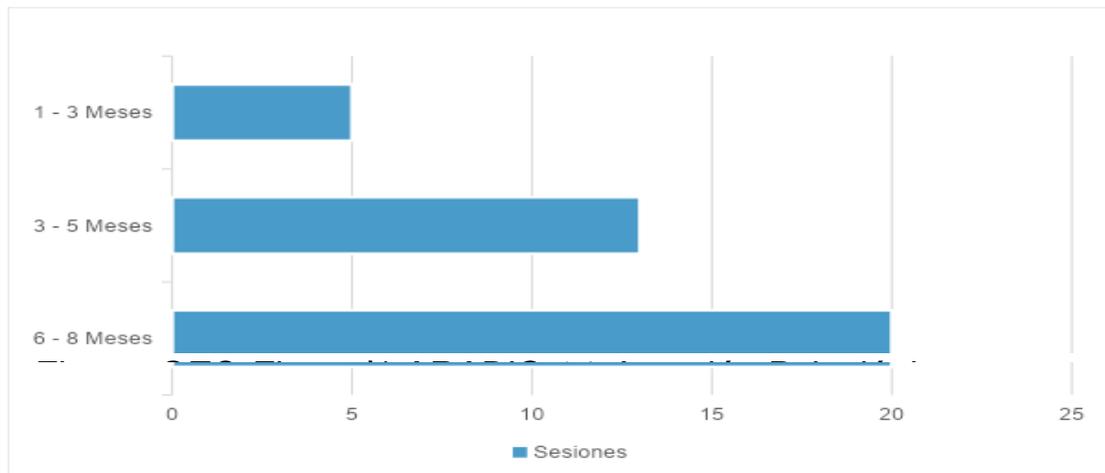
Acorde con los tiempos de internamiento que han estado cada uno de los participantes en el centro de rehabilitación y como han ido trabajando en las terapias psicológicas y vivenciales, se optó por preguntar si aún consideraban que deberían de reforzar o mejorar en algún aspecto de sí mismo, a lo cual la mayor parte de los participantes mencionaron que sí, que aún les hace falta trabajar aspectos, como la ira, sentimientos, la fe, la honestidad, la impulsividad, la madurez, entre otros, mientras que el porcentaje menor indicó que no.

3.8.3 Atención Psicológica

Es pertinente mencionar que los pacientes participantes de la investigación no constan con la misma cantidad de sesiones psicológicas, ya

Figura 14

Atención Psicológica.

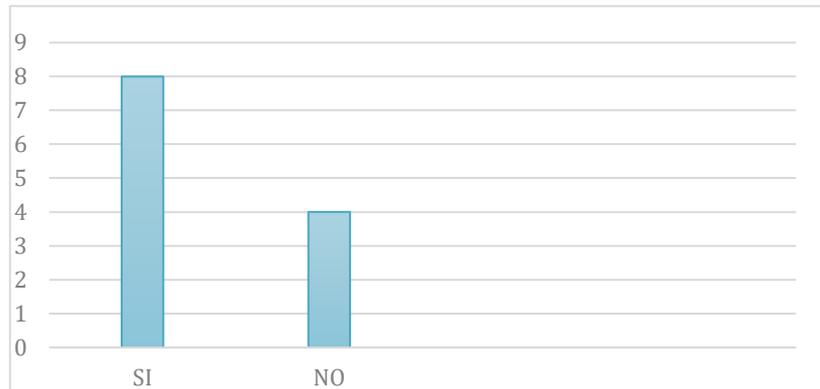


que en el grupo selecto existen pacientes con diferentes tiempos de estadía en el centro de recuperación, esto enriquece a la investigación, ya que el estado de ansiedad que llegan a presentar los internos puede variar con el tiempo de la internación, es decir que la ansiedad que presenten puede darse en distintas etapas. Los pacientes que tienen de uno a tres meses tienen alrededor de cinco sesiones, los de tres a cinco meses han tenido alrededor de doce sesiones y los que han estado por seis a ocho meses en la clínica han tenido alrededor de veinte sesiones. A continuación, graficar los porcentajes de estas:

3.8.4 Reestructuración cognitiva

Con respecto a las temáticas trabajadas mediante la encuesta se optó en la parte final realizar una breve introducción sobre los posibles estados emocionales que puede llegar a sentir un interno en el proceso de la rehabilitación, como eje principal a tratar fue la ansiedad, por lo cual se pidió que cada uno de los participantes diera una opinión o concepto sobre lo que sabían de la misma, para la cual la mayoría de los participantes pudieron argumentar que es la ansiedad, mientras que la minoría mencionaba que no sabían que era la ansiedad, pero si la habían sentido.

Figura 15
Reestructuración Cognitiva



3.8.5

Ansiedad

El estado emocional más frecuente que presentan los pacientes en el periodo de internamiento en el centro de rehabilitación es la ansiedad, dado que esta se le puede presentar al paciente en distintas etapas como anteriormente se ha mencionado. Es por esto que se considera pertinente realizar una intervención más detallada y precisa de la misma, permitiendo así que los pacientes adquieran conocimientos y herramientas para saber cómo trabajar con la ansiedad, ya que muchos pacientes no saben cómo lidiar con este estado emocional y esto provoca que entorpezcan o retrasen su tratamiento con conductas inapropiadas.

Figura 16

Lidiar con la ansiedad.



CAPÍTULO 4

ESTRUCTURA Y PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

4.1. Estructuración de la propuesta

Se iniciará teniendo sesiones con los posibles pacientes que podrían conformar el grupo seleccionado para llevar a cabo esta propuesta. Más allá de las sesiones individuales que se tendrán, también se trabajará en conjuntos con los otros psicólogos pertenecientes a la institución y terapeutas vivenciales, con el fin de adquirir información relevante a los pacientes posibles para formar el grupo. El objetivo que busca el grupo operativo es observar las necesidades de cada uno de los pacientes entrevistados, luego conformar un grupo donde los pacientes tengan similitudes en las necesidades que expresen o den a notar.

Se debe conocer el ambiente y su forma de relacionarse con los internos del centro de rehabilitación, de esta forma podremos llegar al génesis de su malestar y ver diversas formas de abordarlo. Se busca que los

pacientes, dentro de su tratamiento de rehabilitación, aprendan a lidiar con el estrés y ansiedades que se suelen dar por la rigidez de ciertas normas de los centros especializados en tratar el consumo de tóxicos.

Los talleres que se llevarán a cabo se centrarán en brindar recursos y herramientas al grupo seleccionado de pacientes, para que puedan sobrellevar su estadía dentro del centro de rehabilitación de una forma más llevadera, haciendo frente a situaciones estresoras o ansiógenas de manera más funcional para sí mismo y para su entorno dentro del centro.

Se inicia identificando sus conocimientos sobre la ansiedad, como ellos ven la ansiedad, luego se les dará una mejor percepción de lo que es la ansiedad como sintomatología, de esta forma se dará una reconstrucción en sus conocimientos respecto a la ansiedad. Luego se abordarán los ambientes que generalmente suelen ser ansiógenos y se identificarán diversas formas de tramitar esos eventos estresores. Finalmente se dará la retroalimentación donde se buscará generar reflexión y la adquisición de aprendizaje en los pacientes del grupo seleccionado, para que con posterioridad puedan ponerlo en práctica.

Los talleres que se llevarán a cabo con los pacientes del grupo seleccionado tendrán cinco fases, las cuales son:

Tabla 4

Fases de los talleres

Fases de los Talleres	
Formación de conocimientos	En esta fase se busca saber qué información tienen los integrantes del grupo seleccionado sobre la ansiedad, como ven desde su perspectiva la ansiedad. Una vez que se haya compartido sus saberes, los facilitadores brindarán un concepto más específico de la ansiedad y lo explicarán, de forma que cada integrante del grupo pueda reconstruir sus

	ideas sobre la ansiedad y pueda tener un mejor conocimiento sobre esta sintomatología.
Identificación de situación generadora de ansiedad	Esta fase está destinada a identificar qué tipo de situaciones son generadoras de ansiedad en los pacientes, ya sea dentro del centro como fuera. Los integrantes del grupo se deben plantear situaciones estresantes y determinar qué tanto malestar produce o provoca.
Conociendo las creencias irracionales	Este taller se centrará en conocer las creencias irracionales que son generadas por las situaciones ansiógenas. Qué tipo de creencias irracionales pueden llegar a existir cuando están frente a un acontecimiento activador y qué consecuencias puede tener.
Reconstrucción: Creencias irracionales por racionales.	En esta fase se la cataloga como psico – aprendizaje, se abordarán las creencias irracionales que anteriormente se mencionaron y se las cuestionan. Luego se hará el debate donde se escogerá qué creencias racionales pueden ser reemplazo de las creencias irracionales ya cuestionadas anteriormente.
Retroalimentación - Cierre	En este taller final, se dará un repaso de todo lo visto en los talleres anteriores, para fortalecer la adquisición del aprendizaje y que los pacientes puedan aplicarlo en diversas situaciones que se les puedan presentar. También se dará en cierre con el grupo, ya que es el último taller que se dará.

4.2. Datos generales de los talleres

Tabla 5

Datos Generales

Nombre del taller:	Taller de intervención y manejo de la ansiedad en los pacientes internos del centro especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”.
Institución:	Centro de rehabilitación especializado en adicciones “Un nuevo amanecer”.
Autor:	Luis Anchundia, Nathalia Velasco
Duración:	Se dará 1 taller semanal y saltando una semana, por ende, durante 2 meses se llevarán a cabo los talleres. Los talleres durarán de 1:30 a 2 horas.
Dirigido:	Pacientes internos en el centro de rehabilitación.
Cantidad de participantes:	12 pacientes seleccionados
Materiales utilizados:	Sillas, pizarra, hojas de papel, marcadores, bolígrafos, cinta adhesiva, caramelos

4.3. Planificación de los talleres

TALLER 1

Figura 17

Taller 1

Tema: Conociendo la ansiedad		Fase: Formación de conocimientos		Número de Taller: 1	
Objetivo: Lograr una interacción dinámica por parte de los participantes y crear un ambiente cómodo donde se sientan seguros de compartir vivencias y experiencias relacionadas a la ansiedad. Partir, mediante técnicas cognitivas / conductuales, a la identificación de situaciones ansiógenas y herramientas que puedan ayudar a lidiar con dicho malestar.					
	HORA	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD / TÉCNICA	RECURSOS
INICIO	10:00	20 minutos	Establecer un ambiente cálido y amigable, mediante esta técnica y así dinamizar al grupo de participantes.	El doctor me dijo que tengo un tic / Técnica rompe hielo El grupo formará un círculo y cada uno deberá decir “El doctor me dijo que tengo un tic” seguido de un movimiento corporal parecido a un tic. A medida que avanza la técnica, se deben repetir todos los	Sillas

			movimientos anteriores hasta que uno se equivoque.	
	20 minutos	Lograr interacción entre los participantes para que se familiaricen con todo el grupo	<p>Presentación / Técnica de presentación</p> <p>Se indica al grupo que formen parejas, estas dos personas se presentarán ante la otra persona y comentarán ciertas características de ellos. Luego cada pareja deberá pasar al frente del grupo y así cada integrante presentará al otro.</p>	Sillas
	30 minutos	Identificar los conocimientos que los participantes tengan sobre la ansiedad y compartirlos en el grupo.	<p>Tempestad mental / Técnica de apertura</p> <p>Se realiza una pregunta abierta al grupo ¿Qué es la ansiedad?, luego se les pide que la definan con una palabra y estas palabras son anotadas en el pizarrón. Luego se le pide a otro participante que escoja una de las palabras anotadas con la cual se identifique respecto a alguna vivencia, la comparte con todo el grupo y así sucesivamente con los demás participantes.</p>	Sillas Pizarrón Marcador

<p style="text-align: center;">DESARROLLO</p> <p style="text-align: center;">11:10</p>	<p style="text-align: center;">30 minutos</p>	<p>Integración de los conocimientos adquiridos en la actividad anterior y desarrollar capacidad de síntesis.</p>	<p>Creando el boletín / Técnica de desarrollo de actividades</p> <p>El grupo se dividió en 2, es decir dos grupos de 6. El facilitador entregó las hojas y bolígrafos a cada participante, luego les pide que escriban un concepto de ansiedad según lo comentado anteriormente. Luego cada grupo debaten y crean un concepto por grupo, una vez hecho esto lo comparten con el resto del grupo.</p>	<p style="text-align: center;">Papel Bolígrafo</p>
<p style="text-align: center;">CIERRE</p> <p style="text-align: center;">11:40</p>	<p style="text-align: center;">20 minutos</p>	<p>Dar a conocer lo aprendido en el taller de una forma divertida y dinámica.</p>	<p>Fluidez del léxico / Técnica de evaluación de aprendizaje</p> <p>El grupo forma un círculo y el facilitador les entrega una pelota. Les da la instrucción de que el pondrá música y ellos deben pasar la pelota a su compañero de al lado, una vez la música pare, la persona que tenga la pelota en la mano tendrá que decir que conocimientos adquirió en el taller.</p>	<p style="text-align: center;">Pelota Música</p>

Resultado: Los pacientes demostraron mucho interés en las actividades del taller, manifestaron que nunca alguien se había tomado el tiempo de explicarles lo que es la ansiedad. La mayoría comentó que ahora tienen un mejor entendimiento de porqué en ciertas ocasiones suelen sentir algún malestar dentro del centro de rehabilitación, ahora pueden ponerle nombre a ese malestar y es ansiedad. Finalmente agradecieron por brindarles ese corto tiempo de interacción y lejos de la sala de terapia, ya que comentaban que tantas horas de terapia seguidas los aturden.

TALLER 2

Figura 18

Taller 2

Tema: ¿Cuándo siento ansiedad?		Fase: Identificar situaciones generadoras de ansiedad		Número de taller: 2	
Objetivo: Identificar objetos o situaciones donde los participantes puedan sentir ansiedad y conocer qué consecuencias puede generar dichas situaciones. Determinar qué porcentaje de malestar ubica esta situación estresora en el paciente.					
	HORA	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD / TÉCNICA	RECURSOS
INICIO	10:00	20 minutos	Incentivar a los integrantes del grupo a la participación colectiva y reducir tensiones o ansiedades	Haciendo mímica / Técnica rompe hielo Se divide en dos al grupo y cada miembro de ambos grupos deberá imitar un animal o alguna acción mediante mímicas y lograr	Sillas

			que los demás adivinen. El grupo de adivine ganará un punto.	
	30 minutos	Explorar los conocimientos previos mediante la interacción grupal.	<p>Lo que se, lo que no sé / Técnica de apertura</p> <p>Se realizan 4 grupos de 3 integrantes. Se le pide a cada grupo que formulen dos conceptos que hayan aprendido y dos preguntas que quieran realizar respecto al tema, deberán plasmarlas en una hoja. Luego se recogen todas las preguntas y se las realiza en voz alta a todos los grupos. Si un grupo responde la pregunta realizada, gana un punto. Y así sucesivamente se da con las demás preguntas.</p>	<p>Sillas</p> <p>Papel</p> <p>Bolígrafo</p>
<p>CONTENIDO</p> <p>10:50</p>	30 minutos	Identificar situaciones ansiógenas y plantear qué herramientas o recursos que utilizarían para lidiar con el malestar	<p>Catarsis</p> <p>Se les entrega el material para que anoten y se escribe en la pizarra la pregunta ¿Qué te genera ansiedad dentro de la clínica? Y se procede a hacer participar a cada uno de los integrantes. Luego de pregunta ¿De</p>	<p>Papel</p> <p>Bolígrafo</p>

			<p>qué forma lidias con esta ansiedad? Se les da un momento para que puedan pensar. Se procede a la participación, todas las respuestas son validadas y si un participante llega a divagar, sus compañeros le dicen la frase “eres valiente”, “tú puedes”, para de esta forma motivar y crear una reflexión en la persona que está participando.</p>	
<p>CIERRE</p> <p>11:20</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Reflexionar sobre lo aprendido en la actividad.</p>	<p>Lectura reflexiva / Técnica de cierre</p> <p>Se selecciona una lectura la cual tenga relación al tema tratado en el taller. En este caso se eligió el libro de narcóticos anónimos el cual la mayoría del grupo conoce y puede hacer una reflexión.</p>	<p>Libro N.A</p>
<p>Resultados: No hubo problema en hacer que los pacientes se sitúen en una situación ansiógena, dado que es algo muy presente en su día a día. Todos supieron expresar su forma de lidiar o trabajar ante esta ansiedad experimentada, sin embargo, dos integrantes se movilizaron mucho ya que anteriormente han tenido problemas por no saber actuar de una forma funcional ante este momento ansiógeno. El grupo siempre brindó su apoyo igual que los facilitadores. Se logró ubicar las situaciones u objetos más comunes que generan ansiedad en los integrantes del grupo seleccionado.</p>				

TALLER 3

Figura 19

Taller 3

Tema: ¿Qué es una creencia irracional?		Fase: Conociendo las creencias irracionales		Número de taller: 3	
Objetivo: Conocer las creencias irracionales que son generadas por las situaciones ansiógenas. Identificar qué tipo de creencias irracionales pueden llegar a existir cuando están frente a un acontecimiento activador y qué consecuencias puede tener.					
HORA		DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD / TÉCNICA	RECURSOS
INICIO	10:00	20 minutos	Motivar y crear un clima de compañerismo e incitar la participación grupal.	Mar afuera y mar adentro / Técnica de animación y concentración Se le pide al grupo que haga una fila y se traza una línea frente a ellos que representará al mar. Luego el facilitador les explica que cuando diga “mar afuera” tendrán que dar un salto delante de la línea, y cuando se diga “mar adentro” darán un salto atrás de la línea. Los integrantes que se equivoquen irán saliendo de la dinámica.	Cinta adhesiva

	30 minutos	<p>Refrescar conocimientos sobre un tema previo. Dinamizar el ambiente.</p>	<p>Caja de sorpresas / Técnica de apertura Se entrega una hoja y bolígrafo a cada uno de los integrantes para que anoten alguna duda que les haya quedado de los talleres anteriores. Una vez que acaban la depositan en una caja, luego deberán tomar una de las hojas ingresadas a la caja al azar y responder la pregunta que les toque. Finalizado esto vuelven a depositar las hojas en las cajas y los facilitadores leen la pregunta y respuesta en voz alta, y si se necesita correcciones o aclaraciones, los facilitadores las hacen.</p>	<p>Papel Bolígrafo Caja</p>
	30 minutos	<p>Identificar situaciones ansiógenas y plantear qué herramientas o recursos que utilizarían para lidiar con el malestar</p>	<p>Imaginación racional emotiva / TREC Se les pide a los integrantes del grupo que piensen en algún escenario o situación que les provoque angustia o ansiedad y los plasman en una hoja. Luego se procede a que compartan el escenario que se plantearon, una vez que termine de comentar, se le pide que exponga de qué forma abordaría esa problemática. Se</p>	<p>Papel Bolígrafo</p>

CONTENIDO	10:50		procede a explicar lo que es una creencia irracional y ejemplificarla.	
		15 minutos	<p>Aprender a aceptar sugerencias de otros integrantes e interactuar sobre el tema tratado. Respetar y aceptar otras perspectivas.</p>	<p>Caramelo del cariño (ansiedad) / Técnica de desarrollo de actividades.</p> <p>Se le entrega un caramelo a cada integrante del grupo. Luego el facilitador les indica que, de acuerdo a los escenarios ansiógenos compartidos anteriormente, cada uno debe buscar una forma más funcional de sobrellevar la problemática de algún compañero del grupo. El integrante deberá pararse, compartir su diferente forma de abordar la situación ansiógena que su compañero comento y luego darle el caramelo, y así sucesivamente hasta que todos tengan un caramelo dado por otro integrante del grupo.</p>

<p>CIERRE</p> <p>11:35</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Motivar a la reflexión sobre lo aprendido en el taller.</p>	<p>Reflexión / Técnica de Evaluación de sesión</p> <p>Se les pide que hagan grupos de 3, por ende, se forman 4 grupos. Se escoge una lectura la cual tenga relación al tema tratado en el taller. En este caso se eligió la lectura de “Solo por hoy” la cual es realizada todos los días de acuerdo con el día correspondiente. Se les pide que realicen una pequeña reflexión de acuerdo con la lectura ligándose al tema tratado en el taller y luego un integrante por grupo lo comparte con los demás.</p>	<p>Lectura “Solo por hoy”</p>
<p>Resultados: Se logra identificar las creencias irracionales de cada uno de los integrantes del grupo seleccionado, al momento de plantearse un acontecimiento activador y pedir que trabajen dicha problemática. Muchos de ellos manifestaron “yo no haría nada porque luego puedo empeorar las cosas”, “no sabría qué hacer, dejaría las cosas así”, “puedo vivir con ello”. Luego al explicar y ejemplificar con sus mismas respuestas lo que son las creencias irracionales, se procede a pedir que otro integrante se encargue de dar una mejor solución o forma de trabajar la problemática de algún compañero y como incentivo recibir un caramelo, lo cual animó al grupo y se creó una mejor interacción al tener que abordar el malestar del otro y no el propio, se dio mayor soltura, trayendo consigo respuestas más racionales.</p>				

TALLER 4

Figura 20

Taller 4

Tema: Sobrellevando la ansiedad de una forma más funcional		Fase: Reconstrucción: Creencias irracionales por racionales.		Número de taller: 4
Objetivo: Fase de psico – aprendizaje, se abordarán las creencias irracionales que anteriormente se mencionaron y se las cuestionan. Luego se realiza el debate donde se escogerá qué creencias racionales pueden ser reemplazo de las creencias irracionales ya cuestionadas anteriormente.				
HORA	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD / TÉCNICA	RECURSOS
INICIO 10:00	20 minutos	Estimular y energizar al grupo para lograr mayor soltura.	<p>La rana / Técnica rompe hielo</p> <p>Se le pide al grupo que formen un círculo, luego se escoge a un integrante del grupo como el “perseguidor” del resto del grupo. La actividad consiste en que el perseguidor intentará alcanzar a los otros compañeros, y los demás pueden tomar la posición de una rana (en cuclillas con las manos entre las piernas) para librarse de ser alcanzados, hasta que estén fuera de peligro. El participante que sea alcanzado, será quien tome el lugar de perseguidor.</p>	

	30 minutos	Desarrollar un clima de convivencia entre los integrantes.	<p>Cuento grupal / Técnica de animación y concentración</p> <p>Se les pide que formen un círculo y cuando ya estén en esa posición, se les entrega una hoja y bolígrafo, para que cada uno anote una frase y así se vaya formando un cuento, se les comenta que sea relacionado a un escenario ansiógeno o estresante. Una vez que la hoja haya pasado por todos los integrantes, se les comunica que tendrán que dramatizar el cuento los que deseen voluntariamente.</p>	<p>Papel</p> <p>Bolígrafo</p>
	30 minutos	Identificar situaciones ansiógenas y plantear qué herramientas o recursos que utilizarían para lidiar con el malestar	<p>Discusión y debate de creencias / TREC</p> <p>En este momento de abordar la historia realizada en la actividad anterior y se pide que expongan las creencias irracionales que desencadena ese escenario planteado, luego se las anota en la pizarra y se plantea un cuestionamiento socrático de las creencias irracionales expuestas. Posteriormente se procede a</p>	<p>Pizarra</p> <p>Marcador</p>

CONTENIDO	10:50		conceptualizar y explicar las creencias racionales.	
	15 minutos	Asociar los conceptos adquiridos con sus vivencias personales.	<p>Cadena de asociaciones/ Técnica para trabajar contenido temático.</p> <p>El facilitador informa que dirá 3 palabras o frases y los integrantes del grupo deberán decir qué palabra o frase se le viene a la mente. Se empieza por decir situación ansiógena, y los pacientes empiezan a asociar con encierro, “el estar aquí”, no saber nada de mi familia...etc.</p> <p>Luego el facilitador procede con creencias irracionales y los pacientes asocian con “nunca saldré de aquí”, “estoy perdiendo tiempo”.</p> <p>Finalmente, el facilitador dice “creencia racional”, los integrantes del grupo comentan “es por mi bien”, “mi familia me espera”, “estoy aquí para tener un futuro mejor”.</p>	

			<p>Entrenamiento en auto instrucciones / TREC</p> <p>Se le entrega una hoja a cada uno de los participantes, y se les pide que anoten situaciones estresantes que usualmente se den en la clínica y les provoque ansiedad. Luego se les pide que anoten formas más acertadas y funcionales de abordar esa problemática. Como tarea se le comenta que en esa semana pongan en práctica lo que anotaron.</p>	<p>Papel</p> <p>Bolígrafo</p>
<p>CIERRE</p> <p>11:55</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Reforzar en casa lo aprendido en el taller.</p>	<p>Sombrero del adiós / Técnica de Evaluación de sesión</p> <p>El facilitador explica que el sombrero que él lleva luego será colocado en la cabeza de cualquier participante del grupo al azar, una vez que tenga el sombrero en su cabeza, tendrá que compartir qué enseñanza se lleva ese día.</p>	<p>Sombrero</p>

Resultados: Se da la conceptualización de creencias racionales y se logra hacer la diferenciación de creencias irracionales de las racionales mediante la asociación. El grupo logra discernir las creencias racionales e irracionales, y se da un debate donde se observó los distintos puntos de vista de todos los integrantes. Ellos mismos crean vías alternas más funcionales por donde dirigirse al enfrentarse a alguna situación estresante en el centro.

TALLER 5

Figura 21

Taller 5

Tema: La ansiedad y yo		Fase: Repaso, retroalimentación y cierre		Número de taller: 5	
Objetivo: Se dará un repaso de todo lo visto en los talleres anteriores, para fortalecer la adquisición del aprendizaje y que los pacientes puedan tomar conciencia y puedan aplicar lo aprendido en diversas situaciones que se les puedan presentar. Se dará el cierre de los talleres pertenecientes a la propuesta.					
HORA	DURACIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDAD / TÉCNICA	RECURSOS	
	20 minutos	Dar inicio al taller de una forma amena y dinámica. Motivar la participación del grupo.	Descubre el refrán / Técnica rompe hielo El facilitador pregunta quién quiere ser voluntario y participar en la dinámica, una vez que alguien se ofrezca, se le indica que debe de salir del salón. Luego se escoge el refrán y se le da una palabra perteneciente		

INICIO	10:00		al refrán a cada participante. Se les indica que una vez que ingrese el compañero que debe adivinar, deben decir las palabras que se les dijo al mismo tiempo. Al entrar el voluntario, se le indica que debe adivinar el refrán según las palabras que digan sus compañeros, se le da la pauta al grupo para que digan las palabras y se espera a que el voluntario adivine.	Sillas
		20 minutos	Crear un ambiente relajado y amistoso.	<p>El correo / Técnica de animación y concentración</p> <p>Se les indica que deben formar un círculo con las sillas y se escoge algún voluntario que desee iniciar con la dinámica. Una vez que ya se tenga el voluntario, se lo coloca en medio del círculo y se indica que quien esté en medio tendrá que decir “traigo una carta para todos los compañeros que tengan...” y se menciona una característica que tenga más de un compañero, así las personas que tengas dicha característica tendrán que pararse y</p>

			<p>cambiar de puesto con los demás que se levantan, la persona que está en el centro también deberá conseguir un lugar y quien quede sin puesto será quien prosiga con la dinámica, retomando la frase “traigo una carta para todos los compañeros que tengan...” .</p>	
<p>CONTENIDO</p> <p>10:40</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Revisión de la actividad del taller anterior</p>	<p>Revisión de las auto instrucciones / TREC</p> <p>Se retoma la actividad realizada en el taller anterior, las auto instrucciones que cada uno de ellos colocaron individualmente. Se procede a hacer participar a cada uno de ellos, para que comparta cómo les fue al momento de estar frente a una situación ansiógena. La mayoría de ellos tuvieron éxito sin ningún problema, no obstante, algunos comentaron que pudieron lograrlo, pero se les complicó un poco. Los facilitadores brindaron herramientas para poder lidiar sin problemas eventos ansiógenos futuros.</p>	<p>Sillas</p>

			<p>Ensayo de conducta / TREC.</p> <p>En este caso se dará un cambio de rol, los facilitadores tomarán el puesto de pacientes y el grupo seleccionado estará en el puesto de psicólogo.</p> <p>Los facilitadores empezarán a plantear situaciones que desencadenan creencias irracionales y los integrantes del grupo seleccionado serán encargados de cuestionar las creencias irracionales y reemplazarlas por creencias racionales.</p>	
	15 minutos	Asociar los conceptos adquiridos con sus vivencias personales.		
CIERRE	11:25		<p>P.N.I / Técnica de Evaluación de sesión</p> <p>El facilitador entrega una hoja a cada uno de los integrantes del grupo y le pide que en ella coloquen lo positivo, lo negativo y lo interesante de la experiencia que han tenido en los talleres realizados. Una vez ellos acaben, se les pide que lo expongan al grupo.</p>	Papel Bolígrafo
	20 minutos	Conocer la experiencia de los integrantes respecto al taller.		

	15 minutos	Finalizar con una reflexión ligada a sus experiencias individuales	Lectura reflexiva / Técnica de Evaluación de sesión Se tomará el libro de N.A para elegir una lectura, luego se procederá a leerla en voz alta. Cuando haya terminado, se pedirá que voluntarios den su apreciación de lo leído y como ligaría al tema tratado en el taller.	Libro N. A
<p>Resultado: Se pregunta por la actividad que debían llevar a cabo durante una semana, el manejo de vías alternas más funcionales para lidiar con algún momento ansiógeno y todos lograron manejarse por el lado racional. Se evalúa al grupo mediante una técnica donde el rol se cambió y los facilitadores exponen situaciones relacionadas a creencias irracionales, ellos tomaban el rol del analista e intervienen con cuestionamientos, debates de las creencias erróneas o disfuncionales y generaron creencias racionales óptimas para la problemática planteada. El taller final se da con éxito ya que el grupo demuestra haber adquirido los conocimientos necesarios para poder abordar y contrarrestar la ansiedad que se pueda generar dentro del centro.</p>				

Conclusión

El consumo de drogas es una problemática que desde siempre ha existido a nivel mundial. Este primer contacto con el tóxico suele darse en la adolescencia, sin embargo, las consecuencias o efectos perjudiciales se dan en la edad adulta. Ya sea a nivel familiar, nivel social o nivel laboral se muestran deficiencias en el sujeto cuando está inmerso en el consumo de drogas, y muy pocas veces es consciente de ello.

Los centros de rehabilitación son claves en la recuperación y el tratamiento de una persona con problemas de adicción. Sin embargo, no siempre son experiencias del todo agradables para el sujeto, dado a las privaciones y normas que cumplir.

La principal incomodidad que tienen las personas internas en un centro de rehabilitación, tomando en cuenta el centro de rehabilitación donde realizamos las prácticas, es la regla de no ver a sus familiares hasta que esté progresando en su tratamiento. Otro factor que puede provocar ansiedad es el tiempo que pasan sentados escuchando terapia dada por un terapeuta vivencial. Finalmente, el estilo de vida dentro de un centro de rehabilitación es muy monótono y rutinario, lo que provoca hostigamiento y desesperación en los internos.

Este trabajo de investigación se enfocó en brindar un espacio de escucha donde los integrantes del grupo seleccionado puedan expresar qué situaciones, dentro de su internamiento, son generadoras de ansiedad. Brindar conocimientos y herramientas de cómo trabajar con los eventos estresores que puedan experimentar.

Los talleres realizados fueron bien recibidos por los pacientes y más allá de ser educativos, fueron un descanso o tiempo libre de su rutina usual de estar sentados por horas oyendo terapia.

Dado a las múltiples malas experiencias que han tenido la mayor parte de las personas internas en el centro, se genera una percepción fatalista del

futuro. También influye mucho el considerarse como un caso perdido, cuando tiene muchos años inmerso en el consumo de tóxicos.

Mediante los talleres se fueron ubicando los posibles generadores de ansiedad dentro del centro de rehabilitación y mediante el cuestionamiento, se reemplazó, las acciones erróneas y no toleradas por las autoridades, por respuestas más funcionales ya sea para el sujeto como para la institución.

En conclusión, la estadía dentro de un centro de rehabilitación puede estar llena de temores, angustia y ansiedad, mucho más si es por primera vez. Es necesario brindar información sobre cómo tramitar sintomatologías que puedan estar creando un malestar en el sujeto, y de esta forma estorbar o incomodar en su tratamiento de adicción. Muchas veces los pacientes no tienen con quien compartir dichos malestares y por ellos llega un momento donde explotan de una forma agresiva o inadecuada. Por ellos es imprescindible prestar atención a esas quejas, por más pequeñas que sean, que en muchas ocasiones son omitidas, de estar forma de trabaja a tiempo el malestar que pueda estar experimentando el sujeto y evitar conductas disruptivas al accionar.

Recomendaciones

Para la universidad

Se debería realizar más prácticas en lugares como centros de rehabilitación, donde la experiencia, más allá de ser muy diferente a las escuelas y colegio, es muy enriquecedora en la diversidad de casos que puedes atender. Suelen darse muy muy complicados que te lleva a investigar y formular de qué manera puede llevar el caso. Es una experiencia que te motiva a ir más allá de lo que ya sabes, innovar la forma de abordar cierto tipo de problemáticas.

Para el centro de rehabilitación

Muchas veces no es suficiente la sesión semanal que se tiene con el psicólogo, por eso es importante que los centros de rehabilitación den la apertura a un espacio de escucha colectiva donde se genere confianza, y de esta forma el paciente pueda exponer lo que siente, luego ser informado de formas adecuadas de trabajar la sintomatología que siente.

También es fundamental crear espacios interactivos donde los pacientes del centro puedan realizar otra actividad recreacional y dispersar su mente de la terapia que reciben diariamente.

Bibliografía

- ALBIACH CATALÁ CARMEN, B. V. (s.f.). *TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES*. Obtenido de Codajic.org: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Tratamiento de las adicciones.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Tratamiento_de_las_adicciones.pdf)
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (2021). *Adicciones*. Disponible en <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction#>
- ANZUETO, J. C. P. " TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
- Bazán, C. (2012/2013) La adicción al tabaco en centros de día de discapacidad en Almería. Proyecto de investigación MEMDIS. Recuperado de: <https://docplayer.es/10115468-La-adiccion-al-tabaco-en-centros-de-dia-de-discapacidad-en-almeria-proyecto-de-investigacion-memdis-2012-2013.html>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- CIE-10. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. ais.paho.org. <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

- Cogollo, Z., Gómez, E., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 637-644.
- Delito, N. U. (2003). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Obtenido de Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Dols, S. T. (2007). Rehabilitación e integración social en drogodependencias: circuito terapéutico. *Health and addictions*, 7(1), 17-22.
- Domínguez, V. (2021). La terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis. *PsicoActiva*. Recopilado de: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-terapia-racional-emotivo-conductual-de-albert-ellis/>
- Durán, F. S., & Agudelo, L. H. L. (Eds.). (2008). *Rehabilitación en salud*, 2. Universidad de Antioquia.
- El Universo. (2020). Informe, 15 % de la población entre 15 y 40 años probó algún tipo de droga en Ecuador. Disponible en https://www.eluniverso.com/noticias/2020/06/14/nota/7871358/consumo-drogas-ecuador-guayaquil-hache/#google_vignette
- Española, R. A. (2014). *Diccionarios* 23 Edic.
- Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

- Fernández, M. Á. R., GARCÍA, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer.
- García, L. (2012). El Grupo operativo como método participativo: poder y aprendizaje en la relación profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1), 205-219.
- Gomez, E. (2015-2016). Drogas y su relación con la delincuencia. Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas_de_abuso_influencia_sobre_el_comportamiento_de_GOMEZ_GARVIL_ESTEFANIA.pdf
- Ley Orgánica de la Salud. (2015). Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Loreto Vergara, B. (2014). Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica.
- OEA, CICAD. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las américas 2019. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- OEA. (2019). Ecuador, Informe de evaluación sobre políticas de drogas. *MEM: Mecanismo de Evaluación Multilateral.*

Washington D.C. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/09/Ecuador-7thRd-ESP.pdf>

OMS. (Diciembre de 2013). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ordoñez, W. (2017, 16 de julio). El 39% de consumidores probó más de una droga. El Telégrafo. Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo/1/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Rehabilitación. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

Pizarro, H. C., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109.

Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas. (2017). Secretaría técnica de prevención integral de drogas. Disponible en http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_Las_Drogas_2017_2021.pdf

Ramírez, A. C. (s.f). LAS TÉCNICAS DE GRUPOS. LAS REUNIONES DE TRABAJO.

Real Academia Española. (s.f.). Cultura. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 1 de julio de 2021, de <https://dle.rae.es/adicci%C3%B3n>

Reglamentos para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento de Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas (2012). Disponible en: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/REGLAMENTO-PARA-CENTROS-DE-RECUPERACION.pdf>

Ruiz, A, Díaz, M & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual. Madrid: UNED.

STPD. (2021).Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas. Disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2017-2021.pdf

Trapero, F. G. A., & Parra, J. C. V. (2013). Un modelo de análisis racional para la toma de decisiones gerenciales, desde la perspectiva elsteriana. *Cuadernos de Administración*, 26(46), 135-158.

Trujillo, M. (2019). *Vista de la adicción y sus diferentes conceptos*.

Centro sur. Obtenido de Centro sur editorial:

<https://centrosureditorial.com/index.php/revista/article/view/18/3>

5

UNOCDD. (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas. Disponible en:

https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

UNODC. (2020). World Drug Report. Disponible en:

https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf

UNODC. (2021) La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para Perú y Ecuador y la Subregión del Cono Sur.

Disponible en:

<https://www.unodc.org/peruandecuador/es/01NOSOTROS/sobre-unodc.html>

[e-unodc.html](https://www.unodc.org/peruandecuador/es/01NOSOTROS/sobre-unodc.html)

Well-Being. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 457-488

ANEXOS

Anexo 1

Preguntas hacia el paciente en las primeras sesiones psicológicas - Historio personal

- Fecha y lugar de nacimiento
- ¿Parto normal o cesárea, con complicaciones?
- Tu mamá te dio de lactar o de fórmula
- Quien estaba a cargo de tu cuidado
- ¿Un recuerdo de cada padre durante los primeros años?
- Relación con tu mamá
- relación con tu papá
- con quién vivías

Desarrollo temporal

- ¿Alguna enfermedad grave que mantengas o hayas tenido en tu infancia?
- ¿Algún hábito que tenías? Chuparte los dedos, comerte las uñas, mojar la cama..?
- ¿Eres sociable, jugabas con otros niños?
- ¿Eres sociable, agresivo, tímido, mentiroso, travieso?

Historia estudiantil

- ¿Qué nivel estudiantil tienes?
- Cómo era tu comportamiento en la institución
- te relacionas con los demás, ¿tuviste problemas?

- ¿Quién se acordó de tus estudios?
- ¿Algún deporte realizaban?
- ¿Perteneían a grupos dentro del colegio?

relaciones sentimentales

- Novias
- Como las conocía
- Cómo era tu relación con ellas, con sus familias
- ¿Hijos con ella o ellas?
- ¿Alguna experiencia sexual desagradable?
- Prácticas masturbatorias

Experiencias

¿Positivas en tu vida?

¿Negativas en tu vida?

Aspiraciones, metas en mente

¿Qué crees de ti mismo, cómo te describes?

Anexo 2

Encuesta realizada a los pacientes

MI RECUPERACIÓN

Encuesta

Un día a la vez, ayúdanos a ayudar, te agradecemos de antemano por tomarte unos minutos para contestar estas preguntas, las cuales serán confidenciales y anónimas.

1.- ¿Cuánto tiempo llevaba inmerso en el consumo de drogas?

2.- ¿En algún momento de su consumo pensó en dejarlo y buscar ayuda?

Si _____

No _____

3.- ¿Ingresó a la clínica de rehabilitación por voluntad propia?

Si _____

No _____

4.- ¿Considera que aún necesita reforzar ciertos aspectos de usted en el tratamiento?

Si _____

No _____

Cuele serían estos: _____

5.- ¿Por qué razones considera recuperarse?

Para sentirse bien conmigo mismo

Para sentirme bien con un familiar



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Velasco Recalde María Nathalia**, con C.C: # 0957555154 autor/a del trabajo de titulación: **Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"** previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de septiembre del 2021

f. 

Nombre: **Velasco Recalde María Nathalia**

C.C: **0957555154**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Anchundia Cedeño Luis Antonio**, con C.C: # 0930933353 autor/a del trabajo de titulación: **Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"** previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de septiembre del 2021

f. 

Nombre: **Anchundia Cedeño Luis Antonio**

C.C: **0930933353**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones "Un nuevo amanecer"		
AUTOR(ES)	Velasco Recalde, María Nathalia Anchundia Cedeño, Luis Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carolina Eugenia, Peñafiel Torres, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	7 de septiembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	99
ÁREAS TEMÁTICAS:	Adicción, Rehabilitación, Ansiedad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Ansiedad generalizada, Creencias irracionales, Terapia cognitiva, Técnicas grupales, Grupo operativo, Reestructuración cognitiva, Creencias racionales		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El consumo de sustancias psicoactivas no es algo que solo se da en la actualidad, sino más bien es un hábito que viene dándose con anterioridad. Una vez el sujeto está inmerso en el consumo y dependencia del tóxico, debe ingresar en un centro de rehabilitación, donde realizarán su tratamiento de rehabilitación y logren obtener una recuperación óptima. No obstante, la estadía dentro del centro de rehabilitación no siempre es placentera en su totalidad. El estar privados de salir o de ver a sus familiares desencadena malestar y ansiedad, también la convivencia con otras personas con las cuales no se crea vínculos y suelen haber desacuerdos, finalmente adaptarse a una rutina diaria que no todos aceptan dado que es muy diferente a su a estilo de vida que llevaban fuera. Muchas veces la ansiedad experimentada no deja que el paciente interno pueda concentrarse en su tratamiento de recuperación, ya que su atención la desvían al malestar que sienten y así se obstaculiza su rehabilitación. La problemática se abordará desde el corriente cognitivo conductual, realizando terapia grupal e intervenciones desde la Terapia Racional Emotiva Conductual, trabajando los pensamientos automáticos que se pueden transformar en creencias irracionales y depositan angustia y ansiedad en el sujeto. Mediante la reestructuración cognitiva, transformar las creencias irracionales en creencias racionales que funcionan como vías alternas más adaptables para abordar una problemática a futuro y así proseguir con su tratamiento de recuperación sin distracciones y obstáculos, logrando hacer más llevadera su experiencia en el centro de rehabilitación.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593-4-989096841 +593-4-986408185	E-mail: lanchundia88@gmail.com nathaliavelasco96@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			