

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**La reestructuración cognitiva y su impacto en la
recuperación durante la rehabilitación del trastorno por
consumo de sustancias.**

AUTOR:

Aguirre Vacas, Julio Antonio

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

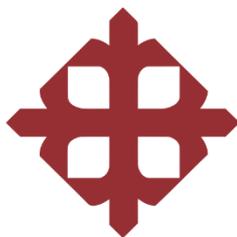
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTORA:

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

07 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Aguirre Vacas, Julio Antonio**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en psicología clínica**.

TUTORA:

f. _____

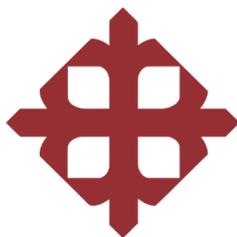
Psic. CI. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

f. _____

Psic. CI. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 07 del mes de septiembre del año 2023



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Aguirre Vacas, Julio Antonio**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias** previo a la obtención del título de **Licenciado en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

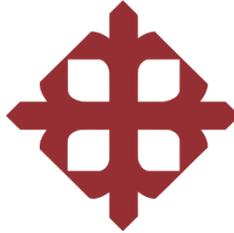
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR:

f. 

Aguirre Vacas, Julio Antonio



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguirre Vacas, Julio Antonio**

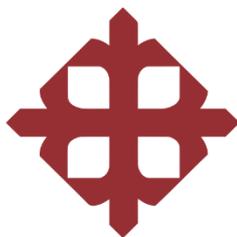
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias**, cuyo contenido, ideas y criterio son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR:

f. 

Aguirre Vacas, Julio Antonio



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

julio.aguirre (4)

0% Similitudes

3% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas

1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: julio.aguirre (4).docx	Depositante: Carolina Eugenia Peñafiel Torres	Número de palabras: 23.610
ID del documento: d5eed1d9a0557d2a20a607d8973e17cf6b6c0e2b	Fecha de depósito: 29/8/2023	Número de caracteres: 152.466
Tamaño del documento original: 563,06 kB	Tipo de carga: interface	
	fecha de fin de análisis: 29/8/2023	

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias

AUTOR:

Aguirre Vacas, Julio Antonio

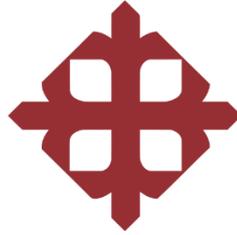
INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

f. 

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

Guayaquil, a los 07 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis abuelos por siempre haberme cuidado y apoyado en momentos difíciles.

Agradezco a D. por su cariño incondicional y su siempre alegre forma de recibirme en las buenas, las malas y las peores.

Agradezco a mis hermanos por haberme acompañado siempre con risas y sonrisas cuando las necesité.

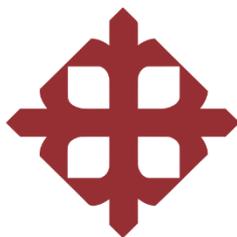
Agradezco a Carolina por haber aportado buenas recomendaciones a lo largo de este proceso.

Agradezco a mis padres por siempre haberse esforzado por darnos lo mejor.

Agradezco a mis amigos por haber vuelto colorida mi vida universitaria.

Agradezco a esas personas que siempre me inspiran a querer dar lo mejor de mí.

Agradezco a mi padre por mostrarme la clase de persona que algún día me gustaría ser, por sus enseñanzas, su paciencia y su inmerecido, pero de todas formas inmenso amor.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

Para mis abuelos, D., mi madre y, sobre todo, a quien ya no puede alegrarme con su compañía, pero de todas formas se hace presente en todo lo que hago: para ti, papá.



**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. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.

DECANO O DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

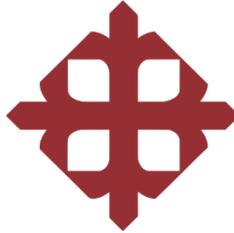
PSIC. CL. TATIANA ARACELY TORRES GALLARDO, MGS.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. MARCIA IVETTE COLMONT MARTINEZ

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA (R)

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	X
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Pregunta general.....	4
Preguntas específicas.....	5
Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Justificación.....	5
ANTECEDENTES.....	8
CAPÍTULO 1.....	12
ADICCIÓN Y REHABILITACIÓN.....	12
Adicción.....	12
¿Qué es una adicción?.....	12
Neurobiología de las adicciones.....	13
Tipos de adicción.....	15
CIE-10 VS DSM V.....	16
Patología dual.....	19
Factores que intervienen en el proceso de recuperación.....	20
Factores de protección y riesgo.....	20
Modelo transteórico de cambio.....	20
Tratamientos y su efectividad.....	22
Tipos de tratamiento.....	22
Recaída.....	23

Desplazamiento o rehabilitación para el proceso de recuperación	24
CAPÍTULO 2.....	27
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.....	27
Antecedentes de la TCC	27
Del estructuralismo al conductismo	28
La teoría cognitivo-conductual como una alternativa no radicalmente diferente.....	29
Esquemas cognitivos	30
Creencias	32
Creencias nucleares	32
Creencias intermedias	33
Pensamientos automáticos.....	33
Consideraciones éticas y culturales de las creencias	34
¿Qué es la reestructuración cognitiva?	35
CAPÍTULO 3.....	37
NIVELES DE RECUPERACIÓN.....	37
Recuperación	37
Tipos de recuperación y fases del tratamiento	38
Prevención de recaídas.....	41
Dificultades en la recuperación.....	41
Barreras en la prevención de recaídas	41
La concepción integral de las tres variables: rehabilitación, reestructuración y recuperación.....	42
Influencia de la reestructuración cognitiva en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias	43
CAPÍTULO 4.....	45
METODOLOGÍA	45
Enfoque.....	45

Paradigma.....	45
Método	45
Técnicas de recolección de información	46
Instrumentos.....	46
Población (descripción)	46
CAPÍTULO 5.....	48
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
Presentación de resultados	48
Análisis de resultados	56
Criterios empleados para el diagnóstico de la recuperación de un paciente	56
Recuperación alcanzada	58
Resultados generales de la recuperación de los pacientes.....	62
Resultados específicos de cada paciente asociados a las creencias que posee sobre el trastorno por consumo de sustancias.....	63
Resultados generales de la investigación.....	67
CONCLUSIONES	68
Referencias.....	69
ANEXOS	76

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre el DSM-V y el CIE10.....	18
Tabla 2. Estructura cognitiva de Aaron Beck.....	33
Tabla 3. Resultados de la aplicación del cuestionario.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores que desencadenen y mantienen trastornos.....	31
Figura 2. Recuperación en los trastornos adictivos.....	39
Figura 3. La concepción integral de las tres variables.....	42

RESUMEN

La presente investigación tomó en cuenta una de las mayores problemáticas para la salud pública: el trastorno por consumo de sustancias. El tema de investigación en torno a esta fue la influencia de la reestructuración cognitiva sobre la recuperación de los pacientes en un contexto de rehabilitación hospitalaria. La afirmación del antropólogo Richard Kleinmann sobre que cada persona posee un concepto sobre su propio padecimiento nos hizo preguntarnos qué clase de creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias mantienen tras la rehabilitación las personas que lo padecen. El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y la recuperación de este, para describir la relación entre sí. La importancia de esta investigación residió en la base que sienta para futuras investigaciones que determinen perfiles de creencias y posibles tratamientos efectivos para cada uno. Esta investigación tomó como población a los pacientes que se hallan en la cuarta fase del tratamiento porque se pone a prueba en la recuperación lo trabajado hasta el momento. Se empleó como instrumento el cuestionario de Kleinmann y dos encuestas, lo que dio como resultado que no existe relación alguna entre las creencias y el grado de recuperación del paciente, lo que nos hizo concluir que existe la posibilidad de que el paciente genere solo un cambio superficial sobre sus creencias o que la figura de autoridad del psicólogo pueda modificar la respuesta que se obtiene.

Palabras clave: rehabilitación; reestructuración cognitiva; recuperación; creencias; trastorno por consumo de sustancias

ABSTRACT

This research considered one of the biggest problems for public health: substance use disorder. The research topic around this was the influence of cognitive restructuring on the recovery of patients in a context of hospital rehabilitation. Anthropologist Richard Kleinmann's statement that each person has a concept about their own condition made us wonder what kind of beliefs about substance use disorder people who suffer from it hold after rehabilitation. The main objective of this research was to analyze the relationship between the beliefs about substance use disorder of patients in rehabilitation and their recovery, to describe the relationship between them. The importance of this research resides in the foundation it lays for future research that determines belief profiles and possible effective treatments for each one. This investigation took as a population the patients who are in the fourth phase of treatment because what has been worked up to now is put to the test in recovery. The Kleinmann questionnaire and two surveys were used as an instrument, which resulted in no relationship between beliefs and the degree of recovery of the patient, which led us to conclude that there is a possibility that the patient generates only one change. superficial about their beliefs or that the authority figure of the psychologist can modify the answer that is obtained.

Keywords: rehabilitation; cognitive restructuring; recovery; beliefs; substance use disorder

INTRODUCCIÓN

Por las ventajas que representa la estandarización para el tratamiento, los distintos manuales diagnósticos tienen claras definiciones en torno a lo que es y no un trastorno, además de diferenciaciones entre cada uno de ellos. Esto no es una excepción para el trastorno por consumo de sustancias, encontrándose claramente delimitado y definido en distintos manuales. Sin embargo, cuando se trabaja desde la posición de “aquel que cura”, se puede caer en el discurso de la ciencia imperante y realizar interpretaciones desde lo intersubjetivo (el lenguaje científico) hacia lo subjetivo (el significado que da un individuo a su padecer).

Cada persona tiene creencias respecto al funcionamiento del mundo, de la naturaleza y de ellos mismos. Al hablar de creencias no solamente nos referimos al contexto religioso, que bien podría formar parte de estas; nos referimos a las hipótesis que construye cada individuo sobre su existencia y experiencia, conformando así parte nuclear de su subjetividad y dotándolo de anteojos con los que interpretar la realidad.

Las interpretaciones que generan las creencias van desde afirmaciones sencillas (p.ej. me dio un abrazo porque me quiere) hasta complejas y, con algo de mala suerte, distorsionadas (p.ej. no me ha escrito porque está con otra). Siendo que desde la TCC sostenemos que las creencias modifican las conductas de una persona, ¿el tipo de creencias que tenga en torno a mi trastorno modificará la clase de recuperación que obtenga como resultado tras un proceso de rehabilitación?

Este trabajo de titulación se centra en indagar las creencias de los pacientes sobre su trastorno por consumo de sustancias en la etapa final del tratamiento del hospital del que se toma la muestra, además de clasificar las distintas creencias según el tipo de recuperación al que tiendan a estar asociadas.

La actual investigación responde al Dominio 5 de la UCSG: Educación, comunicación, arte y subjetividad. Este dominio caracteriza la psicología como una ciencia multiparadigmática, señalando que la subjetividad y la producción de sentido es una categoría que atraviesa los horizontes epistemológicos de los distintos marcos conceptuales psicológicos. Por esto, y en tanto este

trabajo de titulación se centra en la concepción subjetiva de un grupo de pacientes respecto a su trastorno adictivo y su recuperación de este, es el dominio que mejor representa esta investigación.

En lo que respecta al Plan de Creación de Oportunidades, el eje social es el que mejor representa el actual trabajo investigativo. Más específicamente el objetivo número seis de este: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”. Los resultados de esta propuesta de tesis permiten una mejora en la calidad de la atención psicológica (individual o grupal) de los pacientes con trastornos adictivos de la conducta empleados como muestra.

En lo referente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la actual investigación responde al Objetivo número 3: Salud y Bienestar. Más específicamente a los siguientes dos puntos:

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. (ONU, 2015)

Planteamiento del problema

El trastorno por consumo de sustancias es reconocido como un problema de salud público. Las manifestaciones de este se observan a diario en las noticias, si no directamente, indirectamente mediante los crímenes que se cometen en nombre del tráfico de dichas sustancias.

Ecuador pasó de ser un país de tránsito a convertirse en un centro de producción y exportación de sustancias ilícitas. “Ese cambio de paradigma se nota en la mayor cantidad de droga —principalmente cocaína— decomisada, en el cada vez más habitual descubrimiento de laboratorios, pero también en el aumento de la violencia” (Pichel, 2021).

Algunos de los ejemplos que denotan la magnitud del problema son las siguientes noticias:

- Según TCTelevisión (2023) El Municipio de Guayaquil confirmó a TC Televisión que en la ciudad se han registrado 4 casos de pacientes sospechosos consumidores de drogas, que presentan síntomas relacionados con el fentanilo, la droga conocida a nivel mundial por “convertir” a las personas en zombies.
- Y ahora, la sustancia que desde el 2013 aparece desde la cárcel de Guayaquil y sale al cantón Guayaquil y sus cantones aledaños es conocida como la H, que es una droga artesanal. Cada quien involucra un químico más para poder aumentar la cantidad y, por ende, tener mayores ganancias al distribuirla al menudeo. Hay algunas conjeturas, una de ellas es que por este proceso de desnutrición severa que sufren los chicos que consumen H, posiblemente podría tener algún químico de raticida (Bermeo, 2023).
- El número estimado de consumidores pasó de 240 millones en 2011 a 296 millones en 2021 (el 5,8% de la población mundial de 15 a 64 años), un aumento del 23%, debido en parte al crecimiento demográfico. Durante 2021, una de cada diecisiete personas de 15 a 64 años usó algún tipo de droga (Naciones Unidas, 2023).

El problema del consumo de sustancias no solo es que representa una amenaza para la salud pública y de quien la consume, sino que además esta es una problemática que ha ido en aumento, disparando de esta forma las probabilidades de desencadenar nuevos trastornos por consumo de sustancias. A partir de esto surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las creencias presentes en el individuos a punto de finalizar su recuperación del trastorno por consumo de sustancias?

Pregunta general

¿Cuáles son las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación según el grado de recuperación en el que se encuentran?

Preguntas específicas

- Pregunta específica 1: ¿Qué es la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias?
- Pregunta específica 2: ¿Qué es la reestructuración cognitiva?
- Pregunta específica 3: ¿Cómo la reestructuración cognitiva afecta la recuperación del trastorno por consumo de sustancias?

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y la recuperación de este, para describir la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica, encuestas y entrevistas semiestructuradas a pacientes y especialistas del Hospital de Salud Mental

Objetivos específicos

- Caracterizar el trastorno por consumo de sustancias por medio de fuentes bibliográficas bajo el enfoque cognitivo-conductual, el DSM-V y el CIE-10.
- Describir la reestructuración cognitiva en el trastorno por consumo de sustancias por medio de fuentes bibliográficas y entrevistas a especialistas del Hospital de Salud Mental.
- Identificar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y su relación con la recuperación por medio de fuentes documentadas, encuestas y entrevistas semidirigidas

Justificación

Esta investigación es necesaria porque, aunque los esquemas cognitivos y las adicciones son temas ampliamente estudiados, las creencias sobre la psicopatología propia varían según el contexto. Aunque el estudio de creencias que mantienen pacientes en rehabilitación sobre su propia condición no es nada nuevo, sí lo son los resultados en tanto el contexto en

el que se desarrolla esta investigación y cualquier otra varía según un factor clave: el contexto del que parte un individuo.

Esta investigación es necesaria para establecer la base sobre la que futuras investigaciones puedan desarrollarse. El estudio de determinado perfil de creencias puede permitirnos establecer tratamientos adaptados a la necesidad de cada paciente, no exclusivamente desde el “uno a uno”, sino desde tendencias identificadas en función de patrones de creencias.

Esta investigación es desarrollada desde un método descriptivo y conceptualizada desde un enfoque cognitivo-conductual. Se realiza mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas basadas en la adaptación de las ocho preguntas de Arthur Kleinmann realizada por Nussbaum (2021, p. 18) y un análisis de los resultados y la clasificación de estos según distintos criterios que se describirán en la metodología.

La principal limitación fue el tiempo para la recolección de información. Sin embargo, este problema fue sorteado cambiando la población y el tipo de estudio que se pretendía realizar de longitudinal a transversal.

El primer capítulo es un desarrollo de los conceptos asociados a la rehabilitación en torno a las adicciones. En este se exploran los distintos tratamientos que se ofertan como respuesta ante esta problemática, además de las descripciones de cada manual diagnóstico sobre lo que socialmente conocemos como “adicción”. También se revisan las bases neurobiológicas de esta, los factores y las bases teóricas de este trastorno.

El segundo capítulo desarrolla el concepto de reestructuración cognitiva como herramienta clave del hospital del que se toma la muestra. Para realizar esto, se desarrollan mediante revisión bibliográfica los conceptos de esquemas, creencias nucleares, intermedias y se realiza un empate teórico entre la técnica de reestructuración cognitiva y la forma en la que se lleva a cabo el tratamiento en el hospital del que se extrae la muestra.

El tercer capítulo desarrolla el concepto y los tipos de recuperación existentes, aterrizándolo sobre el contexto del que se extraerá la muestra. Se articulan

los conceptos desarrollados en capítulos previos (la rehabilitación, reestructuración cognitiva y la recuperación).

El cuarto capítulo consiste en la metodología que se emplea para extraer los datos. En el quinto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Tras esto, se desarrollan las conclusiones del trabajo de titulación y se da por finalizado este documento.

ANTECEDENTES

Martín (2020) desarrolló una investigación en la que afirma que el consumo de sustancias es un problema de salud público y de alto coste. En este trabajo revisó la repercusión del estigma social en las personas que padecen dicho trastorno. El aporte de esta investigación para el actual trabajo de titulación es la afectación de las conductas provocadas por las creencias que desencadenen dichas conductas. A partir de esto, Martín (2020) encontró que “el papel de enfermería resulta esencial en la reducción del estigma que permita una atención adecuada”.

A raíz de esto, se puede identificar como importante para el actual de trabajo de investigación señalar la presencia de creencias que fundamentan una retroalimentación a partir de las conductas en las que influyen: tal como sucede en el efecto Pigmalión.

Por otra parte, la investigación de Portalo (2020) realizó una investigación en las que revisaron las creencias relacionadas con el consumo de cannabis cuyo fin fue “explorar la relación entre determinadas creencias y el consumo de cannabis”.

Esta investigación resulta interesante en tanto, mediante el análisis de datos demográficos, Portalo (2020) encuentra que las creencias positivas sobre el cannabis estaban principalmente presentes en los consumidores de cannabis. Esto sostiene la misma hipótesis sobre la que se sostiene la existencia de la teoría cognitivo-conductual y que supuso la evolución del conductismo hacia esta: las creencias influyen en las conductas.

Además, resalta -indirectamente- la importancia de una de las técnicas cognitivo-conductuales más importantes y que será revisada más adelante a forma de una de las variables de esta investigación: La reestructuración cognitiva. Esto en tanto Portalo (2020) señala la importancia de desmitificar las falsas creencias asociadas al consumo de cannabis.

Márquez & Medina (2020) realizaron una investigación en la que señalaron que “El consumo de drogas va en aumento entre la población más joven, a pesar de los esfuerzos por la prevención”. A partir de esta investigación se hace énfasis, una vez más, en la influencia de los datos demográficos sobre

la prevención e, indirectamente, el tratamiento por las creencias que genera el entorno en el que se generan dichas creencias. Márquez & Medina (2020) pretendían hallar, entre otras cosas, el impacto de la información sobre drogas.

Esta investigación resulta interesante en tanto, como primer punto, resalta la importancia de los datos demográficos que se extraen y plantearán en el primer capítulo a forma factores de riesgo y protección para el inicio y desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. Como segundo punto, busca la influencia del entorno en lo individual llevado como el resultado de una población joven, lo que nos remite a pensar una vez más en las creencias del entorno (lo intersubjetivo), pero esta vez influenciadas por la información objetiva (lo objetivo) y lo que provoca en el consumo de sustancias.

De la Torre Peña et al (2018) presentan en su investigación los resultados de revisar las creencias centrales en dos grupos poblacionales de adultos consumidores. Esta investigación encontró a forma de resultados la predominancia de creencias permisivas en la muestra extraída. Además, señalaron que las creencias adictivas centrales no parecen estar asociadas a las sustancias específicas, sino que pueden tener relación con el contexto sociocultural y condiciones individuales.

Este segundo punto parece especialmente relevante para sostener la presencia de un cuestionario que extraiga los datos demográficos de los pacientes de los que esta investigación extraerá la muestra. Esto debido a la presunta influencia que plantea de lo cultural (lo intersubjetivo) en lo individual (lo subjetivo) sobre la sustancia que cada uno consume.

Otra investigación que compone un interesante antecedente y aporte para el actual trabajo de titulación es el de Porras & Parra. Ambos autores señalan en un artículo la presencia de características personales como el perfeccionismo, necesidad de aprobación social, entre otras, asociadas a características como su organización laboral son desencadenantes de un comportamiento adictivo en la adicción conductual reconocida como sustancia (Porras & Parra, 2018).

¿Por qué resulta tan interesante si se trata de una adicción conductual? Porque, pese a no ser una adicción reconocida por el DSM, señala la importancia del componente social y las características individuales sobre la adicción que se dispone a investigar. Dichas características serán abordadas en este trabajo de titulación mediante el uso del cuestionario de Kleinmann (adaptado por Nussbaum, 2021, p.18), además del uso de un cuestionario de desarrollo propio para extraer datos demográficos.

Gómez & Vélez (2021) afirman que el alcohol es una de las sustancias más consumidas globalmente es el alcohol, y a partir de esto generan planteamientos sobre las causas y mantenedores de la dependencia a dicha sustancia. La importancia de esta investigación sobre el actual trabajo de titulación recae sobre la búsqueda causal del mantenimiento de dicho trastorno por consumo de sustancias.

Gómez & Velasco (2021) señalan que los resultados de su investigación no fueron concluyentes debido a la imposibilidad de acceder a determinada población. Tanto dicho trabajo como el actual trabajo pretenden, en distintas palabras, investigar las creencias de pacientes que presentan un trastorno por consumo de sustancias asociado al alcohol (población similar de la que se tomará la muestra en esta investigación).

Anchundia & Velasco (2021) abordan en su investigación factores de riesgo para y durante el tratamiento. A partir de esta investigación reconocen la influencia de la ansiedad como obstáculos del tratamiento en tanto desvían la atención de los cambios de creencias irracionales.

Esta investigación se considera relevante en torno estudia los obstáculos en torno al proceso de reestructuración cognitiva (en otras palabras: el cambio de creencias, en palabras propias: una de las variables del actual trabajo de titulación). Además de que señala la posibilidad de que la ansiedad influya negativamente sobre esta debido a la distracción que acabaría por impedir el cambio de creencias por el que se caracteriza dicha técnica cognitivo-conductual.

Otro de los puntos por los que la investigación de Anchundia & Velasco (2021) resulta interesante es porque esta se enfoca en el momento previo de la

recuperación de los pacientes: el tratamiento. Por otra parte, el actual trabajo de titulación pretende tomar los resultados de dicho tratamiento y encontrar las creencias más comunes presentes para el final de este, buscando diferencias entre los grados de recuperación que se hayan alcanzado y la presencia de estas.

Por otra parte, Chávez (2018) aborda en su investigación una relación entre el abuso de drogas y esquemas inadaptados tempranos. Esta investigación es relevante dado el valor que otorga a los esquemas como los lentes a través de los cuales interpretamos la realidad. Chávez investiga sobre el proceso evolutivo que tienen los esquemas sobre el apego emocional y encuentra una relación con las drogas.

Si bien esta investigación no pone su foco sobre el trastorno por consumo de sustancias, encuentra una relación entre uno de los factores a considerar (los esquemas cognitivos) y el contexto en el que se basa el actual trabajo de titulación (el trastorno por consumo de sustancias).

Por último, la investigación de Cedeño Barberán & Cevallos Sánchez (2019) realizó un estudio en el que se encontró como resultado que es de suma importancia la voluntad propia del paciente en tomar un programa para su recuperación. También señala la importancia de la participación familiar para dicha recuperación.

El actual trabajo de titulación conecta con dicho estudio en tanto se pretende describir los datos demográficos más relevantes presentes en cada paciente y asociarlos a las creencias y grados de recuperación obtenidos.

CAPÍTULO 1

Adicción y rehabilitación

Adicción

En este capítulo se explorarán las definiciones del concepto de adicción, se revisarán las bases biológicas del trastorno por consumo de sustancias y los tipos de tratamiento disponibles, haciendo énfasis en el tratamiento que recibe la población de la que se tomará una muestra.

¿Qué es una adicción?

El término “adicción” resulta tan controversial como interesante. No es empleado por las referencias principales de manuales diagnósticos, pero resulta lo suficientemente reconocido como para que en el DSM-5 se emplee un apartado a explicar por qué razón no se lo toma en consideración. Si bien las adicciones tienen tantas formas de presentarse como definiciones, la base en común de todas estas es una disfunción a nivel de los procesos psicológicos, biológicos y evolutivos que subyacen el funcionamiento mental.

Existen distintas definiciones que responden a diferentes nombres según el contexto y la necesidad. El CIE-10 (OMS, 1992), por ejemplo, reconoce a las adicciones a sustancias bajo la categoría de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas” (F10-F19); describe esta sección señalando que en esta “(...) existe una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica”.

Por otro lado, el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) agrupa lo que conocemos como adicciones a sustancias bajo el título de “Trastornos relacionados con sustancias” dentro de la categoría de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”. Mientras que, por otra parte, el libro blanco de NA (Narcóticos Anónimos, 1993) define la adicción como algo mucho más simple pero amplio: una enfermedad o un trastorno.

Entonces, ¿qué descripción se ajusta más a lo que se trabajará a lo largo de esta tesis? Ya en el título de investigación se hace referencia al tipo de

conceptualización que se empleará en el desarrollo de esta: el término de adicción como un trastorno que tiene implicación en todo el espectro biopsicosocial de un individuo.

El término “adicción”, fuera del uso peyorativo que se le pueda dar, hace referencia a un trastorno y no una enfermedad; esto en tanto el término enfermedad es empleado para describir condiciones médicas específicas que pueden ser identificadas a través de pruebas diagnósticas y clínicas precisas.

A diferencia del concepto de enfermedad aguda, que comúnmente se refiere a situaciones temporalmente acotadas sobre problemas de la salud, los trastornos apuntan a condiciones prolongadas presentes en la larga duración, por lo que se vuelven parte integral de la identidad de los sujetos a través de su historia de vida. El término enfermedad, como el de síntoma y síndrome, se refiere a entidades clínicas ya estudiadas que tienen causas reconocibles, intrínsecas o extrínsecas, un grupo identificable de signos y síntomas que se manifiesten en cambios corporales o variaciones anatómicas consistentes con formas tipificadas. (Hamui Sutton, 2019, pp.43)

Se considera que la adicción es trastorno porque involucra un cambio en los procesos cognitivos y emocionales de una persona; en esencia, una alteración del comportamiento.

El uso del CIE-10 en detrimento de la onceava versión no es producto de un descuido, sino una decisión tomada basándonos en el contexto ecuatoriano del que se toma la muestra. Dicho uso se refleja, por ejemplo, en el registro estadístico presente en la página web del ministerio de salud pública empleado para diagnosticar VIH (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019) y el código que se emplea.

Neurobiología de las adicciones

Las adicciones encuentran la base de su funcionamiento en el circuito de recompensa del cerebro. Comprender la neurobiología subyacente de las adicciones es fundamental para abordar el desafío que implica el tratamiento de las adicciones desde la terapia (lo hablado) a los cambios que provocan en la vida de un individuo (lo fáctico).

Según el National Institute on Drug Abuse (2020) principalmente hay tres partes en el cerebro que se ven afectadas por el consumo de drogas: los ganglios basales, la amígdala y la corteza prefrontal. Las funciones de estas áreas se pueden describir brevemente de la siguiente forma:

Los ganglios basales son un conjunto de núcleos de sustancia gris que se encuentran en la base del cerebro. Estos grupos de células nerviosas se encargan de llevar a cabo procesos relacionados con el aprendizaje implícito, el sistema de incentivos y la realización de movimientos (Psicología y Mente, 2016).

La amígdala es una estructura subcortical situado en la parte interna del lóbulo temporal medial. Se trata de un elemento clave para la supervivencia, debido a que su principal función es integrar las emociones con los patrones de respuesta correspondientes a estas, provocando una respuesta a nivel fisiológico o la preparación de una respuesta conductual. Asimismo, se encarga de coordinar las áreas que notan la expresión somática de la emoción y la corteza cerebral encargada del sentimiento consciente, con lo que posee un papel de gran relevancia en la valoración del significado emocional de las experiencias (Psicología y Mente, 2016).

Según NIDA (2020) la corteza prefrontal es una parte del cerebro que “nos ayuda a pensar, tomar decisiones y controlar nuestros actos”.

Una vez revisadas las funciones básicas de las áreas afectadas, se considera importante describir la alteración que provoca el consumo de sustancias en cada una de estas. De forma muy resumida, los cambios que se producen en cada una de estas áreas tras el consumo de sustancias psicoactivas es el siguiente:

En el caso de los ganglios basales, NIDA (2020) reconoce que las drogas hacen que la persona se sienta realmente feliz, pero con el tiempo, el cerebro se acostumbra a la presencia de la droga y necesita más para sentir el mismo placer; si una droga se consume mucho, los ganglios basales pueden acostumbrarse a la presencia de la droga y hacer que sea más difícil sentir placer por cualquier cosa que no sea la droga.

Resulta igual o más interesante que los mecanismos que se ven alterados la vulnerabilidad genética a desarrollar una adicción. La genética es uno de los factores que influyen en las adicciones. Según MettaAlpha (2021), los científicos estiman que los factores genéticos representan entre el 40 y el 60% de la vulnerabilidad de una persona a la adicción. Por otra parte, Adicciones (2008) señala que “los estudios de epidemiología genética han puesto de manifiesto que las adicciones tienen una moderada a alta heredabilidad”.

Pese a las fehacientes pruebas de alta heredabilidad de las adicciones, sería reduccionista tildar a las adicciones de nada más que una enfermedad/trastorno hereditario. Una importante parte de las adicciones está compuesta por otros factores del entorno. Dato observable en las mismas investigaciones que señalan la importancia del valor hereditario de estas; según Adicciones (2008) “Estas investigaciones también han evidenciado que los factores ambientales y genéticos contribuyen a las diferencias individuales en la vulnerabilidad a las adicciones”.

Esta cita refleja la importancia y justifica el interés de esta investigación en torno a los datos demográficos; dada el área de la salud desde la que se está abordando la problemática, resulta especialmente complicado averiguar en profundidad sobre lo genético de los casos de adicciones de los que se toma la muestra más allá de un breve estudio de psicopatología familiar.

Tipos de adicción

Como se comentó en la introducción de este capítulo, antiguamente se podría llegar a cometer el error de pensar las adicciones exclusivamente como el resultado del abuso químico de una sustancia sobre el circuito de recompensa. Si bien la base biológica es común en todas las adicciones, la forma en la que estas pueden presentarse varía desde trastornos relacionados con sustancias a trastornos adictivos más caracterizados por la repetición compulsiva de una conducta.

En este apartado se revisarán las distintas formas de clasificar las adicciones y sustancias de consumo con el fin de proporcionar una referencia directa para los datos demográficos que se extraerán mediante las entrevistas a pacientes en recuperación del trastorno por consumo de sustancias.

El DSM-5 (APA, 2013) realiza una separación entre los trastornos relacionados con sustancias y los no relacionados con estas. La razón subyacente empleada para explicar dicha inclusión en un mismo capítulo es, en esencia, la prueba de la activación del circuito de recompensa y similitud sintomática entre ambos tipos de adicciones. Pese a esto, cabe resaltar que en la división “trastornos no relacionados con sustancias” solo incluye un posible diagnóstico: trastorno por juego.

Más allá de la separación entre adicción conductual y a sustancias existen aún más clasificaciones dentro de esta segunda. Siendo que esta investigación trabajará directamente con diagnósticos sobre el consumo de sustancias, se considera importante mencionar la siguiente clasificación del tipo de SPA (sustancias psicoactivas) según sus efectos en el sistema nervioso central propuesta por Sateler et al. (2019): estimulantes, depresoras, alucinógenas, y drogas alucinógenas estimulantes. Más adelante se explicará a detalle la diferencia entre cada una a nivel neurobiológico.

Además, la OPS (s.f.) reconoce la existencia de una clasificación enfocada en el uso de dichas sustancias: Para uso recreativo, farmacológico o de uso general. Más adelante en la investigación describiremos mediante el uso de estas clasificaciones el tipo de droga que generó un trastorno por consumo de sustancias en los pacientes de los que se extrae la muestra en esta investigación.

CIE-10 VS DSM V

Pese a la similitud diagnóstica, existen diferencias entre el DSM-V y el CIE-10 en la forma en la que clasifican lo que podría considerarse una adicción. Pese a que esta diferencia parece, en un primer momento, irrelevante, refleja la forma en la que el DSM categoriza según la similitud sintomática en lugar de haciendo uso de la causalidad de los trastornos. Por otra parte, esta diferencia también refleja que el CIE-10 se atreve a realizar una diferenciación implícita entre lo que concebimos como adicción conductual y a sustancias.

El CIE-10 (OMS, 1992) genera una separación implícita entre las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales, limitando el diagnóstico de las segundas al “Juego patológico” (F63.0) y a “Otros trastornos de los hábitos o

del control de los impulsos” (F63.8) dentro de la subcategoría de “Trastornos de los hábitos y del control de impulsos” (F63) perteneciente a la sección “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”.

Por otra parte, el DSM V (APA, 2013) incluye una separación explícita de las categorías con y sin sustancias dentro de la sección de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos no relacionados con las sustancias”. Limitando este último al diagnóstico de “Juego patológico”. Además, suma al DSM-V la explicación del desuso del término “adicción”:

Obsérvese que la palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante. (APA, 2013, p. 257)

El siguiente cuadro podría ejemplificar de mejor forma las diferencias clasificatorias que se pretenden resaltar:

Tabla 1*Diferencias entre el DSM-V y el CIE10*

Diferencia entre DSM-V y CIE10	
CIE10	DSM-V
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Trastornos de los hábitos y del control de impulsos	Trastornos relacionados con sustancias
	Trastornos no relacionados con sustancias

Tabla de elaboración propia bajo referencia directa del DSM-V (APA, 2013) y el CIE10 (OMS, 1993)

Patología dual

De la misma forma en la que una enfermedad no es repelente de otra, la posesión de un diagnóstico psiquiátrico no excluye la posibilidad de desarrollar otros, independientemente de las bases biológicas, psicológicas o sociales que puedan provocarlo. La presencia de múltiples trastornos mentales es conocida como “comorbilidad”, aunque en el caso de las adicciones sucede algo particular: la presencia de múltiples trastornos, siendo uno de estos el trastorno por consumo de sustancias, no es conocida como comorbilidad, sino como “psicopatología dual”.

Según Szerman y Mantínez-Raga (citado por González, 2020):

El término patología dual es utilizado para definir dos patologías padecidas al mismo tiempo por una persona. Así pues, padecen patología dual las personas que presentan un trastorno por uso de sustancias o adicciones comportamentales y otro tipo de patología mental al mismo tiempo. Las adicciones no solo hacen referencia a las drogodependencias, legales o no, sino también a adicciones de tipo comportamental como la ludopatía, la vigorexia, la adicción a Internet, etc. (p. 84).

El término comorbilidad refleja la interacción entre dos distintas condiciones que, si bien distintas, se influyen mutuamente y generan una mayor complejidad en tanto en el estado como en el tratamiento de un paciente.

El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como parte de una psicopatología dual requiere de un tratamiento integral. Los tratamientos enfocados exclusivamente en el trastorno por consumo de sustancias pueden no ser suficiente. A partir de este subtema surgen las siguientes preguntas que podrían tener una respuesta un tanto obvia pero no está de más plantearse: ¿Todas las psicopatologías duales influyen negativamente en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias? ¿Existe alguna psicopatología que actúe como factor de protección en las psicopatologías duales frente a la recaída en el consumo de sustancias?

Factores que intervienen en el proceso de recuperación

Factores de protección y riesgo

Los factores de protección y riesgo son situaciones que, en un contexto de consumo de sustancias, desencadenan o reducen la probabilidad de que el paciente recaiga respectivamente. Según Becoña (2002) “Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural” (tal como señala el DSM 5 también señala en su definición de trastorno).

Los factores de riesgo son posibles desencadenantes de consumo: son situaciones que, si bien no definitivas, aumentan la probabilidad de que una persona recaiga en consumo. Algunos de los factores de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias detallados por NIDA (2020) son: comportamientos agresivos en la niñez, falta de supervisión parental, pocas habilidades para resistir la presión de los pares y pobreza de la comunidad.

En contraposición, por factores de protección nos referimos a situaciones que reducen la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias o recaer en consumo. Estos son el contrario a los factores de riesgo y, por supuesto, pueden existir varios de estos en cada una de las dimensiones de un individuo (factores biológicos como el temperamento, psicológicos como una buena organización del tiempo libre y sociales como un círculo familiar protector). Algunos ejemplos de factores de protección frente a las adicciones señalados por NIDA (2020) son: autoeficacia, relaciones positivas, apoyo y vigilancia parental o políticas antidrogas en la escuela.

Los factores de protección y de riesgo pueden existir mutuamente, de forma que actúan el uno sobre el otro y se influyen para obtener sus propios resultados. La presencia de factores de protección no es una garantía preventiva del inicio de un trastorno por consumo de sustancias, de la misma forma en la que los factores de riesgo no aseguran un desencadenamiento.

Modelo transteórico de cambio

El cambio es un proceso complejo que tiene en cuenta múltiples aristas de la vida de un individuo. Respecto al trastorno por consumo de sustancias, el

cambio (la recuperación a la que se apunta) se transforma en algo incluso más complejo en tanto involucra el mecanismo de recompensa cerebral de una forma tan directa. Resulta interesante para el actual trabajo investigativo emplear el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente (1983): El modelo transteórico del cambio. Este modelo clasifica las etapas de cambio de forma gradual y las caracteriza según las cualidades más destacables de cada etapa.

Las cinco etapas de cambio planteadas por este modelo son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Cada una de estas etapas se clasifica de forma general por cada una de las siguientes afirmaciones:

- Precontemplación: No existe reconocimiento del propio trastorno por consumo de sustancias.
- Contemplación: Se reconoce la propia condición a la vez que la necesidad de cambio.
- Preparación: Se encuentra listo para cambiar su situación en cuanto al consumo de sustancias
- Acción: Se implementan cambios activos para superar el trastorno por consumo de sustancias.
- Mantenimiento: Se trabaja para mantener los cambios realizados y evitar las recaídas.

Estos dos últimos puntos resultan especialmente interesantes para el desarrollo de este trabajo investigativo, en tanto reflejan el resultado de la rehabilitación caracterizada por la reestructuración cognitiva: la recuperación subjetiva como parte final del desarrollo procedural del cambio desde la no-recuperación y la recuperación objetiva.

El modelo transteórico también identificó algunos de los procesos involucrados en el cambio, como lo son según García-Allen (2015) el aumento de conciencia, autoevaluación, liberación social, contracondicionamiento, relaciones de ayuda, administración de los refuerzos, autoliberación y control del estímulo.

Este segundo punto (procesos involucrados en el cambio) provocan ciertos cuestionamientos: ¿Qué creencias se presentan en cada uno de los procesos involucrados? ¿La falta de alguno de estos provoca una dificultad para alcanzar una recuperación objetiva? ¿Existe algún dato demográfico que reduzca la probabilidad de que alguno de estos procesos?

Tratamientos y su efectividad

Tipos de tratamiento

El lector notará que uno de los puntos que se pretende destacar en los subtemas previos es que la multicausalidad del trastorno por consumo de sustancias hace difícil tanto su estudio como su tratamiento. Al igual que existe una multitud de corrientes psicológicas con distintos objetos y métodos de estudio, existe una variedad de tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias que, empleando distintas técnicas y con distintas filosofías que los sustenten pretenden producir cierto grado de recuperación. Algunos de los tratamientos más reconocidos e identificados por NIDA (2023, p.25) son los siguientes:

- Terapia de estimulación/motivacional
- El control de contingencias
- Terapia cognitivo conductual
- La terapia familiar
- La facilitación en dos pasos

En este caso, el hospital que oferta el servicio de rehabilitación del que se extraerá la muestra cumple con todas estas terapias de una u otra forma bajo la idea de ofrecer un tratamiento integral. La forma en la que el hospital hace uso de cada una de estas terapias varía, pero de forma general y con el fin de contextualizar al lector en el ambiente del que se extrae la muestra de esta investigación, aquí una breve descripción de la forma en la que el hospital hace uso de cada una de estas herramientas:

- Terapia cognitivo-conductual: ciertos psicólogos encargados de la atención individual emplean técnicas cognitivo-conductuales enfocadas principalmente en el cambio de creencias.

- Terapia familiar: esta terapia forma parte clave de la reintegración del individuo en la sociedad. Se tiene sesiones psicológicas con los familiares de los pacientes con el fin de evitar recaídas y medir progresos haciendo uso de la psicoeducación.
- El control de contingencias: se usa el reforzamiento positivo dando privilegios a las personas que se mantengan sin consumir durante cierto periodo de tiempo establecido en el hospital
- Facilitación en 12 pasos: el programa que se imparte se basa en alcohólicos y narcóticos anónimos, siendo estos ampliamente reconocidos por su efectividad en el campo de las adicciones.
- Terapia de estimulación/motivacional: se incita al individuo a generar un cambio en su vida.

Recaída

La recaída en el trastorno por consumo de sustancias es un suceso que, pese a ser desalentador, es esperable y común dentro de un proceso de rehabilitación. Esta no es una prueba de una falta de voluntad o el fracaso del tratamiento, sino una complicación previsible dentro del proceso de recuperación. Según Mayo Clinic (s.f.) “Una vez que fuiste adicto a una sustancia adictiva, tienes un alto riesgo de caer nuevamente en un patrón adictivo”.

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por una afectación tanto a nivel cerebral como comportamental (NIDA, 2021), por lo que es natural que requiera de un reforzamiento continuo para mantener la recuperación objetiva obtenida de un tratamiento previo. Esto se señala, por ejemplo, en el programa de doce pasos en el que se basa el hospital del que se toma la muestra de esta investigación: “Si usted se olvida de su condición de adicto, usted va a recaer” es uno de los comentarios más sonados en el área de conductas adictivas.

Independientemente de si este supuesto factor de riesgo ha sido evidenciado, no cabe duda de que no es el único factor por el que una persona puede recaer en consumo. “Yo sabía que lo que hacía estaba mal, pero no podía parar” es otro de los comentarios más sonados que ejemplifican de forma

adecuada este punto. Existen otros factores como los ya mencionados en su respectivo subtema (factores de protección y riesgo).

Como se mencionó con anterioridad, las recaídas no implican el fracaso del tratamiento o la falta de voluntad del individuo, sino el punto en el que palidecen los recursos del paciente para sostener el tratamiento realizado hasta el momento. Según National Institutes of Health (2017) Incluso las recaídas pueden ser una parte normal del proceso, no una señal de fracaso sino de que es necesario ajustar el tratamiento.

¿Qué clase de respuesta es la apropiada para un paciente que ha recaído? Quizá revisar en qué punto falló la recuperación que se ponía a prueba como resultado de la reestructuración en rehabilitación por trastorno de consumo de sustancias. En el caso del hospital del que se extrae esta muestra, esto se revisará en la encuesta que se aplicará a los pacientes que se hallan en la cuarta fase del tratamiento (reinserción).

A raíz de la compleja multicausalidad del trastorno por consumo de sustancias, surgen aún más cuestionamientos: ¿Las recaídas aumentan o reducen la dificultad de alcanzar una recuperación subjetiva? ¿Qué sistema de creencias mantuvo un paciente en remisión previo a una recaída? Pese a que no se lleguen a responder todas estas preguntas dada la naturaleza descriptiva de esta investigación, vale la pena mencionar las dudas que parten de cada subtema con el fin de enriquecer la potencialidad de transferencia a partir del actual trabajo de investigación.

Desplazamiento o rehabilitación para el proceso de recuperación

La rehabilitación es el cuidado que se recibe para recuperar o mejorar las capacidades que se necesita para la vida cotidiana (MedlinePlus, s.f.). Aterrizando esto sobre las adicciones, la rehabilitación busca permitir a una persona dejar de lado una adicción (con o sin sustancias) mediante un tratamiento estructurado a lo largo del tiempo.

Esta clase de tratamiento muestra una diferencia directa entre las adicciones con y sin sustancias: mientras que en las adicciones sin sustancias se puede trabajar ambulatoriamente, en el caso de las adicciones a SPA se requiere de

un periodo de abstinencia para el cual es necesario un lugar especializado en dicha área.

En lo que respecta a los estilos cognitivos, “Estos estilos están influidos también por el estado emocional del sujeto, así como por la búsqueda del placer y el evitar el dolor o la ansiedad; están relacionados con la herencia, la fisiología y la bioquímica del sujeto” (Uriarte Bonilla, 2013, p. 233). Nótese la similitud teórica con los conocidos mecanismos propuestos ya desde el psicoanálisis freudiano: desplazamiento, condensación, etc.

El uso del término “estilo cognitivo” permite mantener una misma línea teórica investigativa y su elección no es producto de la popularidad del sistema en el que fue acuñado, sino del intento de homogeneidad epistemológica que se pretende dar al actual trabajo de titulación. Pese a esto, se reconoce la similitud y el valor que representan los mecanismos de defensa freudianos para corrientes ajenas al psicoanálisis, tal como podría ser el mecanismo de defensa de desplazamiento.

Este mecanismo de defensa encuentra una suerte de empate teórico en la teoría cognitivo-conductual cuando hablamos del estilo cognitivo de “reflexión-impulsividad”. Sobre este estilo cognitivo Uriarte (2013) nos dirá “el impulsivo está dominado por la impresión y emoción del momento, por la intuición, inmediatez y sugestionabilidad” (p. 233). Pese a que este estilo no se trata de un mecanismo en el que se reemplace una actividad por otra, explica en cierta forma la lógica que maneja quien, producto de las sustancias que consume, encuentra su juicio y toma de decisiones “anestesiada”.

En este trabajo no se pretende afirmar que en todo caso de adicciones existe una desviación de lo que en psicología se conocería como búsqueda de placer y en psicoanálisis se definiría como pulsión (reconociendo el desplazamiento como el mecanismo de defensa empleado), dicha afirmación podría dar pie a un trabajo investigativo completamente distinto.

Lo que sí pretende hacer esta investigación con relación al desplazamiento es describir si una vez realizado el tratamiento el paciente aumenta significativamente una actividad que previo a este carecía de relevancia. Esto

se analizará en el cuestionario mediante la percepción subjetiva que nos del paciente sobre su rutina tras llegar a la cuarta fase del tratamiento.

El concepto que de desplazamiento es clave para comprender lo que más adelante definiremos como “pseudorecuperación” en tanto los criterios diagnósticos de este tipo de recuperación se basan en la identificación del aumento de actividades socialmente más aceptadas (aunque no necesariamente aprobadas) en detrimento del consumo de sustancias.

A lo largo de este capítulo se han sentado las bases teórico-conceptuales de lo que se trabajará más adelante. El siguiente capítulo hace énfasis en el proceso que tiene como resultado dicha recuperación, enfocándonos en la alteración de los esquemas cognitivos como parte puntual del tratamiento.

CAPÍTULO 2

Reestructuración cognitiva

Antecedentes de la TCC

¿Qué es lo que separa una ciencia de otra? De forma general podríamos intentar responder esta pregunta desde tres puntos: Objeto, método y campo de estudio. Sin embargo, si recordamos las dificultades que la psicología tuvo (y todavía tiene) para ser considerada una ciencia, inevitablemente acabaremos por hablar de las distintas corrientes que marcaron su historia.

Tal como sugiere Peña Sánchez (2010):

Entender el estatuto epistemológico de la psicología como una disciplina multiparadigmática da la posibilidad de comprender la complejidad de este territorio del conocimiento donde habitan diferentes paradigmas, que se disputan el reconocimiento de la comunidad científica por la validez de sus propuestas teóricas, articuladas a una forma de configurar los problemas, con su propio método, reglas y visión de mundo. (p.143)

La existencia de las corrientes en la psicología nos revela dos puntos: Por una parte, la psicología cuenta con varios paradigmas que, sustentados por corrientes filosóficas que van desde lo similar hasta lo radicalmente distinto, comparten un mismo campo en el que ejercer dicha ciencia; por otra parte, la psicología (la clínica, especialmente) se ubica en una posición media entre las ciencias médicas y las ciencias sociales dado el estatus multiparadigmático que posee dentro de un área de la salud.

Se trataría de una ciencia médica en tanto, según la OMS (s.f.) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Siendo que la psicología se encarga del bienestar de la esfera de lo “mental” o “psicológico”, esto provoca que tenga su lugar dentro de las ciencias que velan por la salud integral.

Por otra parte, una característica propia de las ciencias sociales es la presencia de múltiples paradigmas que coexisten coetáneamente. Tal como se observa en la existencia de ciencias como el análisis aplicado de conducta

a la par que terapias cognitivas (supuestas como la evolución natural de la psicología conductista).

Bajo esta idea, pese a que hablemos de las corrientes de la psicología como parte de su pasado, no todas las corrientes han perdido vigencia o relevancia por el nacimiento de una nueva (como sucede en ciencias no sociales); se observa, por ejemplo, en la existencia de títulos como “Principales corrientes psicológicas contemporáneas” (Utel, 2017). Esto implica que algunas de las corrientes de psicología formen parte tanto del pasado como del presente de esta ciencia tan enigmática.

Dicho esto, dado que el enfoque de esta investigación es cognitivo-conductual, se considera relevante realizar un breve recorrido teórico del enfoque que sustenta el actual trabajo de titulación.

Del estructuralismo al conductismo

Al hablar de cognitivismos es inevitable remontarnos al conductismo, curiosamente, al hablar de conductismo es necesario reconocerlo como una reacción frente al estructuralismo Wundtiano. Según Beltrán (1998), la verdadera historia de la psicología comienza en el siglo XIX con la inauguración del primer laboratorio de psicología experimental. Wundt adoptaría el método introspectivo y definiría la conciencia como el objeto de estudio de la psicología.

Si bien el uso de un método ampliamente aceptado por la comunidad científica permitió a la psicología obtener el estatuto de ciencia, el cambio que provocó Wundt no fue uno radical, sino uno que causaría una serie de críticas y sentaría las bases de las diferentes corrientes psicológicas que contribuirían en gran medida a lo que es la psicología en la actualidad. Una de las corrientes que nacen pocos años después del establecimiento del estructuralismo es el conductismo, y es clave para comprender lo que en la actualidad conocemos como cognitivismos.

El conductismo nace como una respuesta al estructuralismo. Beltrán (1998) señala que “el éxito del conductismo fue tan espectacular que prácticamente barrió a todos los demás sistemas psicológicos, considerándose como el único punto de vista científico digno en el campo de psicología” (p.14). Esto lo

logró dejando de lado la introspección como método de estudio y, por tanto, adoptando un objeto de estudio observable y que le da nombre a su escuela psicológica: la conducta.

Sin embargo, cambiar de lo subjetivo de la consciencia a lo objetivo de la conducta tuvo consecuencias que no pasaron desapercibidas, como el notable reduccionismo bajo la idea de buscar lo más objetivo que provocó que el conductismo no se atreva a decir nada sobre “la caja negra” que definimos como cognición (Beltrán, 1998, p. 15). Se puede resumir el conductismo como la corriente que, adoptando un método y objeto de estudio objetivo llevó a la psicología hacia un extremo opuesto de lo que era hasta el momento, tanto para lo bueno como para lo malo.

La teoría cognitivo-conductual como una alternativa no radicalmente diferente

El conductismo, reconocido a la par que criticado, ignoraba por decisión propia lo que el estructuralismo estudiaba tan vehemente como equivocadamente: la mente (Beltrán, 1998, p.15). Las críticas que se realizaron a esta corriente psicológica no venían exclusivamente de sus pares, lo que provocó el nacimiento del cognitivismo como un intento de respuesta que pretendía tomar lo mejor del conductismo sin olvidar los procesos cognitivos (punto del que deriva su nombre) (Beltrán, 1998, p.15).

Enfocándonos en la historia de la teoría cognitivo-conductual, a fecha actual es común dividir el progreso de esta en tres generaciones, tal como se observa en Psicouned (2022) (cuatro si se toma en cuenta la propuesta de integrar neurociencia con previas generaciones en la actualidad).

La primera generación de la teoría cognitivo conductual fue, en esencia, lo que conocemos como neoconductismo. Este movimiento parte de los principios básicos del conductismo (como el ambientalismo, el mecanicismo y el condicionamiento) y utiliza variables intermedias para el análisis, la predicción y el control de la conducta (Definición.de, s.f.)

Como cabría esperar de una escuela que acaba de formarse a partir de la clara inspiración de otra, toma mucho de su predecesora y se diferencia más bien poco de esta. Es en la segunda generación en la que, además de generar

el cambio más definitorio de lo que sería la teoría cognitivo-conductual, se establecen los conceptos clave para esta investigación.

La segunda generación se abre a los aspectos cognitivos (lo más distintivo de esta corriente frente al conductismo) y a los sociales que influyen en la conducta (Psicouned, 2022). Lo especial de la segunda generación de la TCC es que da valor a aquello que el conductismo ignoró: la caja negra; esto lo logra mezclando la teoría conductual con la terapia cognitiva, formalizando así lo que conocemos como terapia cognitivo-conductual.

Tanto la segunda como la tercera generación resultan esenciales para la comprensión del actual trabajo académico, ¿A qué se debe esto? Durante el proceso de rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias se generan cambios en las creencias de los pacientes. Estos cambios pueden estar o no directamente asociados al trastorno que padecen, sin embargo, no se puede obviar que las creencias de una persona influyen en su conducta.

Los tratamientos que se ofrecen van desde la psicoeducación y la atención individual (impartida por un psicólogo) hasta las terapias vivenciales (impartidas por autoproclamados adictos en recuperación). Todo el tratamiento consiste, en esencia y dicho de forma simplista, en proponer nuevas creencias y cuestionar antiguas. ¿De qué forma afectan las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias en la recuperación de un paciente? Para responder este punto es importante comprender bien lo que la TCC define como esquemas cognitivos.

Esquemas cognitivos

El concepto de esquema cognitivo fue desarrollado en psicología cognitiva por Jean Piaget y Warden (1926). Más tarde, Beck (2014) tomaría dicho concepto y explicaría que su papel es procesar los estímulos cotidianos de forma para proporcionar significado y, según su contenido, involucrar otros sistemas, motivacionales, emocionales o fisiológicos.

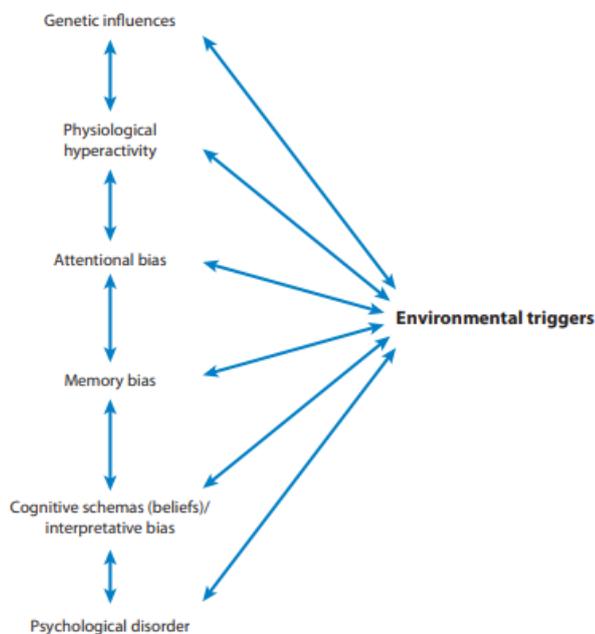
Además, este construiría conceptos en torno a la causalidad de los esquemas (la causalidad psicopatológica) y lo que estos provocan (la psicopatología en sí misma); Beck (2014) señala que los esquemas negativamente sesgados parten de factores genéticos y experiencias significativas previas.

Detengámonos un momento en el concepto y la estructura de esquema. Al decir que los esquemas sesgados parten de factores genéticos, Beck reconoce la importancia de la esfera biológica en la formación de estos. Sin embargo, lo valioso de este autor es su pertenencia a la segunda ola de la terapia cognitiva conductual; es decir, no maneja un modelo explicativo puramente biológico, sino que toma en cuenta lo social y lo contextual y lo suma como parte del procesamiento de por medio entre estímulo y respuesta en contraste con el conductismo.

En su explicación, además de los factores genéticos, señala el valor de las experiencias significativas previas en la formación de esquemas cognitivos. Aquí se nos presenta la siguiente pregunta: ¿Qué es un esquema si no un conjunto de creencias que alguna vez nacieron de experiencias que se experimentaron a través de los sentidos y que se emplean para dar interpretación a las situaciones con las que nos encontramos? (independientemente de si estos esquemas son sesgados o no).

Figura 1

Factores que desencadenen y mantienen trastornos



Nota. Cuadro de los factores que desencadenan y mantienen trastornos. Tomado de (Beck & Haigh, 2014)

Si para comprender este trabajo investigativo es necesario comprender el concepto de esquemas, y a su vez para comprender este es necesario comprender las creencias, ¿qué son las creencias para la TCC?

Creencias

Las creencias son la célula de los esquemas y parten de experiencias previas (razón por las que se menciona a estas en la conformación de un esquema). Según Llinares y Pajares (citado en Moreno Moreno y Azcaráte Giménez, 2003):

Las creencias son conocimientos subjetivos, poco elaborados, generados a nivel particular por cada individuo para explicarse y justificar muchas de las decisiones y actuaciones personales y profesionales vividas. Las creencias no se fundamentan sobre la racionalidad, sino más bien sobre los sentimientos, las experiencias y la ausencia de conocimientos específicos del tema con el que se relacionan, lo que las hace ser muy consistentes y duraderas para individuo (pp.42-43).

Como se puede observar, las creencias no forman parte de lo puramente racional, sino más bien de experiencias previas. Además, no existe un solo tipo de creencias, por lo que, pese a que el concepto aportado por Beck sirve para los dos subtipos de creencias, se considera adecuado mencionar los distintos tipos de creencias que conforman los esquemas, que a su vez son necesarios para comprender este trabajo investigativo en su totalidad.

Creencias nucleares

Las creencias nucleares es uno de los dos tipos de creencias que define la teoría cognitivo conductual. “Las creencias nucleares son esquemas aprendidos que generan pensamientos distorsionados, exagerados, catastróficos; también son afirmaciones sin fundamento, suposiciones. Es una forma ilógica de evaluarse a uno mismo, a los otros y al mundo que nos rodea” (Beck, 2014).

Las creencias nucleares son, en esencia, supuestos sobre uno mismo realmente arraigados y difíciles de cambiar. Estas conforman parte de lo que

conocemos como esquemas, aunque no la totalidad de estos. Otra parte de los esquemas son las creencias intermedias.

Creencias intermedias

Las creencias intermedias son creencias lógicas en cuanto a composición, pero carentes de razón (tal como se observa en la descripción de creencias en general). “Las creencias intermedias se orientan a reconocer reglas, actitudes y suposiciones que de no ajustarse a la realidad puede generar problemas o patologías de atención clínica” (Ribero Marulanda, 2021).

Estas creencias son más superficiales que las creencias nucleares y, sin que signifique una labor especialmente sencilla, se pueden cambiar con una mayor sencillez que cuando se trata de creencias nucleares.

Pensamientos automáticos

“Los pensamientos automáticos son funciones mentales sin juicio consciente, que afectan profundamente nuestras acciones y emociones. Nuestros pensamientos automáticos están enraizados en nuestras creencias y esquemas más estables” (Walker, 2022). En resumidas cuentas, los pensamientos automáticos se tratan de respuestas parecidas a los arcos reflejo, pero siendo materia del puro pensamiento.

El siguiente cuadro ejemplifica de correcta forma la diferencia entre las creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos:

Tabla 2

Estructura cognitiva de Aaron Beck

Estructura Cognitiva	
Las creencias centrales	Son aquellas ideas dominantes que son incuestionables, el sujeto las considera como absolutas, rígidas, globales y generalizables; se encuentran a nivel del inconsciente y el individuo las mantiene a pesar de estar equivocado.
Creencias intermedias	Estas creencias son maleables y pueden llegar a modificarse, están compuestas por reglas,

	actitudes y presunciones ya sean positivas o negativas
Pensamientos automáticos	No surgen de un razonamiento, suelen ser fugaces o espontáneas apareciendo de modo verbal y de imágenes de manera específica para cada situación, suelen ser más accesibles a la consciencia y generan emociones dependiendo del contenido y significado atribuido

Tomado de Fiallos Fátima y Parra Jonathan (2021)

Consideraciones éticas y culturales de las creencias

Partiendo de la definición de salud de la OMS revisada hace un momento se puede afirmar sin lugar a sorpresas que las creencias tienen una importante influencia cultural. Las creencias se reafirman en la mente de un individuo tras contrastarlas con la realidad y que estas se prueben a sí mismas. El trasfondo cultural puede influir en gran medida en cómo un individuo percibe y presenta síntomas psiquiátricos, así como también afecta el diagnóstico y el tratamiento (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, no todas las creencias son admitidas y probadas bajo las mismas condiciones, Si las creencias se forman a partir de las experiencias, y las experiencias se crean en un determinado contexto cultural ¿qué acaso no sería normal encontrar perfiles aproximados de creencias culturales? Veamos un ejemplo desde las creencias religiosas: ¿qué acaso no es más común encontrar católicos en América que en Oriente Medio?

El problema que supone el valor contextual de las creencias es que, si bien algunas de estas pueden ser identificadas como disfuncionales, lo funcional y lo disfuncional está determinado por la cultura.

Por ejemplo: En India las vacas son consideradas sagradas en varias religiones como el hinduismo, jainismo, budismo y sijismo (BBC News, 2015). Esta creencia vista desde un contexto cultural americano no es más que una creencia como mínimo poco funcional para la alimentación; Según el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), en 2021, 56.2 libras de carne de res por persona estaban disponibles para el consumo

humano en los Estados Unidos (sobre una base comestible deshuesada) (USDA, 2021).

Esto supone que, al realizar una evaluación diagnóstica (no necesariamente un test, sino incluso la identificación de creencias disfuncionales durante una sesión) se tenga un especial cuidado en la identificación de las creencias culturales, añadiendo un importante paso en la evaluación: ¿cuál es el contexto social del que proviene el paciente?

¿Qué es la reestructuración cognitiva?

Hasta este punto hemos visitado puntos clave para esta investigación como lo sería la teoría cognitivo-conductual, los esquemas cognitivos, las creencias nucleares y los pensamientos automáticos, ¿todo esto bajo qué fin? El título del actual subtema (al igual que el título del capítulo) refiere a una técnica cognitivo-conductual conocida justamente por articular/trabajar con varios de los conceptos que revisamos anteriormente.

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica que permite ayudar al paciente a detectar las creencias y pensamientos de carácter disfuncional que ha venido teniendo hasta el momento. De esta forma, el fin último es modificarlos y sustituirlos por interpretaciones más ajustadas a la realidad. La técnica de reestructuración cognitiva es uno de los pilares centrales de la terapia cognitivo-conductual. Desde este modelo, se entiende que nuestras emociones no responden a los eventos que nos suceden, sino a la manera en la que los interpretamos según nuestros esquemas cognitivos. (Menéndez Martínez, s.f.)

Bajo esta definición, se entiende que la reestructuración cognitiva no solamente apunta a identificar, sino a modificar las creencias disfuncionales. En el hospital del que se extrae la muestra de esta investigación se aplica algo que, si bien cumple con las características de la reestructuración cognitiva, no es definida propiamente como tal. ¿Se puede realizar un empate teórico de encontrar suficiente similitud en las descripciones?

Para responder esta pregunta se realizó una entrevista a uno de los dos psicólogos encargados de impartir la psicoterapia en el área de adicciones, además de dar atención psicológica individual a estos casos. A partir de las

entrevistas realizadas se extraen las dos siguientes conclusiones para este capítulo:

La reestructuración cognitiva es identificada por el psicólogo entrevistado #1 como una técnica sin la que la modificación conductual del consumo no podría ser realizada, ya que, cito: “El origen de una conducta viene muchas veces del pensamiento”

Por tanto, se puede determinar que, pese a que el hospital no lo define como tal, la definición de la reestructuración cognitiva coincide con lo aplicado en el tratamiento del hospital del que se extrae la muestra. Es de esta forma que, a raíz del análisis de esta entrevista, se determina que el tratamiento aplicado en el área de adicciones consiste, en parte, en la técnica de reestructuración cognitiva.

Una vez aclarado este punto, resta preguntarse lo siguiente: Si durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias consiste en la técnica de la reestructuración cognitiva, ¿El uso eficaz de esta técnica influye de alguna forma en la clase de recuperación que se obtiene? En caso de que esto sea así, ¿qué clase de creencias están asociadas a obtener como resultado una recuperación subjetiva?

CAPÍTULO 3

Niveles de recuperación

Recuperación

En este trabajo de titulación empleamos el término recuperación como el resultado del proceso de rehabilitación. Existen distintos grados de recuperación: recuperación objetiva y subjetiva (Echeberúa & Amor, 2005, p. 520) lo que hace que, sumado a las distintas formas en que los contextos y subjetividades interactúan para obtener a esta como resultado, no haya recuperación que sea igual a la otra pese a mantener bases en común. Regresando a los tipos de recuperación, pese a no ser los únicos reconocidos por este trabajo de titulación, estos son los dos tipos principales de recuperación con los que se trabajará:

- Recuperación objetiva: La recuperación objetiva se refiere a la restauración de la salud física del individuo y se caracteriza por controlar los estímulos y la evitación del peligro (Echeberúa & Amor, 2005, p. 520).
- Recuperación subjetiva: La recuperación subjetiva implica la extinción de los deseos de la conducta adictiva (Echeberúa & Amor, 2005, p. 520).

Ambos tipos de recuperación son necesarios para alcanzar lo que definimos como recuperación completa: Un estado en el que tanto las conductas adictivas como la reacción que estas provocan internamente han sido extinguidas. Además de estos dos tipos de recuperación, en este trabajo se plantea la existencia de un tercero, el cual se puede ubicar tanto dentro de una recuperación objetiva como subjetiva dadas las particularidades que presenta. Este tercer tipo de recuperación es lo que reconocemos como una pseudo recuperación.

Existe la posibilidad de que la recuperación se desvíe: es decir, que se cambie el objeto de consumo o se altere la conducta adictiva por otra, produciendo de esta forma una pseudo rehabilitación. A términos prácticos, ambas constituyen resultados de una u otra forma socialmente aceptados (o menos rechazados). En resumen, definimos la pseudo recuperación como una

recuperación en la que el objeto de consumo cambia por otra conducta adictiva o sustancia más socialmente aceptada (como pasar de una adicción a la marihuana a una adicción al trabajo).

Cabe resaltar en este punto que el hospital del que se extrae la muestra no pretende provocar una pseudo recuperación de sustancia a sustancia en un paciente; al contrario de esto, pretende promover un estilo de vida libre de sustancias de consumo desde el programa NA en el que se basa.

Hace un par de capítulos describimos brevemente las etapas del tratamiento de rehabilitación en este hospital y, siendo que la muestra que se extrae será la de pacientes que se hallen en la cuarta fase del proceso, es decir, no han finalizado su tratamiento, surge la siguiente pregunta: ¿Por qué tomamos de muestra a un paciente que aún no ha terminado el proceso en su totalidad?

Pese a que el proceso de rehabilitación no termina tras las tres primeras etapas, la cuarta fase del tratamiento del hospital del que se toma la muestra es una puesta a prueba de la reestructuración cognitiva realizada hasta el momento. Es en este punto del tratamiento en el que se emplea el resultado del tratamiento (recuperación) caracterizado por el cambio de creencias (reestructuración cognitiva) como una herramienta para hacer frente al consumo al que alguna vez tan acostumbrado estuvo el paciente.

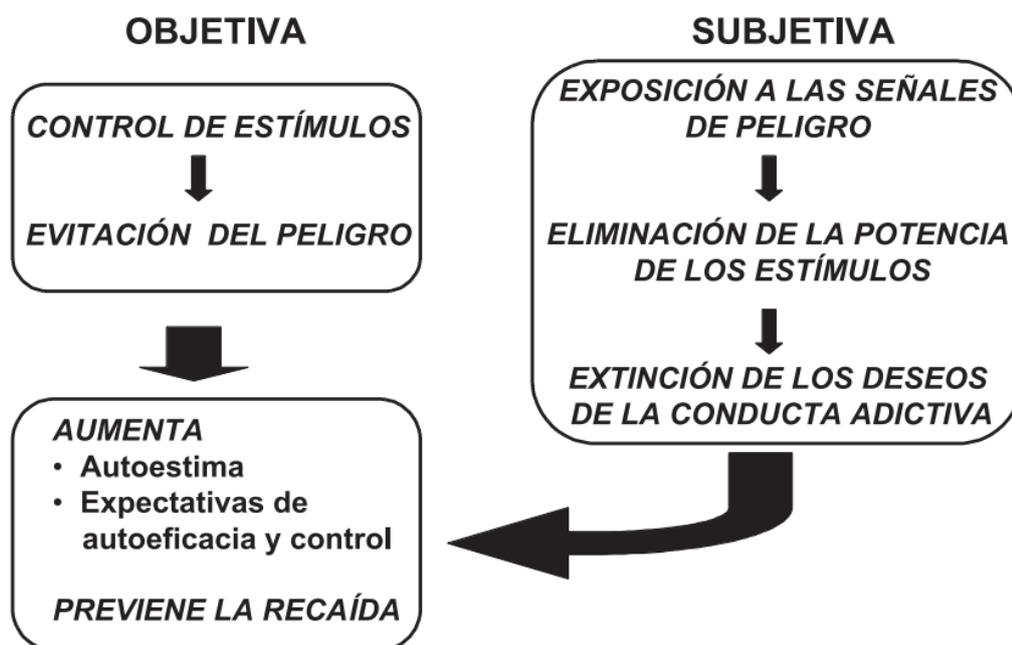
A forma de conclusión: se reconoce la recuperación como el resultado del tratamiento, se trata de un estado en el que tanto objetiva como subjetivamente se ha diluido lo que se consideraba adicción sin la presencia de un desplazamiento. No existe una forma estandarizada de alcanzar dicha recuperación, ya que las necesidades y circunstancias de cada individuo son diferentes.

Tipos de recuperación y fases del tratamiento

Al principio de este capítulo se describió lo que implica cada tipo de recuperación. Sin embargo, esto fue desarrollado de una forma reduccionista a fines de introducción respecto a lo que es la recuperación. En el siguiente apartado exploraremos en mayor profundidad lo que se entiende por recuperación objetiva y subjetiva en esta investigación.

Figura 2

Recuperación en los trastornos adictivos



Tomado de (Echeberúa & Amor, 2005)

Tal como se observa en esta figura, la recuperación objetiva hace referencia a la separación del paciente de los estímulos que desencadenan o representan un factor de peligro. Por otra parte, la recuperación subjetiva hace referencia a la exposición de estas señales (después de haber pasado por la recuperación objetiva) y la extinción de los deseos de consumo o de poner en práctica la conducta adictiva.

Mientras que los resultados de la recuperación objetiva son fácilmente observables (véase, alejarse del consumo de sustancias, lugares de consumo y amistades de consumo), en el caso de la recuperación subjetiva es más difícil de determinar (tal como el nombre sugiere, se trata de un proceso de cambio interno y de extinción del craving, y no de algo fácilmente observable).

Identificamos como principal característica de la recuperación objetiva la abstinencia prolongada: Esto se observa, por ejemplo, en el especificador diagnóstico del DSM-5 (APA, 2013, p. 261) sobre la remisión inicial o continuada.

La recuperación objetiva no solo es la parte más básica y fundamental sobre la que se establecen los pilares del resto de recuperaciones (pseudo recuperación, recuperación subjetiva y recuperación total), sino que, en un proceso de internamiento, forma parte de las primeras partes del tratamiento. En el hospital del que se extrae la muestra sucede de esta misma forma, y los pacientes que servirán como referencia tienen, como mínimo y salvo en casos de recaída, la remisión inicial del proceso de recuperación. ¿Por qué se realiza tal afirmación?

El tratamiento que oferta el hospital del que se toma la muestra se divide en cuatro fases. La primera fase se basa en la desintoxicación: se ingresa al paciente y se lo mantiene en el área de psiquiatría un lapso de entre una y dos semanas previo a su ingreso al área de conductas adictivas.

La primera fase tiene repercusiones positivas en la salud del paciente, forzándolo a mantener una abstinencia prolongada (de al menos los tres meses del tratamiento previos a la cuarta fase), una mejoría física notoria y una regulación de su alimentación y ciclo del sueño. Esto además de garantizar la reinserción siempre que se trate de una primera vez y no existan recaídas.

La recuperación objetiva está garantizada previo a la cuarta fase del tratamiento (fase de reinserción) bajo el tratamiento que oferta el hospital del que se toma la muestra. Por esta razón, el actual trabajo de investigación se centrará en la recuperación subjetiva por sobre la recuperación objetiva. Se explicará más sobre esto en el apartado de metodología.

Tras desarrollar lo suficiente el subtema de recuperación objetiva, resta hablar de la recuperación subjetiva. Tal como su nombre sugiere, se trata más de un proceso interior y personal que algo fácilmente observable. Esta no se refiere únicamente a la mejoría física de un individuo, sino al cambio interior significativo.

- La característica que se identifica como primordial en la recuperación subjetiva es la extinción de los deseos de la conducta adictiva (Echeberúa & Amor, 2005, p. 520). Este

implica la desaparición por completo de lo que conocemos como craving.

Aquí resulta importante realizar otra aclaración: El hospital del que se toma la muestra se basa en un programa que pretende promover un estilo de vida totalmente alejado de sustancias. Pese a que se reconozca la posibilidad de una vida totalmente libre de sustancias, el programa en el que se basa el tratamiento podría generar la creencia de que en realidad esto nunca sucede, y “solo es la enfermedad engañándote para que recaigas”.

Prevención de recaídas

En el primer capítulo se habló sobre las adicciones, y en torno a esto los factores de protección y de riesgo tanto para el inicio como para la recaída en consumo de sustancias. Este subtema no pretende retomar dicho tema, sino aportar desde la experiencia de uno de los psicólogos que imparte el tratamiento cuáles son los puntos que consideran buenos y malos para la recuperación y la recaída respectivamente.

Dificultades en la recuperación

Según el psicólogo entrevistado #1

La mayor dificultad en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias es la capacidad de mantener los objetivos y metas establecidos en su proceso, ya que las personas en recuperación tienden a olvidarse de la razón por la que comenzaron luego de llevar un tiempo haciendo las cosas de mejor manera y por ende suelen confiarse y pierden noción de lo que debían hacer para evitar el consumo.

Barreras en la prevención de recaídas

Respondiendo a la pregunta “¿Cuál es una forma de evitar la recaída?” El psicólogo #1 señaló:

Es difícil de decir, debido a que si hubiera una forma específica la mayoría de pacientes se recuperaría al 100%. Sin embargo, lo mejor que un paciente que quiere recuperarse puede hacer, es tomar el proceso con seriedad y honestidad, realmente dedicándose de lleno a

su recuperación. Dedicarse de lleno a su recuperación significa implicar los cambios positivos dentro de todas las áreas de su vida, es decir a nivel familiar, laboral, social y personal.

La concepción integral de las tres variables: rehabilitación, reestructuración y recuperación

Tras haber revisado, conceptualizado y contextualizado las tres variables principales del actual trabajo de titulación, resta articularlas de forma resumida con el fin de responder a la pregunta problema. Esta investigación se puede resumir en los siguientes puntos:

1. La rehabilitación que varía en estructura según lo que la clínica oferte para los pacientes.
2. La reestructuración cognitiva como la herramienta principal para el cambio de las creencias de un paciente en torno al trastorno que padece.
3. La recuperación objetiva como el resultado garantizado para la mitad de la rehabilitación.
4. La recuperación subjetiva como el resultado ideal pero no garantizado del tratamiento.

Figura 3

La concepción integral de las tres variables

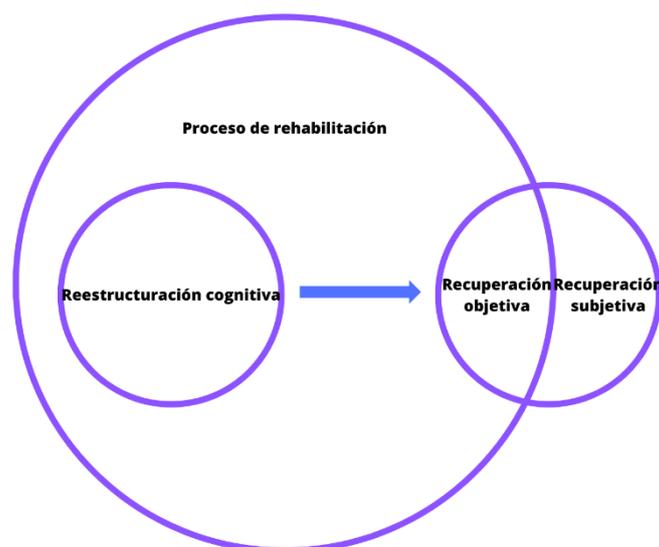


Figura de elaboración propia para el actual trabajo de investigación

Influencia de la reestructuración cognitiva en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias

Una vez realizado el recorrido conceptual de los conceptos clave asociados resta responder a la pregunta de investigación #3 ¿Cuál es la influencia de la reestructuración cognitiva en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias? Para responder a esta pregunta se puede realizar el sencillo proceso lógico tras conocer el funcionamiento de los esquemas, creencias, reestructuración cognitiva y recuperación del trastorno por consumo de sustancias

Partamos de las creencias: Las creencias se forman desde la experiencia a lo largo del tiempo, la acumulación de estas en torno a temas en específico nos da los lentes que conocemos como “esquemas”.

Esquemas: Los esquemas son agrupaciones de creencias, en este caso, estas creencias se forman desde la experiencia en consumo de sustancias, por lo que el esquema que se pretende investigar mediante el cuestionario de Kleinman adaptado por Nussbaum (2021, p. 18) está conformado por creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias.

Previo a la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias se mantiene un esquema cognitivo sobre el consumo de sustancias, pese a que este no es el punto de atención de la actual investigación, señalamos la existencia de este previo al proceso de rehabilitación a fin de dar continuidad a la pregunta que se pretende responder.

Rehabilitación: Los esquemas sobre el consumo y las creencias que mantuvieron sobre temas asociados a este se ponen en duda, proporcionando nuevas hipótesis con las que ver el mundo y, en esencia, dotando al paciente de la oportunidad de emplear un nuevo lente para comprender lo que le sucedió y lo que le sucede.

Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva implica el cambio de creencias disfuncionales por otras más funcionales, es la base de la terapia cognitivo conductual (Menéndez Martínez, s.f.). La reestructuración cognitiva no representa un éxito si esta solo implica un cambio de creencias. Para poner a prueba si se trata o no de reestructuración cognitiva se debe evaluar si se

consiguió o no una recuperación y qué grado de recuperación se obtuvo. Para esto, la muestra que tomamos está compuesta exclusivamente por pacientes de la cuarta fase del tratamiento.

Recuperación: Como revisamos antes, la recuperación varía de persona a persona, en este caso, no todos los pacientes han de obtener el mismo resultado en tanto mantienen creencias y experiencias distintas. Existen dos tipos principales de recuperación: la objetiva y subjetiva (Echeberúa & Amor, 2005, p. 520). La recuperación varía tanto en tipos como en forma, no existe una forma objetiva de medir la recuperación subjetiva que no sea la experiencia personal de los pacientes en torno a la extinción del craving frente a las sustancias.

A forma de conclusión de este capítulo queda la siguiente afirmación: la reestructuración cognitiva es la base de la recuperación, en tanto modifica las creencias disfuncionales que sostienen el consumo. No toda recuperación es igual, por lo que no toda reestructuración cognitiva tiene los mismos resultados; lo importante en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias será, por tanto, hallar las creencias que propician la recaída del paciente y que lo llevan a consumir una vez más.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

La actual investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo de investigación, dado que este parte del supuesto ontológico (acerca de la naturaleza de la realidad) que concibe una realidad subjetiva, el cual, contrario al supuesto positivista de una realidad objetiva, propio del enfoque cuantitativo, justifica el carácter interpretativo de la investigación cualitativa. (Causas, 2005)

Se elige este enfoque dada la naturaleza conceptual de la actual investigación, así como por el uso de herramientas cualitativas en el desarrollo de esta.

Paradigma

Se escogió el paradigma constructivista cognitivo en tanto, según García & García (2011, p. 6):

El constructivismo cognitivo, que parte esencialmente de la teoría piagetiana y postula que el proceso de construcción del conocimiento es individual, realiza los análisis sobre estos procesos bajo tres perspectivas: la que conduce al análisis macrogenético de los procesos de construcción, la que intenta describir y analizar las microgénesis y la vertiente integradora de estas dos posiciones

Se escogió este paradigma en tanto otorga un valor especial a los significados subjetivos contextualizándolos dentro de la sociedad y señalando la interacción sujeto-cultura.

Método

Se escogió el método descriptivo con el fin de desarrollar observaciones sobre la relación de reestructuración cognitiva; el proceso de rehabilitación y todo lo que implica; y la revisión del grado de recuperación de los pacientes que se rehabilitan del consumo de sustancias frente a las creencias del paciente sobre su condición. El método descriptivo según Hernández (2014):

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.92)

Técnicas de recolección de información

Entrevistas semiestructuradas, encuestas y revisión bibliográfica.

Según Guirao (2015, p.5) la revisión bibliográfica es “la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico”

En lo que refiere a las entrevistas semiestructuradas, Vélez Restrepo (2003) la define como:

Un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades, que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones, racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados. (p.104)

En la actual investigación, las entrevistas semiestructuradas y las encuestas fueron aplicadas a los adictos en recuperación y autoridades a cargo del proceso de rehabilitación, mientras que la revisión bibliográfica fue empleada para desarrollar los conceptos que se trabajaron en el primer y segundo capítulo y que utilizaron a lo largo de toda la investigación.

Instrumentos

Grabadora de voz (teléfono), consentimiento informado, encuestas, preguntas de Arthur Kleinman (adaptado por Nussbaum, 2017, p.18)

Población (descripción)

Según Gómez (2016) “La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados”. En esta

investigación se empleó a los autodenominados adictos en recuperación de la cuarta fase del tratamiento del HSM como población para estudiar su proceso de reestructuración cognitiva asociado a su recuperación obtenida.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Presentación de resultados

Las respuestas presentadas se dividen en dos grandes grupos: por una parte, las respuestas de ambas encuestas realizadas y, por otro lado, las creencias identificadas a raíz de la entrevista estructurada en función del cuestionario del Kleinmann (adaptado por Nussbaum, 2021, p. 18). Consideraciones a tener en cuenta previo a la lectura de los resultados:

- Sobre la pregunta que refiere al tipo de sustancias que ha consumido, debido a una duda por parte del entrevistado #1 se realizó una aclaración en todas las entrevistas respecto a si se trataba de un único consumo o de un consumo problemático, se adoptó la decisión referirnos a un “consumo problemático” dado que se determinó que daría más información que simplemente una aproximación a una sustancia.
- Para la entrevista basada en el cuestionario de Kleinman, se explicó al paciente previo a esta que nos referiríamos a la adicción como “enfermedad”.

Tras aplicar la encuesta de datos clínicos y demográficos a seis de los siete pacientes que se encontraban en la cuarta fase del tratamiento hasta el 15 de agosto del 2023 se consiguieron las siguientes respuestas:

Tabla 3

Resultados de la aplicación del cuestionario

Resultados de la aplicación del cuestionario de datos clínicos y demográficos y de recuperación objetiva y subjetiva	
Cuestionario de datos clínicos y demográficos	
¿Cuál es tu edad?	Entrevistado #1: 26 años Entrevistado #2: 35 años Entrevistado #3: 25 años Entrevistado #4: 44 años Entrevistado #5: 28 años

	Entrevistado #6: 28 años
¿Con qué género te identificas?	Entrevistado #1: masculino Entrevistado #2: masculino Entrevistado #3: masculino Entrevistado #4: masculino Entrevistado #5: masculino Entrevistado #6: masculino
¿Cuál es tu estado civil?	Entrevistado #1: soltero Entrevistado #2: casado Entrevistado #3: soltero Entrevistado #4: casado Entrevistado #5: soltero Entrevistado #6: soltero
¿Cuántos hijos tienes?	Entrevistado #1: 0 hijos Entrevistado #2: 1 hijo Entrevistado #3: 2 hijos Entrevistado #4: 4 hijos Entrevistado #5: 0 hijos Entrevistado #6: 2 hijos
¿Con quién vives?	Entrevistado #1: con mis padres Entrevistado #2: esposa e hijos Entrevistado #3: esposa Entrevistado #4: esposa e hijos Entrevistado #5: padres Entrevistado #6: padres (madre)
¿Cuál fue la última institución académica en la que estudiaste? ¿Completaste tus estudios allí?	Entrevistado #1: Instituto superior Paulo Emilio Macias Entrevistado #2: Universidad de Guayaquil Entrevistado #3: Escuela de Grumetes Juan Suarez Entrevistado #4: Universidad agropecuaria (sin completar) Entrevistado #5: Colegio "La Salle" de Ibarra

	Entrevistado #6: Instituto Superior Paulo Emilio Macías
¿Cuál es tu situación laboral actual?	Entrevistado #1: Empleado Entrevistado #2: Empleado Entrevistado #3: Empleado Entrevistado #4: Empleado Entrevistado #5: Empleado Entrevistado #6: Empleado
¿A qué edad iniciaste tu consumo?	Entrevistado #1: 11-20 años Entrevistado #2: 11-20 años Entrevistado #3: 11-20 años Entrevistado #4: 11-20 años Entrevistado #5: 11-20 años Entrevistado #6: 11-20 años
¿Qué tipo de sustancias has consumido?	Entrevistado #1: Sustancias activadoras y depresoras Entrevistado #2: Sustancias activadoras Entrevistado #3: Sustancias activadoras Entrevistado #4: Sustancias activadoras Entrevistado #5: Sustancias activadoras y depresoras Entrevistado #6: Sustancias activadoras y depresoras
¿Cuánto tiempo llevas consumiendo activamente?	Entrevistado #1: De 6 a 10 años Entrevistado #2: De 16 a 20 años Entrevistado #3: De 1 a 5 años Entrevistado #4: De 16 a 20 años Entrevistado #5: De 11 a 15 años Entrevistado #6: De 6 a 10 años
¿Cuántos internamientos por adicción has tenido?	Entrevistado #1: 2 internamientos Entrevistado #2: 1 internamiento Entrevistado #3: 1 internamiento Entrevistado #4: 1 internamiento

	Entrevistado #5: 1 internamiento Entrevistado #6: 1 internamiento
¿Quién te incitó a iniciar este tratamiento?	Entrevistado #1: Familia, trabajo y cuenta propia. Entrevistado #2: Cuenta propia Entrevistado #3: Amigos y cuenta propia Entrevistado #4: Pareja y cuenta propia Entrevistado #5: Cuenta propia Entrevistado #6: Familia y cuenta propia
¿Cuántas veces has intentado mantener abstinencia por cuenta propia?	Entrevistado #1: 7 o más veces Entrevistado #2: 7 o más veces Entrevistado #3: De 1 a 3 veces Entrevistado #4: 7 o más veces Entrevistado #5: De 1 a 3 veces Entrevistado #6: 7 o más veces
¿Cuánto tiempo has estado limpio por tu propia cuenta?	Entrevistado #1: Meses Entrevistado #2: Meses Entrevistado #3: Años Entrevistado #4: Meses Entrevistado #5: Semanas Entrevistado #6: Nunca
¿Cuántas recaídas has tenido?	Entrevistado #1: 2 recaídas Entrevistado #2: Ninguna tras un tratamiento Entrevistado #3: 1 recaída Entrevistado #4: 1 recaída Entrevistado #5: Ninguna tras un tratamiento Entrevistado #6: Ninguna tras un tratamiento
¿Cuáles crees que fueron los principales detonantes de tu consumo?	Entrevistado #1: Tristeza/sensación de vacío; soledad; ruptura sentimental Entrevistado #2: Tristeza/sensación de vacío Entrevistado #3: Tristeza/sensación de vacío; soledad; presión social

	<p>Entrevistado #4: Tristeza/sensación de vacío; soledad</p> <p>Entrevistado #5: Otros (“siempre me gustó compartir con muchas personas, me gustaba ser el centro de atención para el consumo”)</p> <p>Entrevistado #6: Otros (“la satisfacción de experimentar”)</p>
Cuestionario de recuperación objetiva y subjetiva	
¿Tiene más de tres meses sin consumir?	<p>Entrevistado #1: No</p> <p>Entrevistado #2: Sí</p> <p>Entrevistado #3: Sí</p> <p>Entrevistado #4: Sí</p> <p>Entrevistado #5: Sí</p> <p>Entrevistado #6: Sí</p>
¿Se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones?	<p>Entrevistado #1: Casi siempre</p> <p>Entrevistado #2: Sí</p> <p>Entrevistado #3: Sí</p> <p>Entrevistado #4: Sí</p> <p>Entrevistado #5: Casi siempre</p> <p>Entrevistado #6: Sí</p>
¿Ha dejado todas sus amistades de consumo?	<p>Entrevistado #1: Sí</p> <p>Entrevistado #2: Casi todas</p> <p>Entrevistado #3: Sí</p> <p>Entrevistado #4: Sí</p> <p>Entrevistado #5: No</p> <p>Entrevistado #6: Sí</p>
¿Siente deseos de consumo cuando se encuentra en su casa?	<p>Entrevistado #1: Un poco</p> <p>Entrevistado #2: No</p> <p>Entrevistado #3: No</p> <p>Entrevistado #4: No</p> <p>Entrevistado #5: Un poco</p> <p>Entrevistado #6: Un poco</p>

¿Su casa fue un lugar de consumo activo?	Entrevistado #1: Sí Entrevistado #2: Sí Entrevistado #3: Sí Entrevistado #4: Rara vez Entrevistado #5: Sí Entrevistado #6: Sí
¿Se ha encontrado en situaciones de riesgo? En caso de que la respuesta sea positiva, ¿ha sentido deseos de consumo durante estas situaciones?	Entrevistado #1: Un poco Entrevistado #2: No Entrevistado #3: Sí Entrevistado #4: No Entrevistado #5: Un poco Entrevistado #6: Sí
¿Ha aumentado la frecuencia con la que realiza deporte tras su tratamiento?	Entrevistado #1: Sí Entrevistado #2: Sí Entrevistado #3: Sí Entrevistado #4: Sí Entrevistado #5: Sí Entrevistado #6: No
¿Ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas tras su tratamiento?	Entrevistado #1: No Entrevistado #2: No Entrevistado #3: No Entrevistado #4: Sí Entrevistado #5: No Entrevistado #6: No
¿Ha iniciado o aumentado su consumo de cigarrillo electrónico o vape tras su tratamiento?	Entrevistado #1: Sí Entrevistado #2: Sí Entrevistado #3: No Entrevistado #4: No Entrevistado #5: No Entrevistado #6: Sí
¿Qué actividad que no se haya mencionado ha	Entrevistado #1: Ninguna Entrevistado #2: Ninguna

aumentado en frecuencia tras su tratamiento?	Entrevistado #3: Ninguna Entrevistado #4: Ninguna Entrevistado #5: Ninguna Entrevistado #6: Ninguna
--	--

Nota. Elaboración propia

De las entrevistas semiestructuradas realizadas bajo el formato del cuestionario de Kleinman (adaptado por Nussbaum, 2021, p. 18) se pudieron identificar las siguientes creencias:

Creencias del entrevistado #1

- Creo que mi problema empezó porque buscaba aceptación social
- Creo que mi problema empezó porque en mi casa no había un lugar para comunicarse
- Creo que mi enfermedad me hace tener conductas no apropiadas
- Creo que mi enfermedad no me deja serle fiel a una persona
- Creo que mi enfermedad me ha afectado la capacidad para amar
- Creo que mi enfermedad es grave
- Creo que mi enfermedad no tiene cura, pero es tratable
- Creo que para tratar mi enfermedad necesito clases de psicología y experiencia vivencial
- Creo que yo solo vivía para consumir
- Creo que mi enfermedad me ha causado una desvalorización total
- Creo que mi enfermedad ha afectado mi trabajo
- Creo que mi enfermedad me ha afectado en lo económico
- Creo que mi enfermedad me puede hacer olvidar mi condición de adicto

Creencias del entrevistado #2

- Creo que la causa de mi problema fueron las adicciones y los problemas de conducta
- Creo que mi enfermedad empezó por aceptación social
- Creo que mi enfermedad desestabiliza económica, laboral y familiarmente.
- Creo que mi enfermedad me pone irritable
- Creo que mi enfermedad es completamente grave
- Creo que mi enfermedad es para toda la vida
- Creo que el tratamiento que debería recibir viene de psicólogos

Creencias del entrevistado #3

- Creo que la causa de mi problema fue la soledad

- Creo que mi consumo empezó porque me sentía en una monotonía
- Creo que mi enfermedad me destruye física, mental y espiritualmente
- Creo que mi enfermedad destruye lo familiar y económico
- Creo que mi enfermedad es seria y no tiene límites ante nada
- Creo que mi enfermedad es de evolución prolongada
- Creo que mi tratamiento debería venir solo de profesionales en el tema

Creencias del entrevistado #4

- Creo que la causa de mi problema fue la separación de mis padres porque nadie me controlaba
- Creo que mi enfermedad me causa problemas en el ámbito físico y mental
- Creo que mi enfermedad se disfraza
- Creo que mi enfermedad tiene una evolución prolongada
- Creo que mi enfermedad debe ser tratada por narcóticos anónimos
- Creo que mi enfermedad me ha causado muchos problemas con pareja, hijos y trabajo

Creencias del entrevistado #5

- Creo que yo fui la causa de mi problema
- Creo que mi enfermedad comenzó por intentar caerle bien a los demás
- Creo que mi enfermedad me impide enfocarme en otras cosas que no sea el consumo de sustancias
- Creo que mi enfermedad es bastante grave
- Creo que mi enfermedad me hace cometer actos fuera de lo normal
- Creo que mi enfermedad tuvo una evolución corta porque fue exagerado
- Creo que mi enfermedad debe ser tratada por lo espiritual y con psicólogos
- Creo que mi enfermedad me ha afectado a nivel económico y mental
- Creo que si recaigo todo será más fuerte

Creencias del entrevistado #6

- Creo que mi adicción empezó por ver nuevas cosas en mí
- Creo que mi enfermedad me ha hecho perder familia
- Creo que mi enfermedad me ha hecho perder confianza
- Creo que mi enfermedad es severa
- Creo que mi enfermedad es silenciosa

- Creo que esta es una enfermedad progresiva
- Creo que para tratar mi enfermedad debo confrontarme a mí mismo
- Creo que mi enfermedad me volvió egocéntrico
- Creo que mi enfermedad me hace dejar de sentir
- Creo que, si no paro ahora, no paro nunca

Análisis de resultados

El análisis de los resultados se realizó en un orden distinto al de la presentación de resultados, primero se revisó el cuestionario de recuperación objetiva y subjetiva con el fin de definir el grado de recuperación de cada paciente en función de las respuestas. Luego se describieron las creencias extraídas de la entrevista realizada bajo el cuestionario de Kleinmann (adaptado por Nussbaum, 2021, p.18) en función del tipo de recuperación alcanzada.

Criterios empleados para el diagnóstico de la recuperación de un paciente

Existen tres clases de diagnóstico sobre cada grado de recuperación de un paciente:

- Se considera que existe una recuperación X
- Se considera la posibilidad de que exista una recuperación X
- Se considera que no existe una recuperación X

Los criterios empleados para definir qué características encajan dentro de qué tipo de recuperación son los siguientes y, como el lector podrá notar, se basaron en las características mencionadas sobre la recuperación en el marco teórico:

Se considera que existe una recuperación objetiva sí:

Obligatorio (el incumplimiento de este supone descartar la recuperación objetiva)

- Han pasado más de 3 meses desde la última vez que consumió sustancias (en tanto esto cambia el diagnóstico).

Suplementario (el incumplimiento de uno supone descartar la certeza pero no la posibilidad de una recuperación objetiva)

- Se aleja de amistades de consumo.
- Se aleja de lugares de consumo.

Respuestas como “un poco” o “casi siempre” se considerarán en función de la pregunta:

- ¿Se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones? “Casi siempre” implica un no, en tanto existen excepciones.
- ¿Ha dejado todas sus amistades de consumo? “Casi todas” implica un no, en tanto no se trata de “todas” y, por tanto, existen excepciones.

Se considera que existe una recuperación subjetiva si:

Obligatorio (el incumplimiento de este supone descartar la recuperación subjetiva)

- Existe al menos la posibilidad de una recuperación objetiva (esto en tanto no puede existir una recuperación de una sustancia que aún se consume)
- No ha sentido deseos de consumo en situaciones de riesgo (esto en tanto un “sí” o “un poco” implican que todavía existe un deseo de consumo.

Suplementario (el incumplimiento de esto supone descartar la certeza, pero no la posibilidad de una recuperación subjetiva)

- No siente deseos de consumo al encontrarse en casa (este criterio se descarta si su casa no fue un lugar de consumo activo)

Respuestas como “un poco” se considerarán en función de la pregunta:

- ¿Siente deseos de consumo cuando se encuentra en su casa? “Un poco” implica un sí en tanto no se puede negar la existencia de deseos de consumo.
- ¿Se ha encontrado en situaciones de riesgo? En caso de que la respuesta sea positiva, ¿ha sentido deseos de consumo durante estas

situaciones? “Un poco” implica un sí en tanto ha existido tanto una exposición como una respuesta de craving frente al estímulo.

Se considera una pseudo recuperación si se cumple el siguiente criterio

- Ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas tras su tratamiento

Se considera la posibilidad de una pseudo recuperación si se cumple el siguiente criterio

- Ha iniciado o aumentado su consumo de cigarrillo electrónico tras su tratamiento

No es una pseudo recuperación si se cumple el siguiente criterio

- No existe recuperación al menos la posibilidad de una recuperación objetiva

Recuperación alcanzada

Del cuestionario de recuperación objetiva y subjetiva se obtuvieron los siguientes resultados:

Entrevistado #1

Se considera que **no existe una recuperación objetiva** en tanto:

- No han pasado 3 meses desde la última vez que consumió
- No siempre se aleja de lugares de consumo

Se considera que **no existe una recuperación subjetiva** en tanto:

- No existe una recuperación objetiva
- Mantiene deseos de consumo

Se considera que **no existe una pseudo recuperación** en tanto:

- No existe recuperación objetiva

- Ha iniciado o aumentado el consumo de cigarrillo electrónico tras su internamiento

Entrevistado #2

Se considera la posibilidad de que exista una **recuperación objetiva** en tanto:

- El paciente lleva más de tres meses sin recaer en consumo de sustancias
- El paciente se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones
- No ha dejado todas sus amistades de consumo

Se considera la posibilidad de que exista una **recuperación subjetiva** en tanto:

- Existe la posibilidad de una recuperación objetiva
- El paciente no se ha encontrado o no ha presentado deseos de consumo en situaciones de riesgo

Se considera la posibilidad de que exista una **pseudo recuperación** en tanto:

- El paciente inició o aumento el uso del cigarrillo electrónico durante su tratamiento
- El paciente no aumentó la frecuencia con la que realiza apuestas

Entrevistado #3

Se considera que **existe una recuperación objetiva** en tanto:

- El paciente lleva más de tres meses sin recaer en consumo de sustancias
- El paciente se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones
- El paciente ha dejado a todas sus amistades de consumo

Se considera que **no existe recuperación subjetiva** en tanto:

- El paciente se ha encontrado con situaciones de riesgo en las que ha sentido deseo de consumir

Se considera que **no existe una pseudo recuperación** en tanto:

- El paciente no ha visto un aumento en las apuestas que realiza
- El paciente no ha iniciado o aumentado el consumo de cigarrillo electrónico durante su tratamiento

Entrevistado #4

Se considera que **existe una recuperación objetiva** en tanto:

- El paciente lleva más de tres meses sin recaer en consumo de sustancias
- El paciente se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones
- El paciente ha dejado a todas sus amistades de consumo

Se considera que existe una **recuperación subjetiva** en tanto:

- Existe una recuperación objetiva
- El paciente no siente deseos de consumir en casa durante sus reinserciones pese a haber consumido rara vez dentro de esta
- El paciente no se ha enfrentado a situaciones de riesgo o se ha enfrentado a estas sin deseo de consumir

Se considera que **existe una pseudo recuperación** en tanto:

- El paciente ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas
- No ha iniciado o aumentado el consumo de cigarrillo electrónico

Entrevistado # 5

Se considera la posibilidad de que exista una **recuperación objetiva** en tanto:

- El paciente no ha consumido en más de tres meses
- El paciente no ha dejado todas sus amistades de consumo

Se considera que **no existe una recuperación subjetiva** en tanto:

- Se considera la posibilidad de que exista una recuperación objetiva
- El paciente siente deseos de consumo en casa durante sus reinserciones
- Al encontrarse en situaciones de riesgo de consumo sintió deseos de consumir

Se considera que **no existe una pseudo recuperación** en tanto:

- No ha iniciado ni aumentado el consumo de cigarrillo electrónico durante el tratamiento
- No ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas

Entrevistado #6

Se considera que **existe una recuperación objetiva** en tanto:

- El paciente no ha consumido en más de tres meses
- El paciente se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones
- El paciente ha dejado todas sus amistades de consumo

Se considera que **no existe una recuperación subjetiva** en tanto:

- El paciente siente deseos de consumo al encontrarse en casa
- El paciente se ha encontrado con situaciones de peligro en las que ha deseado consumir

Se considera la posibilidad de que exista una **pseudo recuperación** en tanto:

- El paciente inició o aumentó el consumo de cigarrillo electrónico durante su tratamiento
- No ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas

Resultados generales de la recuperación de los pacientes

Sobre la recuperación objetiva se concluyó que:

- Tres de los seis pacientes (50%) alcanzaron una recuperación objetiva
- Dos de los seis pacientes (33%) parecen haber alcanzado una recuperación subjetiva
- Uno de los seis pacientes (16%) no alcanzó una recuperación objetiva

Sobre la recuperación subjetiva se concluyó que:

- Uno de los seis pacientes (16%) alcanzó una recuperación subjetiva
- Dos de los seis pacientes (33%) parecen haber alcanzado una recuperación subjetiva
- Tres de los seis pacientes (50%) no alcanzaron una recuperación subjetiva

Sobre la pseudo recuperación se concluyó que:

- Uno de los seis pacientes (16%) presenta pseudo recuperación
- Dos de los seis pacientes (33%) parecen presentar una pseudorecuperación
- Tres de los seis pacientes (50%) no presentan una pseudorecuperación

Resultados generales resumidos:

- Ningún paciente de la muestra (0%) alcanzó la recuperación subjetiva sin presentar también una pseudo recuperación
- Cinco de los seis pacientes de la muestra (86%) presentan al menos la posibilidad de haber alcanzado una recuperación objetiva
- La mitad de los pacientes de la muestra (50%) presentan al menos la posibilidad de haber alcanzado una recuperación subjetiva
- La mitad de los pacientes de la muestra (50%) presenta al menos la posibilidad de una pseudo recuperación
- Cinco de los seis pacientes de la muestra (86%) refieren haber aumentado la frecuencia en la que realizan deporte tras el tratamiento

Resultados específicos de cada paciente asociados a las creencias que posee sobre el trastorno por consumo de sustancias

Entrevistado #1

Recuperación máxima alcanzada: Ninguna

Creencias:

- Creo que mi problema empezó porque buscaba aceptación social
- Creo que mi problema empezó porque en mi casa no había un lugar para comunicarse
- Creo que mi enfermedad me hace tener conductas no apropiadas
- Creo que mi enfermedad no me deja serle fiel a una persona
- Creo que mi enfermedad me ha afectado la capacidad para amar
- Creo que mi enfermedad es grave
- Creo que mi enfermedad no tiene cura, pero es tratable
- Creo que para tratar mi enfermedad necesito clases de psicología y experiencia vivencial
- Creo que yo solo vivía para consumir
- Creo que mi enfermedad me ha causado una desvalorización total
- Creo que mi enfermedad ha afectado mi trabajo
- Creo que mi enfermedad me ha afectado en lo económico
- Creo que mi enfermedad me puede hacer olvidar mi condición de adicto

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 26 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancias activadoras y depresoras de 6 a 10 años
- Dos recaídas

Entrevistado #2

Recuperación máxima alcanzada: Posibilidad de recuperación subjetiva con posibilidad de pseudo recuperación

Creencias:

- Creo que la causa de mi problema fueron las adicciones y los problemas de conducta
- Creo que mi enfermedad empezó por aceptación social
- Creo que mi enfermedad desestabiliza económica, laboral y familiarmente.
- Creo que mi enfermedad me pone irritable
- Creo que mi enfermedad es completamente grave
- Creo que mi enfermedad es para toda la vida
- Creo que el tratamiento que debería recibir viene de psicólogos

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 35 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancia activadoras de 16 a 20 años
- Cero recaídas

Entrevistado #3

Recuperación máxima alcanzada: Recuperación objetiva sin pseudo recuperación

Creencias:

- Creo que la causa de mi problema fue la soledad
- Creo que mi consumo empezó porque me sentía en una monotonía
- Creo que mi enfermedad me destruye física, mental y espiritualmente
- Creo que mi enfermedad destruye lo familiar y económico
- Creo que mi enfermedad es seria y no tiene límites ante nada
- Creo que mi enfermedad es de evolución prolongada
- Creo que mi tratamiento debería venir solo de profesionales en el tema

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 25 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancias activadoras de 1 a 5 años
- Una recaída

Entrevistado #4

Recuperación máxima alcanzada: Recuperación subjetiva con pseudorecuperación

Creencias:

- Creo que la causa de mi problema fue la separación de mis padres porque nadie me controlaba
- Creo que mi enfermedad me causa problemas en el ámbito físico y mental
- Creo que mi enfermedad se disfraza
- Creo que mi enfermedad tiene una evolución prolongada
- Creo que mi enfermedad debe ser tratada por narcóticos anónimos
- Creo que mi enfermedad me ha causado muchos problemas con pareja, hijos y trabajo

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 44 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancias activadoras de 16 a 20 años
- Una recaída

Entrevistado #5

Recuperación máxima alcanzada: Posibilidad de una recuperación objetiva sin pseudo recuperación

Creencias:

- Creo que yo fui la causa de mi problema
- Creo que mi enfermedad comenzó por intentar caerle bien a los demás
- Creo que mi enfermedad me impide enfocarme en otras cosas que no sea el consumo de sustancias
- Creo que mi enfermedad es bastante grave
- Creo que mi enfermedad me hace cometer actos fuera de lo normal
- Creo que mi enfermedad tuvo una evolución corta porque fue exagerado

- Creo que mi enfermedad debe ser tratada por lo espiritual y con psicólogos
- Creo que mi enfermedad me ha afectado a nivel económico y mental
- Creo que si recaigo todo será más fuerte

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 28 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancias activadoras y depresoras de 11 a 15 años
- Cero recaídas

Entrevistado #6

Recuperación máxima alcanzada: Recuperación objetiva con posibilidad de pseudo recuperación

Creencias:

- Creo que mi adicción empezó por ver nuevas cosas en mí
- Creo que mi enfermedad me ha hecho perder familia
- Creo que mi enfermedad me ha hecho perder confianza
- Creo que mi enfermedad es severa
- Creo que mi enfermedad es silenciosa
- Creo que esta es una enfermedad progresiva
- Creo que para tratar mi enfermedad debo confrontarme a mí mismo
- Creo que mi enfermedad me volvió egocéntrico
- Creo que mi enfermedad me hace dejar de sentir
- Creo que, si no paro ahora, no paro nunca

Datos demográficos y clínicos relevantes:

- 28 años
- Edad de inicio de consumo de 11 a 20 años
- Consumo activo de sustancias activadoras y depresoras de 6 a 10 años
- Cero recaídas

Resultados generales de la investigación

Tras revisar los resultados de las pruebas de datos clínicos y demográficos, las creencias de los pacientes extraídas del cuestionario aplicado y contrastarlo con el grado de recuperación se obtienen los siguientes resultados:

- Todos los pacientes mantuvieron creencias similares y no en contraposición sobre su condición
- Ninguna de las creencias de los pacientes difirió en opinión de las de los demás
- No se halló una relación directa entre las creencias declaradas por los pacientes con el grado de recuperación que han logrado
- No se halló una relación directa entre los datos demográficos de los pacientes con el grado de recuperación que han logrado

CONCLUSIONES

Los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancia -de cualquier patología, en realidad- abordan apenas la punta del iceberg de las creencias formadas a través de la experiencia subjetiva de quien lo padece. El trastorno por consumo de sustancias, caracterizado por la compulsión de quien lo padece hacia el uso de sustancias psicoactivas es el resultado de la interacción de creencias disfuncionales (identificadas como tal a causa del propio consumo). La técnica de la reestructuración cognitiva es nuclear en el tratamiento de este trastorno, pretendiendo cambiar las creencias disfuncionales mediante diversos métodos como lo son, en el hospital del que se toma la muestra, la psicoeducación psicológica, las terapias vivenciales y la atención psicológica individual. Se consigue el siguiente resultado: Ningún paciente alcanza el grado de recuperación subjetiva sin presentar la posibilidad de una pseudo recuperación, las creencias de los pacientes no solo no se contraponen entre sí mismas, sino que todas guardan similitud y no presentan una relación directa ni con los datos demográficos extraídos, ni mucho menos con el grado de recuperación obtenido. Siendo que la literatura sugiere lo contrario (desde la TCC), ¿qué provoca que las creencias de los pacientes sean similares pero el grado de recuperación difiera? Si bien esto se encuentra lejos de los resultados que pretende socavar, surgen las siguientes preguntas para futuras investigaciones: ¿Realmente los pacientes cambian sus esquemas en torno al trastorno por consumo de sustancias tras el tratamiento? ¿La figura de autoridad del psicólogo podría haber alterado la clase de respuesta que se obtiene de los participantes? ¿Cómo se puede determinar qué creencias han cambiado y cuáles no son más que construcciones sociales despersonalizadas del paciente? Tal como es costumbre en una ciencia tan enigmática que se ubica entre lo social y lo médico, esta investigación no deja más que preguntas en torno al complejo funcionamiento de la mente, de la subjetividad y, en esencia, de nosotros mismos.

Referencias

- Adicciones. (2008). *Genética de las adicciones*. Recuperado de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/273>
- American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation*. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)
- Anchundia Cedeño, L. A., & Velasco Recalde, M. N. (2021). *Propuesta de intervención cognitiva conductual enfocada en la ansiedad experimentada por los internos pertenecientes al centro de rehabilitación especializado en adicciones" Un nuevo amanecer"*.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., pp. 253-318). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- BBC News. (2015). *Why the humble cow is India's most polarising animal*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-34513185>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). *El modelo cognitivo genérico*. Anna. Rev. Clin. Psychol., 10, 1-24
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el 15 de julio de 2023, de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Beltrán, J. (1998). *Para comprender la psicología*. Verbo Divino.
- Bermeo, R. (2023). *Drogas Ecuador: 10 microcarteles se pelean por el territorio*. Ecuavisa. Recuperado de: <https://www.ecuavisa.com/noticias/seguridad/drogas-ecuador-10-microcarteles-se-pelean-por-el-territorio-JE5723685>
- Causas, D. (2005). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)
- Cedeño Barberán, T. J., & Cevallos Sánchez, H. S. A. (2019). *La educación familiar en el tratamiento de casos de adicciones al alcohol y otras*

drogas. Revista Cognosis. ISSN 2588-0578, 4, 67–82.
<https://doi.org/10.33936/cognosis.v4i1.1676>

Chávez, M.D. (2018). *Estructuras psicológicas tempranas, impulsividad, adicciones a sustancias y comportamentales en adolescentes y jóvenes de Ecuador*.

Definicion.de. (s.f.). *Neoconductismo* - Qué es, definición y concepto. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de <https://definicion.de/neoconductismo/>

De la Torre Peña, G., Jaramillo Mercado, C., Martínez, C. G., Vargas Rojas, C. A. & Klimenko, O. (2018). *Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores*. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 35. <https://doi.org/10.21501/24631779.2634>

Echeburúa, E., de Corral, P., & Amor, P. J. (2005). *El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención* [Figure 4]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 13(3), 511-525

Fiallos, F., & Parra, J. (2021). *Consecuencias psicológicas en niños y niñas víctimas de abuso sexual registradas en la Fiscalía General del Estado desde el 2010 hasta el 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio UCE. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22653/1/T-UCE-0007-CPS-308.pdf>

García-Allen, J. (2015). *El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente*. *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-transteorico-cambio-prochaska-diclemente>

García, J. E., & García, J. C. (2011). *La investigación científica y tecnológica en México: una revisión de la literatura*. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(1), 1-16.

Gómez, A. (2016). *El protocolo de investigación*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>

- González, G. (2020). *Patología dual: definición, historia y recursos*. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*, (75), 81-96
- Gómez, N. y Vélez, A. (2021). *Creencias nucleares y sus posibles repercusiones frente al craving en grupos de alcohólicos anónimos de Medellín*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- Guirao, A. (2015). *Usefulness and types of literature review*. *Ene*, 9(2)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- Hamui, L. (2019). *La noción de “trastorno”: entre la enfermedad y el padecimiento*. Una mirada desde las ciencias sociales. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 62(5). <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.5.08>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education.
- Márquez, M. D. L. C. P., & Medina, F. R. (2020). *La prevención de adicciones a sustancias en población infanto-juvenil. El caso de dos municipios andaluces*. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (63), 43-69.
- Martín, L. (2020). *Estigma en situaciones de adicción y su repercusión en la salud*. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/61659/>
- Mayo Clinic. (2021). *Adicción a las drogas*. Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>
- MedlinePlus. (s.f.). *Rehabilitación*. Recuperado el 20 de agosto del 2023 de <https://medlineplus.gov/spanish/rehabilitation.html>
- Menéndez Martínez, N. (s.f.). *Reestructuración cognitiva*. Medicoplus. Recuperado de <https://medicoplus.com/psicologia/reestructuracion-cognitiva>
- MettaAlpha. (2021). *¿La adicción es hereditaria? Factores genéticos*. Recuperado de <https://www.mettaalpha.com/adicciones/la-adiccion-es-hereditaria>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos: Guía de Práctica Clínica*. Dirección Nacional de Normatización. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
- Moreno Moreno, M. y Azcárate Giménez, C. (2003). *Creencias y actitudes en la educación matemática*. Enseñanza de las Ciencias, 21(2), 197-212.
- Naciones Unidas. (2023). *El consumo de drogas aumenta un 23% en una década y la pandemia agrava la situación*. Noticias ONU. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2023/06/1522247>
- Narcóticos Anónimos. (1993). *Libro blanco*. Recuperado de <http://www.nauca.us/wp-content/uploads/2015/05/Librito-Blanco-Narc%C3%B3ticos-An%C3%B3nimos.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *La ciencia de la adicción: Las drogas, el cerebro y el comportamiento* [Folleto]. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- National Institute on Drug Abuse (2020). *Las drogas y el cerebro*. Recuperado el 15 de julio de 2023, de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Tratamiento y recuperación*. Recuperado de https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2021). *Understanding Drug Use and Addiction*. Recuperado el 22 de Agosto de: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- National Institutes of Health. (2017). *Enfrentar los problemas con las drogas*. Recuperado el 20 de agosto de <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/enfrentar-los-problemas-con-las-drogas>

- Nussbaum, A. M., & American Psychiatric Association. (2021). *Guía de bolsillo del DSM-5: Para el examen diagnóstico*. Médica Panamericana
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10)*
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Preguntas frecuentes*. Recuperado el 20 de Agosto de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Abuso de sustancias*. PAHO. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Peña Sánchez, J., (2010). *Psychology as a Multiparadigmatic Discipline: preliminary approaches to base a vocational education program*. Tesis Psicológica, (5), 130-148.
- Porras, N. & Parra, L. (2018). *Creencias irracionales como riesgo psicosocial de la adicción al trabajo desde la perspectiva de la Psicología de la Salud Ocupacional*. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 4(2), 105-113. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.118>
- Portalo, M (2020). *Estudio de las creencias relacionadas con el consumo de cannabis en población española de entre 11 y 22 años*.
- Piaget, J. & Warden, M. (1926). *The Language and Thought of the Child*. New York: Harcourt Brace.
- Pichel, M. (2021). *Cómo Ecuador pasó de ser país de tránsito a un centro de distribución de la droga en América Latina (y qué papel tienen los carteles mexicanos)*. BBC News Mundo. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-58829554>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

- Psicología y Mente. (2016). *Amígdala cerebral: estructura y funciones*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/neurociencias/amigdala-cerebral>
- Psicología y Mente. (2016). *Ganglios basales: anatomía y funciones*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/neurociencias/ganglios-basales>
- Psicouned. (2022). *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de <https://psicouned.com/apuntes/tecnicas-intervencion-cc/historia-terapia-cognitivo-conductual/#:~:text=Evoluci%C3%B3n%20de%20la%20terapia%20de%20conducta%201%20Primera,panorama%20actual%20de%20la%20Terapia%20Cognitivo%20Conductual%20>
- Ribero Marulanda, S. A. (2021). *Creencias intermedias desde Aaron Beck*. Repositorio Digital Konrad Lorenz. Recuperado de: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4441#:~:text=Las%20creencias%20intermedias%20se%20orientan%20a%20reconocer%20reglas%2C,puede%20generar%20problemas%20o%20patolog%C3%A4Das%20de%20atenci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica>.
- Sateler, A., Pino, G., López, A., Silva, L., Solari, S., Duffau, B., & Ríos, J. C. (2019). *Nombres populares y clasificación de las drogas de abuso ilícitas en Chile*. *Revista médica de Chile*, 147(12), 1613-1620. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001201613>
- TCTelevision. (2023). *Guayaquil registra cuatro sospechosos con síntomas relacionados al fentanilo*. Recuperado de [<https://www.tctelevision.com/noticias/comunidad/guayaquil-registra-cuatro-sospechosos-con-sintomas-relacionados-al-fentanilo>]
- Uriarte Bonilla, V. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatología*. Recuperado de: https://www.academia.edu/es/69437193/Funciones_Cerebrales_y_Psicopatolog%C3%ADa_V%C3%ADctor_Uriarte_Bonilla

USDA. (2021). *Food Availability and Consumption*. Recuperado de:
<https://www.ers.usda.gov/data-products/ag-and-food-statistics-charting-the-essentials/food-availability-and-consumption/>

Utel. (2017). *Principales corrientes psicológicas contemporáneas*. Recuperado el 20 de agosto de 2023 de <https://utel.mx/blog/menu-profesional/principales-corrientes-psicologicas-contemporaneas/>

Vélez, O. (2003) *Reconfigurando el Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio Editorial

Walker, M. (2022). *Automatic Thoughts Examples*. Cognitive Behavioral Therapy. Recuperado de <https://www.cbtcognitivebehavioraltherapy.com/automatic-thoughts-examples/>

ANEXOS

Autorización del Hospital de Salud Mental



Guayaquil, 08 de agosto 2023

Señores:
Hospital de Salud Mental
Guayaquil

De mis consideraciones:

Yo, Aguirre Vacas Julio Antonio, con cédula de identidad

#0931795124, estudiante de la carrera de Psicología Clínica solicito se me autorice usar la información obtenida en la investigación con fines académicos correspondiente a mi trabajo de titulación "La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias" realizada en esta prestigiosa empresa, previa a la obtención del título de Licenciado (a) en Psicología Clínica.

Atentamente,

Aguirre Vacas Julio Antonio
Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Autorizado por:



ALDO ANDRES RIMASSA
NARANJO

Director técnico
Aldo Rimassa Naranjo

Entrevistas a profesionales

Psicólogo #1

¿Desde tu experiencia, ¿cómo funciona el tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en este hospital?

Dentro del Hospital de Salud Mental se trabaja el trastorno por consumo de sustancias a través de un trabajo interdisciplinario entre psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y operadores vivenciales. Por un lado, la parte médica ayuda a trabajar el síndrome de abstinencia y problemas que puedan presentar los pacientes en cuanto al sueño y el estado anímico. Por otro lado se trabaja la parte psicológica para ayudar a los pacientes a trabajar problemáticas y traumas que puedan presentar a nivel personal. La función de los trabajadores sociales es ayudarlos en la parte familiar y de pareja y por último, los vivenciales ayudan de forma empírica a los pacientes a encontrar identificaciones que les permitan reconocer las cosas que han estado haciendo mal debido al uso de sustancias

¿Qué técnicas se emplean en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias? ¿Cuál es el objetivo de estas? (ejemplos de técnicas: técnicas de exposición, desensibilización sistemática, modelado, inoculación de estrés, entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas operantes para la modificación de conductas, técnicas de autocontrol, técnicas de relajación y respiración, etc)

Dentro de las técnicas más comunes en el trabajo con pacientes consumidores, se encuentra la técnica de reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, técnicas de afrontamiento, el método socrático y en ciertas ocasiones técnicas de relajación y respiración como el mindfulness. El proceso siempre dependerá de la demanda de cada paciente pero el propósito es usar el método socrático para ayudar al paciente a cuestionar los aspectos que lo han llevado a su problemática y de esa forma generar consciencia en él. Una vez que se haya logrado esto, se puede trabajar en su motivación dentro del tratamiento, la toma de decisiones, la

impulsividad y otras características que pueden estarlo afectando. Para esto se utilizan las técnicas como la reestructuración cognitiva, en donde se guía al paciente a elaborar nuevos pensamientos y posturas sobre viejos esquemas cognitivos que eran disfuncionales. Los pacientes suelen llegar en estado de negación o evitación de su problemática al hospital por lo cual se dificulta el tratamiento, es por eso que en ciertas ocasiones se toma una postura confrontativa en las primeras sesiones. En muchas ocasiones las autoinstrucciones son necesarias debido a que el trastorno por consumo de sustancias es una problemática conductual y por ende se utilizan las autoinstrucciones para guiar al paciente y que este pueda desarrollar su propia forma de afrontar los conflictos. Por último, muchas veces los pacientes que dejan el consumo atraviesan muchos momentos de ansiedad y por ende se trabajan técnicas de relajación y respiración que los ayuden a regular este estado.

¿Las creencias de los pacientes suelen cambiar en el tratamiento?

Dentro del tratamiento de pacientes con conducta adictiva se logra identificar muchas veces pensamientos que resultan ser disfuncionales y que son los causantes de la conducta adictiva. Por ende, muchas veces para realizar el trabajo con los pacientes se busca indagar en su sistema de creencias, de forma que se pueda identificar las creencias irracionales y perjudiciales para que puedan ser reemplazadas, a través de la reestructuración cognitiva, por alternativas más positivas que les permitan resolver sus conflictos y situaciones del día a día.

Responda la siguiente pregunta tras leer esta cita: La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica que permite ayudar al paciente a detectar las creencias y pensamientos de carácter disfuncional que ha venido teniendo hasta el momento. De esta forma, el fin último es modificarlos y sustituirlos por interpretaciones más ajustadas a la realidad. La técnica de reestructuración cognitiva es uno de los pilares centrales de la terapia cognitivo-conductual. Desde este modelo, se entiende que nuestras emociones no responden a los eventos que nos suceden, sino a la manera en la que los interpretamos según nuestros esquemas cognitivos. (Menéndez Martínez, s.f.)

En función de la descripción leída: ¿diría que el tratamiento en el hospital emplea la técnica de la reestructuración cognitiva?

Definitivamente, sin la técnica de reestructuración cognitiva la modificación conductual del consumo no podría ser realizada, ya que el origen de dicha conducta proviene la mayor cantidad de las veces directamente de un pensamiento, por ejemplo: la necesidad de consumir tras experimentar una pérdida (duelo patológico), “estoy tomando para ahogar las penas”. La persona que consume frecuentemente muchas veces tiene establecido a nivel cognitivo que la conducta compulsiva de consumir es normal y por ende lo hace sin dejar lugar a la reflexión del por qué lo hace.

¿Cuál crees que es la mayor dificultad en la recuperación del trastorno por consumo de sustancias?

La capacidad de mantener los objetivos y metas establecidos en su proceso, ya que las personas en recuperación tienden a olvidarse de la razón por la que comenzaron luego de llevar un tiempo haciendo las cosas de mejor manera y por ende suelen confiarse y pierden noción de lo que debían hacer para evitar el consumo.

¿Cómo crees que un paciente en recuperación podría no recaer?

Es difícil de decir, debido a que si hubiera una forma específica la mayoría de pacientes se recuperaría al 100%. Sin embargo, lo mejor que un paciente que quiere recuperarse puede hacer, es tomar el proceso con seriedad y honestidad, realmente dedicándose de lleno a su recuperación. Dedicarse de lleno a su recuperación significa implicar los cambios positivos dentro de todas las áreas de su vida, es decir a nivel familiar, laboral, social y personal

Entrevistas a pacientes

Entrevistado #1

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

Una de las causas fue que no tenía- tenía una, por así decirlo... buscaba una aceptación social, entonces de pronto esa aceptación social la encontré en malas personas por así decirlo en el colegio y como en mi casa no había un

vínculo familiar en donde me exprese o una comunicación... esa comunicación erróneamente la conseguí en el colegio de manera equivocada y con personas equivocadas que estaban en consumo, tomaban alcohol...

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

En el colegio comenzó todo

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

Me hace tener conductas no apropiadas, o sea, pensamientos por así decirlo como el hecho de por ejemplo no poderle ser fiel a una persona, de no estar tranquilo con una persona sino... tener otra pareja o así... cosas que no es normal

¿Cómo actúa?

Lo normal es tener una pareja estable pero en cambio eso es un síntoma de mi enfermedad, por ejemplo, ese defecto de carácter que tengo yo de no estar con una persona de manera estable sino buscar otra, otra y otra. No aceptar mis sentimientos, me ha aceptado bastante en la parte sentimental, tengo la capacidad de amar afectada y son cosas que me ha afectado.

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Sí es bastante grave porque es algo que prácticamente no tiene cura pero es tratable, entonces de toda manera se la puede frenar, nunca me voy a curar de manera total pero sí la puedo frenar.

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Tiene una evolución prolongada, claro, es una enfermedad para toda la vida, a largo plazo solo es la recuperación.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

Bueno, el tratamiento que he recibido aquí ha sido de lo mejor para mí porque muy aparte de clases de psicología que hemos tenido y me ha ayudado así porque hay veces en que uno no sabía o no identificaba por lo mismo por lo que estaba en la adicción activa de pronto esos detonantes por los cuales uno consumía, o el por qué uno consumía, entonces aquí uno se da cuenta de

muchas cosas mediante clases psicológicas, también lo que es experiencia vivencial en cuanto a mis terapeutas me ha ayudado bastante porque de pronto ellos han pasado lo que- me ayudan a evitar lo que yo no quiero pasar después, o sea, de los errores de ellos yo aprendo bastante.

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

Cambiar en mi vida y ya no tener esa misma vida de antes que tenía que solo era para consumir nomás, solo en ese círculo vicioso en el que andaba antes. Ya estando aquí me doy cuenta de que tengo muchos objetivos los cuales quiero y tengo que cumplir. Entonces es algo que prácticamente me voy con unas expectativas bien altas y así, y también sabiendo que esto es para toda la vida y tengo que seguir asistiendo a grupos para fortalecerme yo mismo porque si no voy me va a debilitar... eso es lo que me va a ayudar a mí, ir a grupos, estar con compañeros de recuperación... eso me va a ayudar a acordarme que yo también soy un adicto y esto de aquí tengo que tratarlo a largo plazo

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

Ufff bastantes, pero los principales han sido... Primero, de manera personal una desvalorización total, una manera de no quererme ni a mí mismo ni a los demás en el sentido también de mi trabajo no dar el 100% no como yo anhele y siempre he anhelado dar porque el trabajo para mí es importante, eso me ha costado y a mí sí me importa bastante mi trabajo. En lo económico también, muchas oportunidades, mucho dinero malgastado y pudiendo haberlo invertido en algo bueno para mí mismo y para mi familia.

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Lo que más temo de mi enfermedad es que ella misma me haga olvidar de mi condición, que soy adicto... Como una vez ya me pasó, lo que me hizo confiar en que ya todo estaba bien porque ya en algún momento estaba recuperando la confianza de mi familia y las cosas se me estaban dando, entonces hay que tener mucho cuidado con eso porque es una enfermedad tan astuta que te

hace pensar que ya está bien cuando en verdad hay un trabajo arduo atrás de todo eso.

Entrevistado #2

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

La principal causa de mi problema es haberme iniciado en el consumo sumado a eso los problemas de conducta.

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

Por aceptación social, por sentirme incluido dentro de un grupo social de muchachos como lo era yo en ese entonces.

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

Me ha tenido desestabilizado económicamente, dentro de mi familia y laboralmente me estaba empezando a desestabilizar también

¿Cómo actúa?

Me crea deseo y ansiedad por consumir, me pone irritable.

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Es completamente grave puesto que me ha arruinado todos los planes que tenía en algún momento antes de iniciar en mi trabajo, no he podido cumplir mis objetivos hasta el momento

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Es una enfermedad para toda la vida, es algo con lo que... una sensación, unos deseos contra los que debo luchar el resto de mi vida.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

El tratamiento que he llevado acabo acá dentro de este hospital en el cual he sido tratado por psicólogos y me he mantenido en un ambiente muy alejado de lo que es el mundo de las drogas

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

Los resultados que espero obtener de este tratamiento son cambios significativos en las cosas que he venido o se han venido dando dentro de mi vida o los problemas que he venido acarreando dentro de mi familia y dentro de mi trabajo.

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

Económicos, familiares y laborales

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Una recaída, el volver a verme incluido dentro de ese mundo al cual en realidad no quisiera volver

Entrevistado #3

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

La causa de mi problema fue la soledad, la tristeza y la presión del trabajo

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

Porque me sentía en una monotonía todo era todos los días igual y quería salir de la rutina y volví al consumo

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

Destruyendo física, mental y espiritualmente.

¿Cómo actúa?

Destruyendo desde la parte familiar hasta la parte económica.

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Mi enfermedad es sumamente seria, muy grave, no tiene límites ante nada.

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Es dependiendo de cómo sea la persona, a algunas personas les dura corta y a otras les dura prolongada, en mi caso sería prolongada.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

El centro de rehabilitación con el que sea más allegado y tenga esa confianza de que yo sí puedo con las personas que sean profesionales en esto.

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

Poder llevar la recuperación para toda mi vida.

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

El desgaste físico, mental, psicológico y económicamente.

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Que me lleve a la muerte

Entrevistado #4

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

Bueno, pienso que la causa de mi problema fue la separación de mis padres, ya que me vi que no tenía control, o sea, nadie me controlaba

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

Nadie controlaba mis salidas o mis entradas, entonces me vi en la facilidad de probar la sustancia.

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

Mi enfermedad pienso que me está causando problemas en todo el ámbito físico y mental.

¿Cómo actúa?

Mi enfermedad actúa de diferentes maneras, o sea, se disfraza, se puede decir... se disfraza de problemas, de situaciones en las que yo pienso que no voy a poder solucionarlas

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Mi enfermedad pienso que es bastante grave, porque son ya 20 años de consumo y se ha... yo sí admito y creo que tengo un gran problema con mi enfermedad

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Mi enfermedad ha tenido una evolución prolongada por los 20 años de consumo continuos. Entonces eso pienso que me ha hecho bastante problema.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

El de ahora que conozco... el único tratamiento es el programa de narcóticos anónimos

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

O sea, de mejorar en lo que es... mis aspectos físico e intelectual y la facilidad de integrarme a la sociedad.

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

Son muchos, me ha causado muchos problemas con mi pareja, con mis hijos y mi trabajo.

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Temo de que me descuide y otra vez vuelva a recaer.

Entrevistado #5

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

Siempre me gustó compartir con muchas personas, no fue por amistades porque siempre inquietaba a los demás para el consumo. Siempre el problema fui yo.

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

En el colegio fue por tratar de caer bien a los demás porque todos los demás consumían y yo quería pegarme a ellos. Entonces me pegué bastante a unos amigos que consumían y ese fue el detonante para yo conocer todo tipo de sustancias.

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

Me estaba acabando en la edad que tengo ya no había progresado en nada, en mi mente solo estaba en el consumo y en disfrutar erróneamente de la vida.

¿Cómo actúa?

Me estaba matando internamente.

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Bastante grave porque estaba cometiendo actos fuera de lo normal, no eran actos sencillos... eran cosas fuertes en las cuales yo me... algún momento pensé que estaba loco o pensé que estaba cambiando de género por esos actos violentos que estaba realizando a las demás personas.

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Depende del consumo, porque si hubiese consumido poco se hubiese alargado, pero mi consumo fue exagerado. Mi consumo fue avanzando bastante y eso afectó totalmente mi vida.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

Como el que estoy llevando ahora, lo que es de manera espiritual, con psicólogos los cuales nos abrieron las puertas y nos hicieron dar cuenta de la gravedad de esta enfermedad.

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

Tener un hogar, tener una estabilidad económica, emocional, poder tener hijos y poder criarlos de una mejor manera. Mis papás me enseñaron, pero yo no aprendí nunca, siempre les di la contra a ellos

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

Económicos, mentales que no me dejaron estar en paz siempre... problemas económicos me influyeron bastante y me hicieron irme más de picada.

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

La recaída porque en la recaída va a ser un poco más fuerte en caso de que llegue. No va a pasar... no pasa eso en mi mente, pero sí le tengo miedo a la recaída, a lo que podría pasar después.

Entrevistado #6

¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?

De adicción fue al comienzo de... cuando me gradué me gradué de mi profesión y ya busqué nuevas amistades las cuales consumían y me dejé llevar por la emoción de ver algo nuevo en mí y en el transcurso de lo que pasé ya no lo pude controlar porque ya me sentí ya como que... me sentí una sola con la sustancia que consumía.

¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?

Porque al pasar el tiempo... yo pensando como la mayoría de los adictos que consumíamos y disfrutábamos al comienzo es a tomar con mucha gente, a vacilar con mucha gente. Después con poca gente y luego solo. No sé en qué momento me quedé solo y ya vi que la adicción se apoderó de mí. Yo ya lo sabía, pero no lo aceptaba porque eso fue lo que me marcó mucho. Cuando yo pensé que la podía controlar, no pude.

¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?

He perdido muchas cosas a la larga en mi enfermedad he perdido familia, mi mujer se separó. A veces la desconfianza en mi madre y muchas cosas que

abarcó a lo largo de mi enfermedad que hoy me pasa factura... pero eso no impide que yo siga recuperándome y hay más cosas que más... lo que más puedo hacer es por mí mismo aparte de cualquier cosa.

¿Cómo actúa?

Es severa, es silenciosa, yo no me sacio porque yo soy una persona compulsiva... ¿impulsiva compulsiva? Y me gustaba estar pasando así. El momento que ya no pude controlarla ya no disfrutaba de la sustancia, sino que más me hundí. Ya por último terminé aislado, sin nadie, no me gustaba estar con nadie, la presencia de todos me estorbaba: de mis hijos, de mi ex conviviente, de mi mamá y me sentía bien estando así.

¿Cómo de grave es su enfermedad?

Es una enfermedad severa; crónica.

¿Tendrá una evolución corta o prolongada?

Esto es... no no no, esto es progresivo. Esto a la larga dura mucho. A mí mi enfermedad me atacó desde los quince años, comencé fumando marihuana y después terminé consumiendo cocaína. Esto a la larga fue avanzando porque yo comencé así a los quince años. Me hice policía y a la final me afectó mucho, no sé en qué momento cumplí de veinte a veintiocho años. No sé cómo pasaron ocho años, fue muy corto. O sea, pasé más anestesiado por lo que es la droga y no me supe... no supe en qué momento pasó el tiempo de ese trayecto de la enfermedad.

¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?

El que estoy recibiendo ahora: confrontarme a mí mismo, de saber quién soy y qué quiero. Que a la larga lo que yo estaba haciendo estaba mal. Eso es lo mejor, la confrontación: es una lucha conmigo mismo que no la voy a ganar nunca porque a la final siempre va a estar ahí mi enfermedad, pero yo creo que este es el momento de ver las cosas como son, no como yo creía que era porque yo pensaba que todo el mundo tenía la culpa de mi enfermedad, pero ya veo que no es así. Veo que yo tengo que poner de mi parte, esto me han ayudado los psicólogos y los terapeutas familiares en ver quién mismo soy y qué mismo quiero porque tengo 28 años y no sabía ni quién era. En realidad,

soy yo con mi nombre y no sabía quién era. Me hago una pregunta siempre, ¿quién es -nombre del entrevistado #6? Y creo que poco a poco lo voy descubriendo, que es lo que yo quiero.

¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?

La tranquilidad, perder la impulsividad. Y a la final las cosas que hice ya están hechas, yo lo que ya hice es perdonarme de todas las cosas que hice, pero de aquí en adelante es otra meta la que tengo: mantenerme limpio y seguir el programa que tanto me ha ayudado. Ganar batallas a diario una por una voy a hacer mis metas que se cumplan.

¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?

A la final el egocentrismo, el que yo quiera ser el mejor y que nadie era más que yo. Y que yo no me voy a alejar de eso. Las cosas que... el vacío que yo tuve una infancia buena pero un padre ausente; esa es una cosa que yo siempre he tenido, pero ya me estoy sabiendo manejar de otra manera. Errores míos no son, sino errores... cosas que pasan y no puedo fatigarme por cosas que ya pasaron y puedo sobrellevar a la larga en mi tratamiento, cosa que estoy haciendo.

¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Mi enfermedad, como te digo, yo me considero un adicto; todos los síntomas que mencionan en la literatura yo los tuve: aislamiento, los sentimientos fríos... y eso es lo que más temo, ya no sentir. Ya no seguir con la motivación de que haya algo más aparte de lo que yo consu- aparte de lo que yo hacía... yo pensaba que yo iba a morir en eso y yo veo que ahorita hay algo más que va a ser revelado poco a poco y eso... lo que yo más temo es recaer, yo ya sé lo que me causa. Si yo recaigo ya no habrá nada nuevo, ya todo lo que me va a pasar ya lo he probado y no me gustó para nada por eso yo seguí... elegí de forma propia estar en este tratamiento porque yo... yo lo tomo por necesidad, no por un papel de trabajo ni por nada, yo sí... mi problema no es

del trabajo. Mi problema sí es de necesidad de vida, porque si yo ya no paro aquí ya no paro nunca.

Cuestionarios

Cuestionario de Kleinman

1. ¿Cuál piensa que fue la causa de su problema?
2. ¿Por qué cree que comenzó cuando lo hizo?
3. ¿Qué cree que le está haciendo su enfermedad?
4. ¿Cómo actúa?
5. ¿Cómo de grave es su enfermedad?
6. ¿Tendrá una evolución corta o prolongada?
7. ¿Qué clase de tratamiento piensa que debería recibir?
8. ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de su tratamiento?
9. ¿Cuáles son los principales problemas que le ha causado su enfermedad?
10. ¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Cuestionario de datos clínicos y demográficos

Cuestionario de datos clínicos y demográficos

1. ¿Cuál es tu edad?

2. ¿Con qué genero te identificas?

3. ¿Cuál es tu estado civil?

4. ¿Cuántos hijos tienes?

5. ¿Con quién vives?

6. ¿Cuál fue la última institución académica en la que estudiaste? ¿Completaste tus estudios allí?

7. ¿Cuál es tu situación laboral actual? (marque con una X)

Empleado

Desempleado

8. ¿A qué edad iniciaste tu consumo? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

0-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 o más

9. ¿Qué tipo de sustancias has consumido? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

Cocaína o sustancias activadoras

Alcohol o sustancias depresoras

Hongos o sustancias alucinógenas

Sustancias activadoras y alucinógenas

10. ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo activamente? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años

De 16 a 20 años De 21 a 25 años Más de 26 años

11. Contando este tratamiento, ¿Cuántos internamientos por adicción has tenido? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

1 2 3-5 6-8 9 o más

12. ¿Quién te incitó a iniciar este tratamiento? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada) (marque varias respuestas de ser necesario)

Familia Pareja Trabajo Amigos

Por cuenta propia

13. ¿Cuántas veces has intentado mantener abstinencia por cuenta propia?
(marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

Nunca De 1 a 3 De 4 a 7 7 o más

14. ¿Cuánto tiempo has estado limpio por tu propia cuenta? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

Nunca Semanas Meses Años

15. ¿Cuántas recaídas has tenido? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada)

1 2 3-5 6-8 9 o más

16. En tu historia de consumo ¿Cuáles crees que fueron/son los principales detonantes de tu consumo? (marque con una X a la derecha de la respuesta seleccionada) (marque varias respuestas de ser necesario)

Muerte de un/varios seres queridos Tristeza/sensación de vacío

Soledad Presión social Exceso de trabajo

Ruptura sentimental

Otros (escriba):

Questionario de recuperación objetiva y subjetiva

Questionario de recuperación objetiva y subjetiva

Recuperación objetiva (encierra con un círculo su respuesta)

1. ¿Tiene más de tres meses sin consumir?
Sí No
2. ¿Se aleja de los lugares de consumo durante sus reinserciones?
Sí No Casi siempre
3. ¿Ha dejado todas sus amistades de consumo?
Sí No Casi todas

Recuperación subjetiva

1. ¿Siente de deseos de consumo cuando se encuentra en su casa?
Sí No Un poco
2. ¿Su casa fue lugar de consumo activo?
Sí No Rara vez
3. ¿Se ha encontrado en situaciones de riesgo? En caso de que la respuesta sea positiva, ¿ha sentido deseos de consumo durante estas situaciones?
Sí No Un poco

Preguntas extra

1. ¿Ha aumentado la frecuencia con la que realiza deporte tras su tratamiento?
Sí No
2. ¿Ha aumentado la frecuencia con la que realiza apuestas tras su tratamiento?
Sí No
3. ¿Ha iniciado o aumentado su consumo de cigarrillo o ~~vapeo~~ ~~vapeo~~ electrónico tras su tratamiento?
Sí No
4. ¿Qué actividad que no se haya mencionado ha aumentado en frecuencia tras su tratamiento?
Ninguna o Desarrolle

Formato del consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Julio Antonio Aguirre Vacas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y la recuperación de este, para describir la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica, encuestas y entrevistas semidirigidas a pacientes y especialistas del Hospital de Salud Mental

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista estructurada. Esto tomará entre 10 y 20 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista estructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida: La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y la recuperación de este, para describir la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica, encuestas y entrevistas semidirigidas a pacientes y especialistas del Hospital de Salud Mental

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista estructurada la cual tomará aproximadamente entre 10 y 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: __ de agosto del 2023

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguirre Vacas, Julio Antonio**, con C.C: # **0931795124** autor del trabajo de titulación: **La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias**, previo a la obtención del título de **Licenciado 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, **07 de septiembre de 2023**

f. _____



Nombre: **Aguirre Vacas, Julio Antonio**

C.C: **0931795124**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La reestructuración cognitiva y su impacto en la recuperación durante la rehabilitación del trastorno por consumo de sustancias		
AUTOR:	Aguirre Vacas, Julio Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	07 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	98
ÁREAS TEMÁTICAS:	Terapia cognitivo-conductual, Conductas adictivas, Psicología Clínica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Rehabilitación; Reestructuración cognitiva; Recuperación; Creencias; Trastorno por consumo de sustancias		
RESUMEN:	<p>La presente investigación tomó en cuenta una de las mayores problemáticas para la salud pública: el trastorno por consumo de sustancias. El tema de investigación en torno a esta fue la influencia de la reestructuración cognitiva sobre la recuperación de los pacientes en un contexto de rehabilitación hospitalaria. La afirmación del antropólogo Richard Kleinmann sobre que cada persona posee un concepto sobre su propio padecimiento nos hizo preguntarnos qué clase de creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias mantienen tras la rehabilitación las personas que lo padecen. El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre las creencias sobre el trastorno por consumo de sustancias de pacientes en rehabilitación y la recuperación de este, para describir la relación entre sí. La importancia de esta investigación residió en la base que sienta para futuras investigaciones que determinen perfiles de creencias y posibles tratamientos efectivos para cada uno. Esta investigación tomó como población a los pacientes que se hallan en la cuarta fase del tratamiento porque se pone a prueba en la recuperación lo trabajado hasta el momento. Se empleó como instrumento el cuestionario de Kleinmann y dos encuestas, lo que dio como resultado que no existe relación alguna entre las creencias y el grado de recuperación del paciente, lo que nos hizo concluir que existe la posibilidad de que el paciente genere solo un cambio superficial sobre sus creencias o que la figura de autoridad del psicólogo pueda modificar la respuesta que se obtiene.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-995179482	E-mail: julio.aguirre03@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@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):			