



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

TEMA:

LA AUTOEFICACIA Y SUS EFECTOS COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDIENTES INTERNOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “VOLVER A VIVIR” DE LA CIUDAD DE MANTA. 2012

AUTORA:

CECILIA ROBERTINA VELIZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. OSWALDO ZAMBRANO QUINDE

MANTA - ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi calidad de Director de Tesis de grado, nombrado por la Dirección de Trabajo Social, Escuela de Psicología.

CERTIFICO:

He analizado la tesis de grado presentado por la estudiante **CECILIA ROBERTINA VELIZ RODRÍGUEZ**, como requisito previo para optar por el grado de Psicóloga Clínica, cuyo tema es: **LA AUTOEFICACIA Y SUS EFECTOS COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDIENTES INTERNOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “VOLVER A VIVIR” DE LA CIUDAD DE MANTA. 2012**

Considero aprobado en su totalidad.

Firma Director de Tesis _____

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde

C.C.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida a través de este trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Firma

Veliz Rodríguez Cecilia Robertina
CI. 130631740-3

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema: **“La autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en drogodependientes internos en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta. 2012”**. Sometido a consideración de Autoridades de la Facultad de Trabajo Social y Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica.

APROBADO

Lcda. Olga Vélez de Mendoza
**DECANA DE LA FACULTAD
DE TRABAJO SOCIAL**

CALIFICACIÓN

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde
DIRECTOR DE TESIS

CALIFICACIÓN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CALIFICACIÓN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CALIFICACIÓN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CALIFICACIÓN

SUMA TOTAL DE LA DEFENSA: _____

SECRETARIA

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de llegar hasta aquí y por iluminar cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por darme la oportunidad de encontrar en mi camino personas que han sido mi compañía y mi soporte en todos estos años de estudio.

A mis hijos Carlos Andrés y Carlos David que son el motivo y la razón que me llevaron a tomar la decisión a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar, por qué tuvieron muchas veces que compartir su tiempo y renunciar momentos. Quiero también dejar a ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impidan.

A Carlos mi compañero por estar siempre allí dándome su apoyo y fortaleza.

A mis padres Claudio y Mariana por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanas Betty y Mayra que a pesar de la distancia siempre estuvieron para ofrecerme su ayuda y apoyo en todo lo que estaban a su alcance.

A mis sobrinos Erika Aracely, Erika Viagnett, Carlos Xavier, Nicky Alexander, Marianita y Cesar Jr, que con su cariño me dieron fuerza para seguir adelante.

A mis cuñados Jorge y Xavier, a mis amigos y compañeros que siempre estuvieron a mi lado dándome aliento para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Al llegar hasta donde he llegado, quiero agradecer:

*A la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí** por darme la oportunidad de prepararme académicamente y llegar a ser una profesional.*

*A la **Facultad de Trabajo Social** y a su Decana Lcda. Olga Vélez de Mendoza por acogerme en sus aulas.*

*A la **Escuela de Psicología** y a su Director Dr. Oswaldo Zambrano Quinde que además de ser mi director de tesis ha sido mi maestro, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.*

A todos mis profesores que a lo largo de mi preparación académica aportaron con un granito de arena en mi formación profesional. En especial al Mgs. Italo Bello Carrasco, Dra. Mónica Palau, Lcda. Cecilia Luzardo, Dra. Katty Villavicencio, Dra. Yelena Solórzano, Dr. Roberth Loor, Dra. Inés Vera, Dr. Juan Ramón Moran, Ing. Ítalo Bello Moreira, a cada uno de ellos que con su visión crítica en muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, me ayudaron a formarme profesionalmente.

A mi amiga Susan que compartió conmigo todos los momentos de tristeza y felicidad.

Gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Portada	i
	Certificación de aprobación del Director	ii
	Página de autoría del trabajo de titulación	iii
	Página de aprobación del tribunal de grado	iv
	Página de dedicatoria	v
	Página de agradecimiento	vi
	Índice	vii
	Introducción	1
	CAPÍTULO I	
1	EL PROBLEMA	
1.1	Tema	3
1.2	Planteamiento del problema	3
1.2.1.	Contextualización	3
1.2.1.a	Macrocontexto	3
1.2.1.b	Mesocontexto	5
1.2.1.c	Microcontexto	6
1.2.1.d	Análisis crítico	8
1.2.2.	Preguntas directrices	9
1.2.3	Formulación del problema	10
1.2.4.	Delimitación	10
1.2.4.a	Delimitación de contenidos	10
1.2.4.b	Delimitación espacial	10
1.2.4.c	Delimitación temporal	10
1.3	Objetivos	11
1.3.1	Objetivo General	11
1.3.2	Objetivos Específicos	11
1.4.	Justificación	12

CAPÍTULO II

2	MARCO TEÓRICO	
2.1	Antecedentes investigativos	14
2.2	Fundamentación Filosófica	15
2.3	Fundamentación Teórica	16
2.3.1.	Autoeficacia	16
2.3.2	La autoeficacia percibida	16
2.3.2.	Derivaciones de la Auto-eficiencia	17
2.3.2.1.	Autoestima	17
2.3.2.2.	Autoimagen	17
2.3.2.3.	Habilidades sociales	17
2.3.2.4.	Seguridad	18
2.3.2.5.	Confianza	18
2.3.3.	Drogodependencia	18
2.3.3.1.	Droga	18
2.3.3.2.	Adicción	19
2.3.3.3.	Abuso de sustancia psicoactiva	19
2.3.2.	Efectos	20
2.3.2.1.	Tolerancia	20
2.3.2.2.	Síndrome de abstinencia	20
2.3.2.3.	Síndrome Emotivacional	22
2.4.	Fundamentación Legal	22
2.5.	Hipótesis	25
2.6.	Señalamiento de variables	25
2.6.1.	Variable Independiente	25
2.6.2.	Variable Dependiente	25

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	
3.1	Tipo de investigación	26
3.2.	Diseño de la investigación	26
3.3.	Población y Muestra de la investigación	26

3.4.	Métodos, técnicas e instrumentos	27
3.4.1.	Métodos (teóricos)	27
3.4.2.	Técnicas	27
3.4.3.	Instrumentos	28
3.4.4..	Operacionalización de las variables	29
3.4.5.	Matriz de conceptualización y operacionalización de variables	29
3.5.	Recolección de información	30
3.6.	Procesamiento de la información	30

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1.	Análisis	31
4.1.1.	Fichas de observación, instrumentos psicológicos con criterios de validación.	31
4.1.2.	Entrevistas realizadas a los Especialistas y Autoridades en Drogodependencia.	31
4.2.	Interpretación de Resultados	31
4.2.1.	Escala de auto-eficacia en el proceso de toma de decisiones adaptada a los internos por adicción en la comunidad terapéutica “Volver a Vivir”	31
4.2.2.	Análisis de las encuestas aplicadas a los expertos en drogodependencia	33

CAPÍTULO V

5.	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	
5.1.	Comprobación de Hipótesis	39
5.2.	Logros de Objetivos	39

CAPÍTULO VI

6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1.	Conclusiones	41
6.2.	Recomendaciones	42

CAPÍTULO VII

7.	PROPUESTA	
7.1.	Datos informativos	43
7,2.	Antecedentes de la propuesta	43
7.3.	Objetivos	44
7.3.1.	Objetivos Generales	44
7.3.1.	Objetivos Específicos	45
7.4.	Justificación	45
7.5	Fundamentación	48
7.6.	Metodología (Plan de Acción)	49

CAPÍTULO VIII

8	BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	
8.1	Bibliografía	56
8.2	Anexos.	57

INTRODUCCIÓN

En Ecuador el consumo de alcohol y drogas constituye un grave problema de salud mental y social que ataca a la población sin mirar edad, sexo, raza, condición social, filosófica, cultural, religiosa o política, es una situación en que la mayoría de la gente se niega en muchos casos a aceptar que tiene algún problema.

Los especialistas, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y familiares muy cercanos que detectan el problema a través de determinados signos y síntomas que demuestran cuando el individuo está frente a este problema que daña progresivamente el sistema nervioso central, y que va mermando el autoestima de ésta persona y de los familiares cercanos.

Los gobiernos nacionales, regionales y locales permanentemente establecen políticas, programas, proyectos, reformas a las leyes y normativas para prevenir, diagnosticar, intervenir y rehabilitar a los individuos que padecen esta enfermedad del alcoholismo y la drogadicción.

Los índices de consumo de alcohol y drogas en la población tanto de hombres y mujeres va en aumento; de esta manera resulta necesaria la presente investigación de tesis de grado, que busca determinar la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la comunidad terapéutica “volver a vivir” de la ciudad de Manta, de tal manera que se contribuya a recuperar a estas personas para elevar su calidad de vida personal, familiar y social.

La presente tesis de grado se encuentra estructurada de los siguientes capítulos que a continuación se detallan:

Primer capítulo se expone el esquema de trabajo consistente en el tema, planteamiento del problema, contextualización, macro, meso, micro, análisis crítico, preguntas directrices, formulación del problema, delimitación de

contenidos, espacial y temporal, objetivos tanto general y específicos y justificación del tema.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, con antecedentes investigativos, siguiendo con la fundamentación filosófica, fundamentación teórica en la que se detallan teorías, ideas y conocimientos expuestos por diferentes autores, acompañados con la fundamentación legal, hipótesis, señalamiento de las variables tanto independiente y dependiente.

En el tercer capítulo se encuentran los aspectos metodológicos de la investigación, entre los cuales está el tipo o nivel de investigación, métodos y técnicas de la investigación, población, muestra y tamaño, la operacionalización de las variables, las técnicas e instrumentos, la recolección y procesamiento de la información.

Continuando con el capítulo cuarto donde se encuentra el análisis e interpretación de resultados, elaborados en base a la información recogida en la encuesta y entrevista aplicada a los especialistas.

En el quinto capítulo está conformado por la comprobación de hipótesis y logros de objetivos.

Capítulo sexto están las conclusiones y recomendaciones.

En el séptimo capítulo estructurado por la propuesta en el que engloba los datos informativos, antecedentes de la propuesta, objetivos, justificación, fundamentación, la metodología, administración y la previsión de la evaluación.

Finalmente en el octavo capítulo está la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- TEMA

“La autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en drogodependientes internos en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta. 2012”.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN

1.2.1.a.- Macrocontexto

Expertos en drogodependencias de Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay han conocido de primera mano los programas y servicios que desarrolla el Instituto de Adicciones, en las áreas de prevención como modelos de intervención, asistencia y reinserción, en las instalaciones de Madrid Salud en la calle Juan Esplandiú.

Este encuentro se produjo en el marco del proyecto SAVIA (Salud y Vida en las Américas) que, impulsado por la Delegación de los Gobiernos de la OEA para el Plan Nacional sobre Drogas, pretende reforzar la cooperación internacional con los países de América Latina para la reducción del consumo de drogas.

Además, forman parte de la citada delegación dos representantes de la CICAD, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, entidad a la que se ha encargado la gestión de realizar programas o proyectos con ese fin.

Al mismo tiempo, las claras líneas que separaban a los países consumidores, productores y de tránsito empezaron a desdibujarse, un fenómeno que se vio reflejado en la adopción en 1996.

La Estrategia Antidrogas del Hemisferio por parte de la Asamblea General de la OEA, propuesta por la CICAD, en la que se incorporó por primera vez la aceptación del concepto de la “responsabilidad hemisférica compartida” en el control de las drogas. Durante este período, se extendió entre el público de todo el hemisferio la preocupación por los peligros que representan el narcotráfico y el consumo de estupefacientes, y fue en la Cumbre Antidrogas de Cartagena de 1990 donde los líderes manifestaron una determinación renovada de que algo debía y podía hacerse al respecto.

Originalmente escrito en 2004, En los últimos nueve años, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) ha tenido que enfrentar el reto de adaptarse a un entorno de constantes y rápidos cambios en la aplicación de las leyes antidrogas y la prevención del uso de drogas.

La CICAD ha intensificado significativamente sus esfuerzos por promover la cooperación y la coordinación regional en materia de drogas, además de haber adoptado nuevas direcciones en sus programas de acción dirigidos a fortalecer la capacidad de sus distintos Estados miembros para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas y la lucha contra su producción y tráfico ilícitos.

Gracias a un amplio reconocimiento y a una creciente base de copartícipes, la CICAD ha madurado como foro para la discusión franca de los temas relativos a las drogas, la evaluación objetiva de los avances al respecto y el mejoramiento puntualmente dirigido de la respuesta del hemisferio a los problemas en esta materia que privan en la región¹.

¹ JAMES F. Mack, Secretario Ejecutivo. (1889) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas Organización de Estados Americanos. F St. NW.

1.2.1. b.- Mesocontexto

Manabí ha iniciado con talleres sobre prevención y el consumo de droga, el Concejo Cantonal de Protección de la niñez y la adolescencia de Montecristi (Ccpinamon), inauguró las primeras actividades del proyecto “Vive con alegría, tú eres lo más importante”, auspiciado por la dirección regional del Consep-Manabí, en convenio con el GAD Municipal de Montecristi. Acto que se cumplió en el teatro municipal de dicho cantón.

Por disposición del director del Consep, se realizó un interesante primer taller, sobre el punto de acción de la Red de Prevención Integral de Drogas, bajo la conducción de un técnico de dicha entidad, quien explicó sobre el proceso que promueve el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad; el respeto a los derechos humanos y la naturaleza.

Considerando los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales, que permite anticiparse a la aparición de diversos fenómenos de carácter social, en especial de la problemática de drogas.

Se destacó a las autoridades, líderes estudiantiles y docentes del cantón, la intervención preventiva en el consumo de drogas y sus efectos, con la participación de todos los actores. Además, los factores de riesgo y protectores, pues se tiene que hablar con los hijos acerca del daño que hace el consumo del alcohol, tabaco y las drogas.

Entonces por lo consiguiente estos talleres se han ido incrementando, tal el caso que el objetivo es, capacitar a diferentes cantones de la provincia de Manabí, importante sector de la sociedad y así lograr que ellos socialicen los conocimientos de prevención en el uso de drogas.

En el 2011, en las instalaciones de la Universidad Laica Eloy Alfaro Delgado de la Ciudad de Bahía de Caráquez, se llevó a cabo el seminario Taller de

capacitación a líderes Estudiantiles de esa población, el evento contó con la presencia del alcalde del Cantón Sucre.

El taller que se realizó como parte de las labores que la RED Nacional de Prevención Integral del CONSEP y el proyecto SAVIA, fue inaugurado por el Director Regional del CONSEP en Manabí. El funcionario reiteró la permanente voluntad de la institución para contribuir con la prevención integral de drogas en la búsqueda permanente del objetivo máximo que se encuentra enmarcado en el concepto del “Buen Vivir”.

Los instructores fueron profesionales especializados del CONSEP y docentes capacitados en prevención del consumo indebido de alcohol y otras drogas, quienes utilizaron varias técnicas didácticas en el proceso de enseñanza, y pusieron énfasis en el trabajo en equipo entre profesores y alumnos para lograr mejores resultado ante la presencia de riesgos de consumo de drogas en sus sitios de estudio y trabajo.

1.2.1. c.- Microcontexto

Las instituciones como el Área de Salud No.2 están decididas a trabajar arduo para conseguir las metas, entre ellas lograr que se construya la comunidad terapéutica para personas drogodependientes en Manta.

La Red de Atención Integral en Drogodependencia de la Mancomunidad entre los municipios de Manta, Montecristi y Jaramijó tiene proyectado construir una comunidad terapéutica con atención gratuita.

Funcionaria del cabildo Mantense, dijo que se hacen las gestiones y es muy posible que se ejecute la planificación. En este momento hay un compromiso del Municipio local en donar el terreno, cuya ubicación no se determina.

Con las carteras de Estado implicadas, como son los ministerios de Salud Pública (MSP) y de Inclusión Económica y Social (MIES), se busca el apoyo.

Incluso con el MSP ya hubo diálogos; en primera instancia se confirmó el compromiso de dar respaldo técnico al proyecto de drogodependencia.

“Esta comunidad en el nuevo reglamento que tiene el MSP toma el nombre de Centro Biomédico, en el cual existirá un área primero de desintoxicación a las personas drogodependientes y después viene la parte terapéutica. Es allí donde se trabaja con una metodología para que las personas adictas puedan recuperarse”

Se trata de atención integral, desde el trabajo mental ‘Psicología’ individual, de salud y la reinserción laboral.

Actualmente en la Mancomunidad hay cuatro clínicas autorizadas que incluso son parte de la Red: ‘Volver a Vivir’, ‘Cradi’, ‘Girasol’ y ‘Contalfa’, las que son particulares.

Con ‘Volver a Vivir’ el Municipio porteño tuvo un convenio que en la actualidad ya no existe. Esta clínica acogió a 8 drogodependientes que se los rescató de la zona conocida como La Poza. Ellos recibieron tratamiento de rehabilitación por espacio de seis meses.

Dentro de la Red -conformada en abril de 2010- hay instituciones públicas y privadas implicadas en tratar el tema de atención como son las clínicas, la reinserción donde se encuentra Oscus, MSP, hospital Rafael Rodríguez Zambrano y Área de Salud No.2, Ministerio de Educación, Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), el MIES, entre otras.

Por todo lo mencionado anteriormente es de suma urgencia dar a conocer el problema como es autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en

drogodependientes en la comunidad terapéutica volver a vivir de la ciudad de Manta, 2012.

1.2.1. d.- Análisis crítico

El consumo de alcohol y drogas en el país y en el Cantón Manta constituye un problema grave en la sociedad, atacando a la población en especial a los jóvenes adolescentes y adultos que se dejan inducir por diversos motivos, al consumo de estas sustancias que dañan al sistema nervioso central y alteran los sentidos, provocando comportamientos inadecuados a nivel personal, familiar y social.

Por tanto se deben establecer por parte de las autoridades respectivas programas para prevenir este problema y lograr educar y sensibilizar a la población sobre los graves daños que ocasiona el consumo inadecuado de alcohol y drogas en la salud mental de la comunidad.

Por todo lo expuesto resulta necesaria la presente investigación para proponer alternativas nuevas y validadas de solución efectiva a esta problemática social. Las noticias de los diarios de hoy reflejan “Manta ciudad exportadora de Drogas”, solo para señalar uno de los tantos titulares que presentan los medios de comunicación.

1.2.2.- Preguntas Directrices

- ¿Cuál es la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?
- ¿Cómo la autoeficacia como modelo explicativo de intervención terapéutica provocará un cambio de estilo de vida positivo y persistente en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?
- ¿De qué manera se pueden reconocer en los resultados de las escalas de autoeficacia los cambios de creencias que se generan en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?
- ¿Cómo se debe implementar un modelo de autocontrol positivo y persistente que busque el bienestar bio-psico-social en los internos por drogodependencia que se encuentran en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?
- ¿De qué manera La autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocará un cambio de estilo de vida de los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?

1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos de la autoeficacia como modelo de intervención Psicológica en internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir de la ciudad de Manta?

1.2.4.- DELIMITACIÓN

1.2.4. a.- Delimitación de contenidos

CAMPO: Psicología Clínica

ÁREA: Modelo de intervención psicológica

ASPECTO: Drogodependencia

TEMA: La autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en drogodependientes internos en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta. 2012

PROBLEMA:

¿Afectara la autoeficacia como modelo de intervención Psicológica en internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?

1.2.4. b.- Delimitación espacial

Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

1.2.4. c.- Delimitación temporal

La investigación se desarrolló durante el período 2012 – 2013.

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- Objetivo General

Determinar la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Identificar en la autoeficacia como modelo explicativo de intervención terapéutica para un cambio de estilo de vida positivo y persistente en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.
- Reconocer en los resultados de las escalas de autoeficacia los cambios de creencias que se generan en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.
- Proponer un modelo de autocontrol positivo y persistente que busque el bienestar biopsicosocial en los internos por drogodependencia que se encuentran en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol y drogas en estos tiempos constituye un grave problema de salud pública en la República del Ecuador y por ende en todas sus regiones, provincias y cantones, además de causar graves daños a la salud mental y bienestar de las familias y sociedad, por tanto se deben plantear nuevas alternativas para educar y sensibilizar a la comunidad sobre cómo prevenir el consumo inadecuado de estas sustancias, así resulta necesaria la presente investigación.

Hoy en día ya no se habla solamente de tráfico sino también de micro tráfico y posiblemente represente el mayor daño para nuestra sociedad, porque no respeta edad, sexo ni condición.

El presente trabajo tiene como propósito principal determinar la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

A través de los resultados de la presente investigación se propondrá la implementación de un modelo de intervención psicológica para lograr un cambio de estilo de vida de los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta y lograr su recuperación para insertarlo en la vida familiar, social y productiva en la sociedad.

Los beneficiarios directos serán los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta y los beneficiarios indirectos serán en su orden la familia y el contexto social.

Es factible ya que existe apertura y aceptación de parte de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Tiene factibilidad social y técnica.

Social.- Pues involucrará a las familias de los internos por drogodependencia en esta comunidad terapéutica.

Técnica.- Se contará con el apoyo de los Especialistas, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Autoridades.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la comunidad terapéutica volver a vivir de la ciudad de Manta existe desde hace un año un modelo terapéutico denominado Terapia Cognitivo Conductual para Adictos.

Terapia cognitivo conductual.

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas.

Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos. Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático.

La función del conductismo como tal ha sido criticada por algunos filósofos y psicólogos al considerarla una escuela de la Psicología que se centra en la interacción entre el comportamiento y el ambiente, y cómo se puede aprender.

El conductismo, según su fundador², es una ciencia natural que se arroja todo el campo de las adaptaciones humanas.

Trata de una filosofía de la ciencia de la conducta, que define varios aspectos esenciales de su objeto de estudio. Sin embargo, este objeto es entendido de diversos modos, según el enfoque conductista del cual sea parte³.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.

El consumo de alcohol y drogas es un problema social, desde muchos años atrás y que ataca a las personas sin mirar edad, sexo, raza, cultura o condición familiar y social por lo tanto causa mucho daño a quienes padecen de esta enfermedad que destruye progresivamente el sistema nervioso central causando mucho daño a la salud mental del individuo drogodependiente y a todos quienes le rodean.

Permanentemente las autoridades gubernamentales a nivel nacional, regional y local establecen en sus políticas, leyes, normas y principios para prevenir, diagnosticar, intervenir, recuperar y reinsertar a la vida familiar y social a las personas que están con esta problemática como es la drogodependencia, sin

² *John Watson*

³ *Para B. F. Skinner*

embargo aún existen altos índice de personas hombres y mujeres inmersos en el consumo de alcohol y drogas.

Resulta entonces muy necesario seguir buscando estrategias alternativas válidas y efectivas para erradicar la drogodependencia como un problema social que causa mucho daño, dolor e infelicidad a las familias de los drogodependientes.

De tal manera que la presente investigación plantea un modelo de intervención para recuperar a las personas que están envueltos en las garras de la drogadicción y mediante el estudio de su personalidad y brindando un tratamiento adecuado lograr cambiar su estilo de vida para bien individual, familiar y social.

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICAS

2.3.1.- Autoeficacia

Capacidad de un individuo para actuar en forma eficaz en la consecución de los resultados deseados, sobre todo como los percibe el individuo.

La autoeficacia es la impresión de que uno es capaz de desempeñarse de una cierta forma y de poder alcanzar ciertas metas. Es la creencia de que uno tiene las habilidades para ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones previstas.⁴

2.3.1.2.- La autoeficacia percibida

Percepción subjetiva que tiene un individuo de su capacidad para desempeñar en un determinado entorno y de su capacidad para lograr los resultados deseados, propuesta a menudo como un factor determinante primario de estados emocionales y motivacionales y de cambio conductual

⁴ APA, diccionario conciso de psicología 2010, Pg. 53

2.3.2.- Derivaciones de la Autoeficacia

2.3.2.1.- Autoestima

Grado de percepción de las cualidades y características contenidas en el propio auto concepto como positivas. Refleja la autoimagen física de la persona, la visión de su logro, capacidades y valores y el éxito que percibe al vivir de acuerdo con ellos, lo mismo que las formas en que los demás perciben y responden a esas personas. Cuanto más positiva sea la percepción acumulada de estas cualidades y características, más elevada será la propia autoestima.

Se considera que un grado elevado o razonable de autoestima es un ingrediente importante de la salud mental, mientras que una baja autoestima y sentimientos de falta de valor son síntomas depresivos comunes.

2.3.2.2.- Autoimagen

Visión o concepto de uno mismo. La autoimagen es un aspecto crucial de la personalidad que puede determinar el éxito de las relaciones y generar una sensación de bienestar general. Una autoimagen negativa suele ser la causa de disfunciones y comportamientos personalmente abusivos, contraproducentes o destructivos.

2.3.2.3.- Habilidades sociales

Conjunto de capacidades aprendidas que permiten que un individuo interactúe en forma competente y apropiada en un determinado contexto social. Las habilidades sociales que se identifican más comúnmente la asertividad, el afrontamiento, la comunicación y la formación de amistades, la resolución de problemas interpersonales y la capacidad para regular las cogniciones, los sentimientos y el comportamiento propio.

2.3.2.4.- Seguridad

Sensación de confianza y libertad de aprensión. Se considera que lo generan numerosos factores, incluida la calidez y la aceptación de los padres y los amigos. En el contexto psicoterapéutico (en donde se conoce más a menudo como confianza) la seguridad se percibe como una meta mediadora que alienta la exploración abierta de los problemas emocionales y conductuales y se considera es parte de una Relación entre Terapeuta y Paciente fuerte y saludable.

2.3.2.5.- Confianza

Credibilidad que se da a la valía, la verdad o el valor de alguien o algo. La mayoría de los investigadores de la psicología consideran que la confianza es un componente primario en las relaciones maduras con los demás, sean íntimos, sociales o terapéuticos.

2.3.3.- Drogodependencia

Según la OMS define a la drogodependencia como “Estado Psíquico y, a veces, físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuesta comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga”⁵.

2.3.3.1.- Droga

En castellano se entiende por droga toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central (SNC) que introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones de las funciones psíquicas básicas, de la

⁵ J. Vallejo Ruiloba, 2011 Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría, pg. 361

construcción y curso del pensamiento, de los procesos sensorio-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.

Esta acepción incluye, por tanto, no solo lo que habitualmente se conoce por “drogas” sino, también, determinados medicamentos capaces de producir estados de abuso o dependencia, sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas y sustancias de uso doméstico o laboral como los disolventes volátiles.

2.3.3.2.- Adicción

Término acuñado a inicios del siglo XIX, aunque no fue aceptado en el vocabulario médico y científico hasta principios del presente siglo. Sustituyó a otro término, embriaguez que se había venido usando para designar, de forma poco específica, los efectos conductuales que producía el uso continuado no solamente de alcohol, sino también de opio, morfina, cloroformo, éter y otros depresores del SNC.

A lo largo del siglo XX, el término “adicción”, al igual que el de “toxicomanía”, fue incorporado a su significado científico una serie de connotaciones morales y legales que hicieron aconsejable reemplazarlo por el de “dependencia”.

2.3.3.3.- Abuso de sustancia psicoactiva

El DSM-IV mantiene el concepto de abuso de sustancias psicoactivas como una categoría diagnóstica residual que se aplicara a aquellos modelos desadaptativos del uso de estas sustancias que no lleguen a cumplir los criterios de dependencia. Para el diagnóstico se refiere que el consumo de la sustancia haya sido efectuado repetidamente durante un periodo de 12 meses.

Un modelo desadaptativo de uso de sustancias psicoactivas vendría definido por el consumo continuado de alguna de ellas, a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que pueden ser

consideradas como dañinas, o bien cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes.

2.3.2.-Efectos.

2.3.2.1.- Tolerancia

Proceso farmacocinético y farmacodinámico que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo. Actualmente se considera que el proceso de disminución del efecto previsto, que aparece al consumir una misma cantidad de sustancia psicoactiva de forma repetida, está así mismo determinado por fenómenos de condicionamiento ambiental.

Un cambio en las condiciones en que un drogodependiente se administra la sustancia, asociado a una situación a una situación ansiógena, puede hacer disminuir o desaparecer el fenómeno de tolerancia, con lo cual la cantidad de droga que habitualmente el individuo consume pasa a ser excesivamente elevada. Ello puede producirse en fenómenos de intoxicación o, incluso, muerte por sobredosificación.

El término tolerancia cruzada, como la que se desarrolla entre el alcohol y los barbitúricos, describe la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra distinta.

2.3.2.2.- Síndrome de abstinencia

Se denomina síndrome de abstinencia al conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una droga de la que un sujeto es dependiente.

Se describen el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado.

El síndrome de abstinencia agudo es un conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente.

Cada grupo de sustancia psicoactivas produce un característico síndrome de la abstinencia agudo fácilmente diferenciales de los restantes grupos.

La intensidad y gravedad de este síndrome de abstinencia agudos producidos por el alcohol y los barbitúricos son extremadamente peligroso debido a las desregulaciones orgánicas que generan, el síndrome de abstinencia agudo incluido por los opiáceos, a pesar de ser muy espectacular, no acostumbran en poner en peligro la vida del paciente, distinguiéndose claramente un componente orgánico no controlable y un componente psicológico fácilmente modificable.

Algunos pacientes viven de forma muy angustiada la aparición de este cuadro clínico, llegando a desarrollar un miedo irracional que les puede inducir a realizar actos de tipo delictivos con el fin de conseguir la sustancia de la que son dependientes y evitarlo. El síndrome de abstinencia agudo dura, normalmente, de 4 a 12 días y da paso al síndrome de abstinencia tardío.

El síndrome de abstinencia tardío, o prolongado, puede desarrollarse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que permiten durante un largo periodo de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos las recaídas en los hábitos tóxicos. Este síndrome es poco reconocido y valorado a pesar de su gran relevancia clínica.

El síndrome de abstinencia controlado consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al

ser expuesto a los estímulos ambientales que fueron acondicionados a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente.

El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que puede propiciar un nuevo consumo de tóxicos como forma de evitar la situación displacentera en la que se encuentra.

2.3.2.3.- Síndrome Emotivacional

Descrito, en un principio, exclusivamente para el cannabis, actualmente se acepta que el alcohol y todas las sustancias ilegales que crean dependencia pueden generar, con su uso continuado, un cuadro caracterizado por astenia, apatía, falta de interés por prácticamente todo lo que no sea conseguir el tóxico, reducción generalizada de cualquier actividad y déficit en las funciones psíquicas básicas.

El síndrome amotivacional suele persistir durante largo tiempo después de que se ha dejado de consumir el tóxico y dificulta enormemente todo el proceso de deshabitación y reinserción social del paciente. En el caso concreto del cannabis, la frecuente aparición de este cuadro en individuos jóvenes justifica por sí solo el que esta sustancia deba ser considerada como una droga con un gran potencial destructivo para el individuo consumidor.

2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.

EL CONSEP (2012), en su ley de sustancias, estupefacientes y psicotrópicas contempla los objetivos de esta organización gubernamental para prevenir el consumo y tráfico de sustancias psicotrópicas, así se contemplan en los siguientes artículos:

Art. 1.- Objetivo.- esta ley tiene como objetivo combatir y erradicar la producción, oferta uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, para proteger a la comunidad de los peligros que dimanen de estas actividades.

Art. 2.- declaración de interés nacional.- declárese de interés nacional la consecución del objetivos determinado en la presente ley, las acciones que se realicen para su aplicación y, de manera especial, los planes, programas y actividades que adopten y ejecuten los organismos competentes.

Las instituciones, dependencias y servidores del sector público y las personas naturales o jurídicas del sector privado están obligadas a proporcionar información y a prestar la colaboración que determina esta ley o que establezcan las autoridades a la que compete su aplicación.

Art. 3.- ámbito de la ley.- la presente ley abarca todo lo relativo a:

1. El cultivo de plantas de la que se pueda extraer elementos utilizables para la producción de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y cualquier forma de cosecha, recolección y transporte, almacenamiento o uso de frutos o parte de esas plantas;
2. La producción, elaboración, extracción o preparación, bajo cualquier procedimiento o formas en cualquier fase o etapa, de materias primas, insumos componentes, preparados o derivados de las sustancias sujetas a fiscalización;
3. La tenencia, posesión, adquisición y uso de las sustancias sujetas a fiscalización de las materias primas, insumos, componentes, precursores u otros productos químicos específicos destinados a elaborarla o producirlas, de sus derivados o preparados y de la maquinaria, equipos o bienes utilizados para producirla o mantenerlas;
4. La oferta, venta, distribución, corretaje, suministro o entrega, bajo cualquier forma o concepto, de las sustancias sujetas a fiscalización;
5. La prescripción, dosificación o administración, de sustancias sujetas a fiscalización;

6. La preparación en cápsulas, pastillas o cualquier otra forma de las sustancias sujetas a fiscalización, su envase o embalaje;
7. El almacenamiento, la remisión o envío o el transporte de las sustancias sujetas a fiscalización, de sus derivados, preparados y de los insumos componentes, precursores u otros productos químicos específicos necesarios para producirlas y elaborarlas;
8. El comercio, tanto interno como externo, y, en general la transferencia y el tráfico de las sustancias sujetas a fiscalización y de los componentes, insumos o precursores u otros productos químicos específicos necesarios para producirlas o elaborarlas;

Art. 4.- prevención, control, fiscalización, represión y rehabilitación.- esta ley contempla los mecanismos de prevención del uso indebido y la comercialización de las sustancias sujeta a fiscalización, la investigación y represión de los delitos tipificados en esta ley y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Art. 5.- connotación especial de términos.- los términos utilizados por esta ley, sus anexos y normas secundarias, tendrán el alcance que les confieran.

- a) Los convenios internacionales sobre esta materia ratificados por el Ecuador
- b) Los organismo internacionales creados por los convenios internacionales sobre esta materia; y
- c) El Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP).

Y demás disposiciones que tratan de erradicar el consumo y tráfico de estas sustancias prohibidas que causan mucho daño a la salud mental del individuo consumidor, familias y sociedad.⁶

⁶ CONSEP. LEY, TRANSPARENCIA (2012)

2.5 HIPÓTESIS

La autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocará un cambio de estilo de vida de los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta?

2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1. Variable Independiente:

La autoeficacia como modelo de intervención psicológica.

2.6.2. Variable Dependiente

Cambio de estilo de vida de los internos de la comunidad terapéutica

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.- MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipos de investigación

Investigación explicativa.- Porque se determinó la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Investigación de Campo.- Porque se acudió al lugar para reconocer en los resultados de las escalas de autoeficacia los cambios de creencias que se generan en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

3.2.- Diseño de la investigación

El presente trabajo se consideró como una investigación coaxi-experimental, porque se manipulo las variables y grupos de control, el estudio se realizó tal como se dio en la realidad.

3.3.- Población y Muestra de la investigación

La conformo los 40 internos en su totalidad de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la Ciudad de Manta y se tomó como muestra a 4 casos que representan el 10% del universo total de la población.

3.4.- MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1.- Métodos (teóricos)

Método deductivo – inductivo.- Pues se realizó un estudio sobre el modelo de intervención Psicológica para mejorar la calidad de vida de los internos por drogodependencia en base a fundamentos teóricos.

Método analítico – sintético.- Porque se analizó las ventajas que brindaron los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la Ciudad de Manta, implementación un modelo de intervención psicológica, además se realizó una síntesis de todos los datos obtenidos para plantear una alternativa nueva de solución al problema en estudio.

Histórico- lógico.- Se estudió las características más relevantes de la autoeficacia como modelo explicativo de intervención terapéutica para un cambio de estilo de vida positivo y persistente en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

3.4.2.- Técnicas.

Entrevistas.- Se obtuvo información de las autoridades y especialistas en el tema- Test de autoeficacia: Para medir los logros de cambios en la interacción social y su conducta.

Fichas bibliográficas.- Se recabó información de fuentes secundarias como, libros, revistas, datos de prensa, documentos varios, que permitió la fundamentación teórica de la presente tesis de grado.

Fichas de observación.- Se identificó las características de los internos de la comunidad terapéutica.

Ficha de campo.- Se describió las características más relevantes de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la Ciudad de Manta.

Técnica de la entrevista psicológica.- Se utilizó guía de entrevistas, de observación, historias clínicas, fichas de observación, fichas bibliográficas.

3.4.3.- Instrumentos.-

MÉTODOS TEÓRICOS

MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Deductivo – inductivo	Consulta bibliográfica	Fichas
Analítico – sintético	Consulta de documentos	Fichas
Histórico- lógico	Bibliográfica	Documentos

MÉTODOS EMPÍRICOS

MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Observación	Entrevistas Técnicas de observación Test de autoeficacia	Guía de entrevistas Guía de Observación Historias clínicas Fichas de observación
No experimentación	Observación Cuestionarios	Matriz de registro

3.4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.5 Matriz de conceptualización y Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Subdimensiones (Indicadores)
<p>Variable Independiente.- La autoeficacia como modelo de intervención psicológica</p>	<p>Bandura (1977) define a la autoeficacia como " las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras" (p.2). Dicho de un modo más simple, la autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona de que tiene la capacidad para hacer las actividades que trata de hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiar ✓ Social ✓ Filosófica ✓ Psicológica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personas ✓ Técnicas ✓ Procesos ✓ Acciones ✓ Confianza ✓ Capacidad ✓ Actividades ✓ Autoestima
<p>Variable Dependiente.- Cambio de estilo de vida de los internos de la comunidad terapéutica</p>	<p>Consiste en mirar la vida con un sentido eminentemente positivo para lograr metas personales y familiar que permitan superar las dificultades del diario vivir, y ser mejores personas en el seno familiar y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Metas ✓ Familia ✓ Sociedad Autoestima ✓ Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso ✓ Vida ✓ Familia ✓ Sociedad ✓ Bienestar ✓ Actitud

3.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias:

La información se obtuvo en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” del Cantón Manta.

Fuentes secundarias:

Toda aquella información bibliográfica se obtuvo en documentos cuyo contenido tratan sobre el tema investigado (La autoeficacia y sus efectos como modelo de intervención en drogodependientes internos en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta. 2012), tales como: libros, revistas, folletos, investigaciones, informes, etc.

3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente manera:

- 1) Sistematización de los datos.
- 2) Tabulación Estadístico: Software, que fue realizado en Excel.
- 3) Elaboración de cuadros y gráficos estadísticos, utilizando también tablas.
- 4) Análisis de los resultados.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS

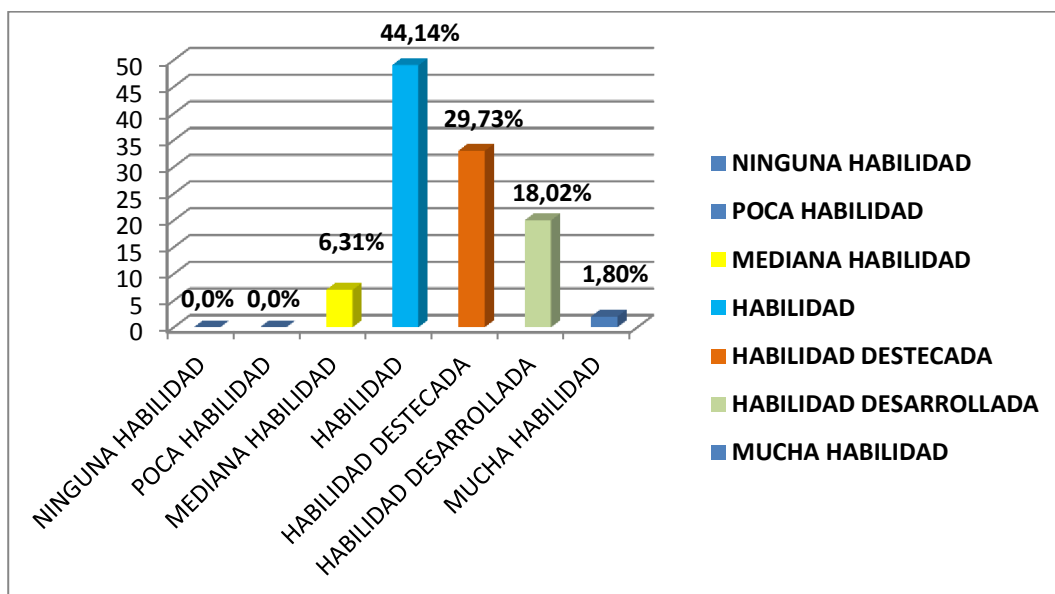
4.1.1. Ficha de observación, instrumentos psicológicos con criterio de validación.

4.1.2. Entrevistas realizadas a los Especialista y Autoridades en drogodependencia

4.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.2.1. ESCALA DE AUTO – EFICACIA EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN ADAPTADA A LOS INTERNOS POR ADICCIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “VOLVER A VIVIR.

#	ÍTEMS	FRECUENCIA	%
A	NINGUNA HABILIDAD	0	0
B	POCA HABILIDAD	0	0
C	MEDIANA HABILIDAD	7	6,31
D	HABILIDAD	49	44,14
E	HABILIDAD DESTACADA	33	29,73
F	HABILIDAD DESARROLLADA	20	18,02
G	MUCHA HABILIDAD	2	1,8
TOTAL		111	100



Fuente: Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir”

Elaboración: Cecilia Veliz Rodríguez

ANÁLISIS:

De los resultados obtenidos en la escala de autoeficacia en el proceso de toma de decisión adaptada a los internos por adicción en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” se presentaron de la siguiente manera: 44,14% habilidad; 29,73% habilidad destacada; 18,02% habilidad desarrollada; 6,31% mediana habilidad; 1,80% mucha habilidad; 00,00% ninguna habilidad, poca habilidad 0,00%

INTERPRETACIÓN:

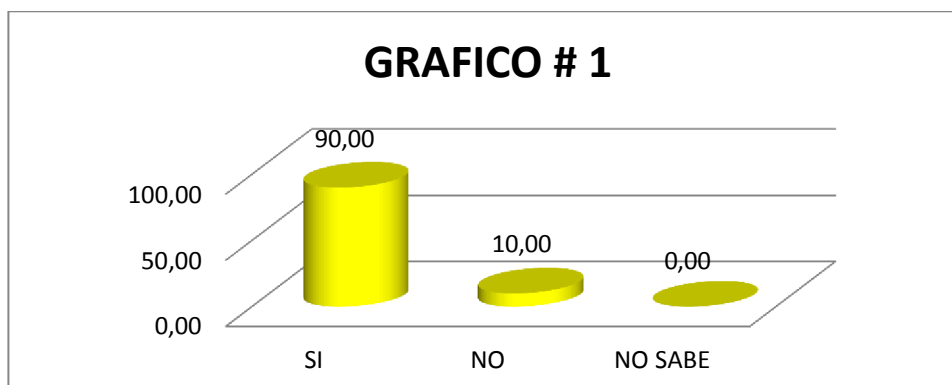
Los resultados generales de las puntuaciones del test aplicado para la medición de la autoeficacia indicaron los ítems que prevalecen habilidad como tal representado en un 44,4%; seguido de habilidad destacada con un 29,73%; y un 18,02% Habilidad desarrollada, datos que son los más representativos y que serán tomados en cuenta para una posible propuesta pero sin dejar notar que existe un 6,1% y 1,8% que están entre mediana habilidad y mucha habilidad.

4.2.2. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS EXPERTOS EN DROGODEPENDENCIA

1. USTED CREE QUE UN DROGODEPENDIENTE ES CAPAZ DE CAMBIAR SU ESTILO DE VIDA PROMOVRIENDO SU AUTOEFICACIA.

CUADRO # 1

Orden	ítems	F	%
1	SI	9	90,00
2	NO	1	10,00
3	NO SABE	0	0,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 1, de los encuestados contestaron que un drogodependiente es capaz de cambiar su estilo de vida promoviendo su autoeficacia, el 90% si; el 10% no y el 0% no sabe.

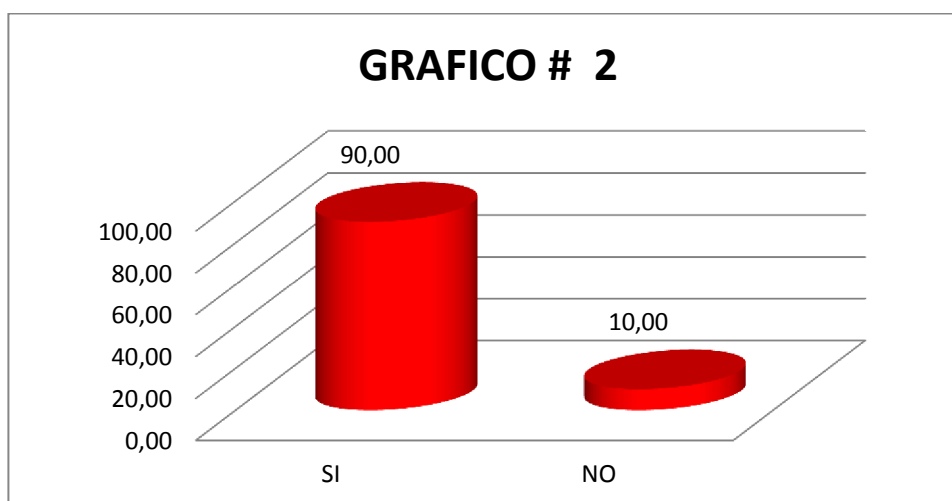
INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que el modelo de intervención psicológica de la autoeficacia, si promueve un cambio del estilo de vida de los internos, por lo tanto se demuestra su gran utilidad en los procesos de recuperación.

2. USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA ES UN MODELO DE INTERVENCIÓN VALIDA PARA EL DROGODEPENDIENTE

CUADRO # 2

Orden	Ítems	F	%
1	SI	9	90,00
2	NO	1	10,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 2, de los encuestados contestaron que la autoeficacia es un modelo de intervención válida para el drogodependiente, el 90% si y el 10% no.

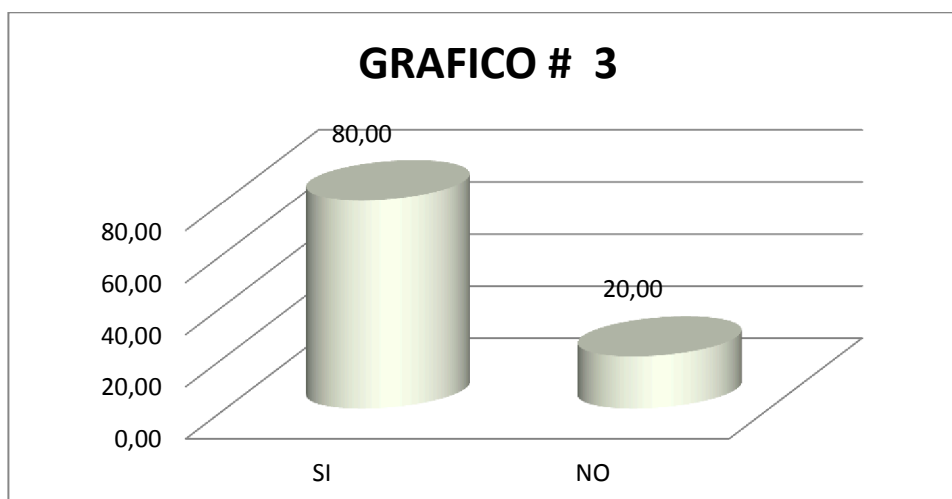
INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que la autoeficacia es un modelo de intervención válida para el drogodependiente, de tal manera que provocara un cambio de estilo de vida positivo y persistente en los internos de esta comunidad terapéutica.

3. USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA PROMUEVE METAS FAVORABLES PARA LA DROGODEPENDENCIA.

CUADRO # 3

Orden	ítems	F	%
1	SI	8	80,00
2	NO	2	20,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 3, de los encuestados contestaron que la autoeficacia promueve metas favorables para la drogodependencia, el 80% si y el 20% no.

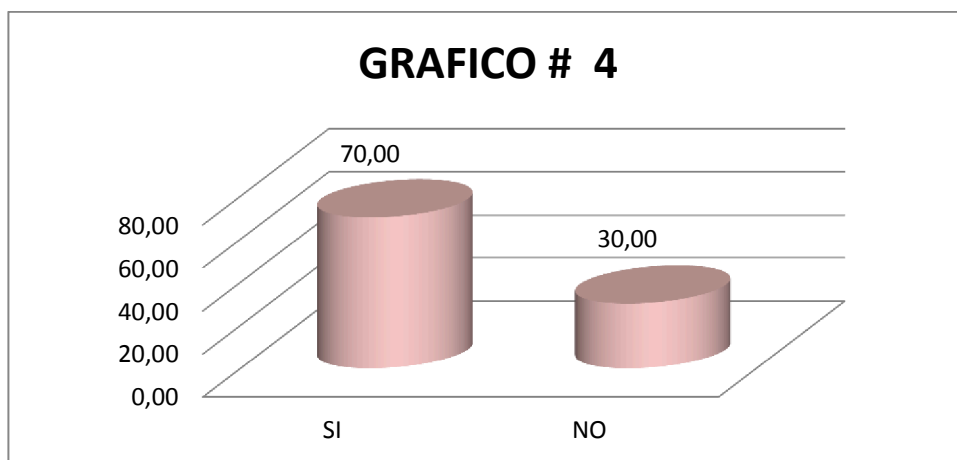
INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que la autoeficacia promueve metas favorables para los internos, provocando un cambio de estilo de vida a nivel personal y familiar.

4. USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA MEJORARA LA COMUNICACIÓN FAMILIAR Y LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE.

CUADRO # 4

Orden	Ítems	F	%
1	SI	7	70,00
2	NO	3	30,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 4, de los encuestados contestaron que la autoeficacia mejorara la comunicación familiar y la interacción social del drogodependiente, el 70% si y el 30% no.

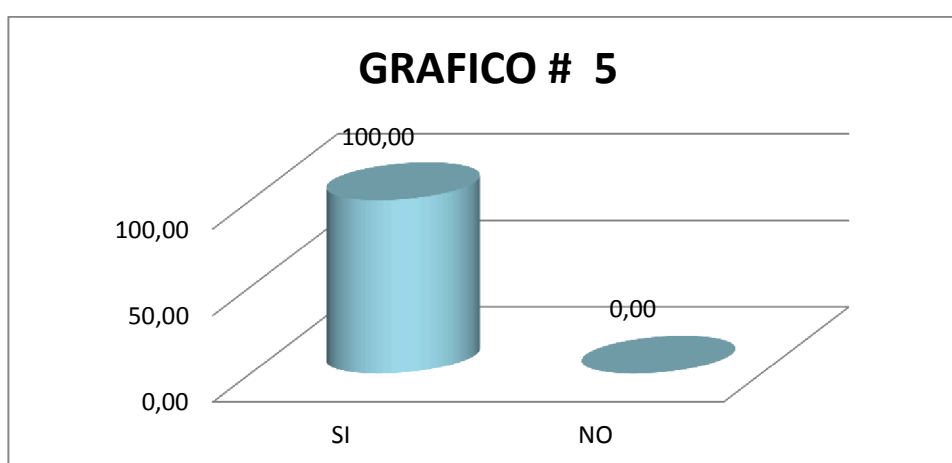
INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que la autoeficacia mejorara la comunicación familiar y la interacción social del drogodependiente, de tal manera que se debe buscar estrategia para lograr la implementación de este modelo de intervención psicológica que brindara bienestar personal, familiar, elevando la calidad de la salud mental de estas personas.

5.- ES LA AUTOEFICACIA UNA DE SUS MEJORES HERRAMIENTAS PARA PROMOVER EN EL DROGODEPENDIENTE HABILIDADES SOCIALES.

CUADRO # 5

Orden	Ítems	F	%
1	SI	10	100,00
2	NO	0	0,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 5, de los encuestados contestaron que es la autoeficacia una de sus mejores herramientas para promover en el drogodependiente habilidades sociales, el 100% si y el 0% no.

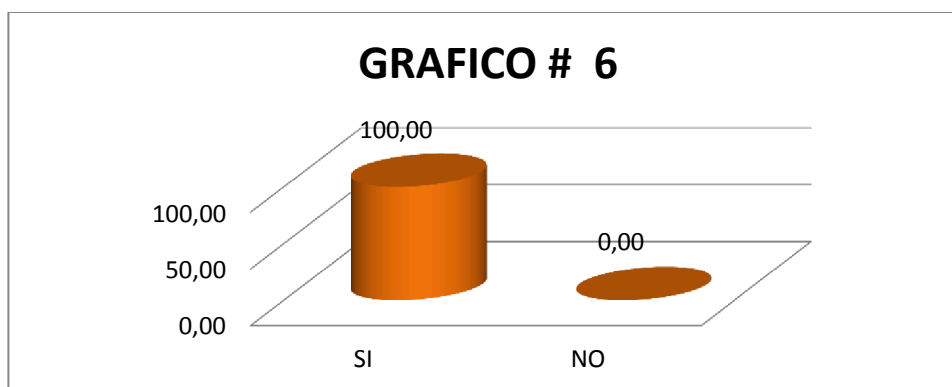
INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que es la autoeficacia una de sus mejores herramientas para promover en el drogodependiente habilidades sociales, por tanto contribuirá a la recuperación y reinserción de los internos a la vida familiar y social para contribuir al desarrollo de la sociedad, mediante su participación activa en ella.

6.- CONSIDERA USTED, QUE AUTOEFICACIA COMO MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PROVOCARA UN CAMBIO DE ESTILO DE VIDA DE LOS INTERNOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA "VOLVER A VIVIR" DE LA CIUDAD DE MANTA

CUADRO # 6

Orden	ítems	F	%
1	SI	10	100,00
2	NO	0	0,00
TOTAL		10	100,00



Fuente: Encuesta aplicada a los expertos en drogodependencia

Elaboración: Cecilia Veliz

ANÁLISIS:

En el cuadro # 6, de los encuestados contestaron que la autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocara un cambio de estilo de vida de los internos de la comunidad terapéutica "Volver a Vivir" de la ciudad de Manta, el 100% si y el 0% no.

INTERPRETACIÓN:

Según los resultados obtenidos un alto porcentaje de los expertos en drogodependencia respondieron que la autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocara un cambio de estilo de vida de los internos de la comunidad terapéutica "Volver a Vivir" de la ciudad de Manta, por lo tanto se debe buscar las estrategia necesaria para implementar este modelo en la comunidad terapéutica "Volver a Vivir".

CAPÍTULO V

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

5.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

La hipótesis que se planteó para la presente investigación fue: La autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocara un cambio de estilo de vida de los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Esta hipótesis es verdadera puesto que se evidencia en el gráfico N° 6 de la encuestas aplicadas a los expertos en drogodependencia al preguntarle, considera usted, que la autoeficacia como modelo de intervención psicológica provocará un cambio de estilo de vida de los internos de la Comunidad Terapéutica "Volver a Vivir" de la ciudad de Manta, por lo tanto se debe buscar las estrategias necesarias para la implementación de este modelo de intervención psicológica.

5.2 LOGROS DE OBJETIVOS

Después de haber tabulado y analizado los resultados de la información obtenido mediante el trabajo de campo se alcanzaron los objetivos propuestos en esta investigación.

El objetivo general se logró a través de las diferentes actividades desarrolladas con los objetivos específicos.

Objetivo específico # 1

Determinar la utilidad que tiene la autoeficacia para promover un cambio del estilo de vida de los internos por drogodependencia de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Se comprobó con la pregunta que dice. Usted cree que un drogodependiente es capaz de cambiar su estilo de vida promoviendo su autoeficacia.

Objetivo específico # 2

Reconocer en los resultados de las escalas de autoeficacia los cambios de creencias que se generan en los internos de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Se comprobó con la aplicación de la escala de auto – eficacia en el proceso de toma de decisión adaptada a los internos por adicción en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir.

Objetivo específico # 3

Proponer un modelo de autocontrol positivo y persistente que busque el bienestar biopsicosocial en los internos por drogodependencia que se encuentran en la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

Este objetivo se comprobó con la pregunta # 5, al preguntar: es la autoeficacia una de sus mejores herramientas para promover en el drogodependiente habilidades sociales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- 1) Los expertos en drogodependencia consideran que el modelo de intervención psicológica de la autoeficacia, promueve un cambio del estilo de vida de los internos, por lo tanto es de gran utilidad en los procesos de recuperación.

1. Los expertos en drogodependencia estiman que la autoeficacia es un modelo de intervención válida para el drogodependiente, de tal manera que provocará un cambio de estilo de vida positivo y persistente en los internos por drogodependencia.

2. Los expertos en drogodependencia valoran que la autoeficacia promueve metas favorables para los internos, provocando un cambio de estilo de vida a nivel personal y familiar.

3. Los expertos en drogodependencia consideran que la autoeficacia mejorara la comunicación familiar y la interacción social del drogodependiente, de tal manera que se debe buscar estrategia para lograr la implementación de este modelo de intervención psicológica.

4. Los expertos en drogodependencia revelan que es la autoeficacia una de sus mejores herramientas para promover en el drogodependiente habilidades sociales, por tanto contribuirá a la recuperación y reinserción de los internos a la vida familiar y social para contribuir al desarrollo de la sociedad, mediante su participación activa en ella.

6.2. RECOMENDACIONES

Se sugiere a las Autoridades de la Comunidad Terapéutica “Volver a Vivir” busquen las estrategias necesarias para la implementación del modelo intervención psicológica de la autoeficacia, que contribuirá a un cambio de estilo de vida de estos internos provocando el bienestar bio-psicosocial, de tal manera que logre el bienestar individual y familiar para elevar la calidad de vida y salud mental.

CAPÍTULO VII

PROPUESTA

7.1. DATOS INFORMATIVOS

PLAN TERAPÉUTICO APLICADO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “VOLVER A VIVIR” PARA LOGRAR EL BIENESTAR BIOSICOSOCIAL DE LOS INTERNOS POR DROGODEPENDENCIA.

7.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El Centro de Recuperación “Volver a Vivir” inicia sus actividades el 10 de enero 1998 , en la parroquia Tarqui calle 108 y av. 109 , otorgándole el permiso el CONSEP , funciona en un edificio de tres pisos que se lo acondiciona para dar cabida a 20 internos, durante ese tiempo estructura un cuerpo técnico encabezado por el Dr. Carrera, medico; el Dr. Oswaldo Zambrano Psicólogo Clínico, Trabajadora Social Lcda. Alexandra Benítez, Medico Psiquiatra Dr. Luis Mendoza López, los terapistas vivenciales, Javier Cedeño Tuarez, José Luis Delgado Castro, Cesar Diomenes Moreira, posteriormente a comienzos del año 2004, bajo un comodato con el CONSEP, nos trasladamos a la calle 200 y av. 119 Barrio La Paz, desde esa época hasta la actualidad el Centro viene siendo administrado por el Sr. Ramón Agustín Cedeño Duarte.

El campo de las adicciones y las drogas incluye un conjunto de aspectos, Bio – Psico – Sociales, que tiene que ser tomados en cuenta, sin dejar de reconocer que su uso y abuso legal o ilegalmente, tiene una alta prevalencia y una grave incidencia en problemas de salud de muchas personas e importante morbi – mortalidades en mucho de los consumidores por lo que se hace más urgente profundizar los procesos de prevención en todos los ámbitos desde el estado y en forma especial bajo el paraguas de los propios adictos en recuperación quienes

quieren contribuir a la rehabilitación de los adictos, desde los programas de alcohólicos anónimos AA y narcóticos anónimos, NA .

VISIÓN:

Constituirnos en el icono de la Recuperación de adictos en la Ciudad de Manta y en la Provincia de Manabí.

MISIÓN.

Promover la Recuperación de adictos, mediante una Intervención técnico científico que fortalezca su autoestima y la de su familia y que consecuentemente busque la reinserción social laboral, sosteniendo su tratamiento mediante un acompañamiento psicoterapéutico interno y ambulatorio donde se haga énfasis a la prevención en todas sus etapas.

7.3. OBJETIVOS

7.3.1. Objetivos Generales.

- Potenciar la capacidad de la familia para dar respuesta a los problemas relacionados con las drogas y el alcohol mediante la intervención de profesionales de la salud mental, el bienestar social, la educación y el judicial, además de fortalecer el desarrollo y liderazgo de la familia.
- Formular programas preventivos amplios sobre los efectos nocivos del alcohol y las drogas en el contexto social, teniendo en cuenta la presente Carta Europea sobre el Alcohol, ideario de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.
- Establecer indicadores de resultados, controlar los progresos, recaídas y asegurar una actualización periódica de los programas basada en la evaluación.

7.3.2. Objetivos Específicos.

- Informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol y drogas en la salud, la familia y la sociedad, y sobre qué medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando amplios programas psico educativos que comiencen desde la primera infancia.
- Promover programas de prevención públicos, privados y laborales protegidos de accidentes, violencias y otras consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol y drogas.
- Asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal adecuadamente formado, para las personas con consumo de alcohol y drogas peligrosas o dañinas y para los miembros de sus familias.
- Apoyar las organizaciones no gubernamentales y los movimientos de auto-ayuda que promuevan estilos de vida saludables y en concreto los destinados a prevenir o reducir los daños asociados al alcohol.

7.4. JUSTIFICACIÓN

PRINCIPIOS GENERALES

El fenómeno de la adicción es complejo involucra un trastorno de la conducta en el cual un agente externo se convierte en una parte fundamental de la vida de un individuo. De acuerdo con el DSM – IV, se habla de adicción cuando se presenta un deterioro clínicamente significativo como consecuencia del consumo de una sustancia.

Las estadísticas de los estudios realizados en jóvenes de colegios en el Ecuador, revelan que desde 1998 el consumo de drogas ilícitas en el país ha aumentado en un 8,7%.

En drogas como el cigarrillo, el estudio estimó que desde 1998 y 2005, es decir en siete años, un 16,4% de personas empezaron a fumar. En cuanto al alcohol, su consumo subió un 17,1%. En tanto, en drogas ilícitas las estadísticas también arrojaron un aumento. No obstante, en 2005 y hasta la fecha (2009) fueron aumentadas al estudio drogas como el crack, el opio, la morfina, drogas vegetales (ayahuasca, hongos, entre otros).

Consumo en cifras

Entre las drogas más ofrecidas en el país están el alcohol y el cigarrillo, con el 20,6%; marihuana, 18,7%; cocaína, con el 6,4%; y, éxtasis, 2,6%, según datos del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP).

Según este estudio del CONSEP, las drogas que se consumen a edad más temprana son los inhalantes, a los 14 años, aproximadamente; las consumidas a edades mayores son los tranquilizantes y estimulantes, su consumo puede empezar a alrededor de los 25 años.

La marihuana es la droga ilegal más requerida en el Ecuador y se la consume desde alrededor de los 18 años.

En cuanto al alcohol, el estudio reveló que el 12,7% de jóvenes de 14 años probaron o bebieron alguna vez alcohol y que el 60,7% probó una bebida alcohólica entre los 15 a 19 años.

No obstante y aunque también es una droga legal, las estadísticas en cuanto al cigarrillo arrojan datos diferentes, puesto que un 14,9% de los ecuatorianos han probado cigarrillo alguna vez en su vida, de esto la edad promedio en la que se consume son los 18 años de edad, según datos de estudios del CONSEP.

Drogas, un problema regional

Un estudio regional realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Onudd) en 2008, en seis países de Sudamérica, situó a la Argentina, Chile y Uruguay como los más grandes países consumidores de droga en la región.

En dicho análisis se estudió a la Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, lo cual determinó que en todos estos países la droga ilícita preferida es la marihuana.

"Alrededor de 2,1 millones de 13 millones de personas han consumido marihuana en la región", conforme el documento de la Onudd. Esta droga es la que más afecta a la Argentina, Chile y Uruguay, en donde el consumo se acerca al 7%, mientras que en Bolivia es del 4,3% y en el Perú y Ecuador el consumo regular es menor.

En cuanto al consumo de cocaína, la cifra promedio de los países es de 1,4%. Es así que 600 mil personas de la región confesaron haber consumido esta sustancia alguna vez. Además, en el estudio de este alcaloide se analizaron también sus derivados, como es la pasta base.

Dicho informe determinó que los hombres son más vulnerables a las drogas que las mujeres, puesto que según el estudio son mayores consumidores de pasta base, marihuana, alcohol, cigarrillo y cocaína en la región.

Frente a esta panorámica es un imperativo que despluguemos acciones desde todos los frentes y el compromiso institucional del centro de recuperación en adicciones "VOLVER A VIVIR" es combatir la adicción y recuperar, reinsertar social, familiar y laboralmente a sus usuarios.

7.5. FUNDAMENTACIÓN

DEFINICIÓN DEL SERVICIO

La intervención Psicoterapéutica, en “Volver a Vivir” se basa en modelo: Espiritual DAYTOP, que se sustenta en la autoayuda: personas que viven o que han vivido la misma experiencia son capaces de ayudarse en la solución del problema. Aquí aparte de los profesionales también los ex-adictos, juegan un papel importante en la rehabilitación de los demás y precisamente se selecciona los que van alcanzando niveles jerárquicos de autoridad en la medida que han ido superando su propia dependencia, por su esfuerzo y honestidad.

El Modelo Familiar se lo aborda desde La Terapia Sistémica Familiar Estructural de Minuchin, mediante la cual observamos la composición de las familias sus alianzas y triangulaciones. El uso del lenguaje espontaneo como técnica, la circularidad, el reparto del síntoma y la comunicación.

SERVICIO TÉCNICO:

MÉDICO PSIQUIATRA: Dr. Luis Argenis Mendoza Loor

PSICÓLOGO CLÍNICO: Dr.: Oswaldo Robert Zambrano Quinde

TRABAJADORA SOCIAL: Lcda. Alexandra Margarita Benítez Chávez

TERAPISTA VIVENCIAL: Cesar Diomedes Moreira Mendoza

SERVICIOS DE HABITACIÓN

Neveras, televisión, ventiladores, cable, internet

CAMAS INDIVIDUALES: 7 camas, 18 literas

RECREACIÓN: Terapias Recreativas, Fútbol

ESPACIOS:

Tres pisos: dos oficinas

PERFIL DE INGRESO

Sexo: MASCULINO

18 A 55 AÑOS.

Conductas Adictivas

7.6. METODOLOGÍA (PLAN DE ACCIÓN)

PLAN TERAPÉUTICO APLICADO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA VOLVER A VIVIR

Terapia Cognitivo Conductual para adicciones

OBJETIVO: La motivación, el desarrollo de habilidades para resistir el consumo de drogas.

Reemplazar las actividades relacionadas con el consumo de drogas con constructivas y gratificantes actividades que no estén relacionadas con el consumo
Reestructurar pensamientos nocivos, incorporar nuevas habilidades para la solución de problemas.

TIEMPO

12 sesiones

45 minutos semanales

SEMANA 1

- Entrevista de empatía y crear un clima de confianza
- Entrevista para conocer datos relevantes, datos personales, historia de vida, conocer circunstancia o personas que podrían ayudar o perjudicar durante la desintoxicación
- Conocer qué tipo de sustancia consume y que tiempo
- Empezar a descubrir habilidades de donde podemos partir para desarrollar o fomentar esas habilidades para el control y enfrentar esta rehabilitación
- Descubrir recursos personales como intereses de tipo cultural, social, deportivo, de tipo artesanal, entre otros.

- Hacer un registro de actividades que realiza en la semana
- Mencionar los puntos de tratamiento, las reglas y línea de trabajo
- Conocer los pros y los contras de dejar de consumir. ¿Qué condiciones o cosas te harían abandonar el tratamiento?
- Análisis de la conducta actual, centrándose en la adicción como la conducta problema. ¿que ganaba el paciente al consumir? ¿Para qué le sirve? ¿Bajo qué condiciones la usaba? ¿con que personas? ¿en qué momento?
(Confirmar información con familiar o personas significativas)
- Empezar tarea de auto-estima.

SEMANA 2

- Empezar a trabajar en auto registros, historia clínica y detectar disparadores
- Ejercicios de relajación (relajación progresiva de Jacobsoy)
- Ayudar a reconocerse como adicto, pedirle que indique cuales son las características de un adicto (en general). Una vez obtenida una amplia lista de características se le pide que indique una a una si él se ajusta a esas características. A continuación se le pregunta si considera que es un adicto.
- Empezar a modificar estilos de vida y adaptación al centro terapéutico.
- Preparación a ser receptivo y de seguir el programa
- Pautas de consumo
 - Sustancias consumidas
 - Dosis
 - Horas de consumo
 - Lugares de consumo
 - Personas
 - Sentimientos o pensamientos antes de consumir
 - Sentimientos o pensamientos después de consumir
- Recompensas
- Descubrir deseos cuando aparezcan

- Tarea de autoestima,
- Ventajas y desventajas de consumir.

SEMANA 3

- Hacerle frente a sus deseos por consumir
 - Distracción
 - Hablar acerca del deseo
 - Aceptar el deseo
 - Actividades incompatibles con conductas de consumo
- Depresión y ansiedad
 - Inventario de Ansiedad de Beck
 - Escala modificada de ansiedad de Hamilton para evaluación de la depresión
 - Entrevista diagnóstica según criterio DSM-IV para ambas patologías

En depresión lo habitual es encontrar niveles moderados de depresión, se trabajara con técnicas conductuales de incremento de actividades gratificantes e incremento del número de actividades como: cuidado y aseo personal, conversaciones con los compañeros.

- Entrevista con familiar para contrastar la información dada por el paciente
- Para la ansiedad se recomienda realizar ejercicios y para crisis de ansiedad se puede abordar técnicas afrontamiento
 - Ordenar cosas
 - Describir objetos del ambiente
 - Pensamientos positivos
- Trabajo en la autoestima

SEMANA 4

- Distorsiones cognitivas : sobre el mismo y el ambiente, sobre la problemática, lo social, el futuro, el presente
- Ejercicio:
Escribir

- Una persona estable es..... yo soy.....
 - Característica de una persona que nos agrada y una que nos desagrada (para proyección)
 - Escribir un ensayo sobre la recuperación. “superando la abstinencia ya estoy curado” “la droga mejora mi funcionamiento físico” “yo solo consumo cuando me encuentro mal, pero no soy adicto”.
- Pasos:
- Identificar pensamientos negativos (nucleares)
 - Evaluar el contenido de los pensamientos (razón, aprendizaje, emoción) y plantear esos pensamientos mediante el dialogo.
 - Aplicar diferencias en:
 - Pensamientos permisivos “por un consumo no va a pasar nada”
 - Pensamientos de control “puedo mantenerme sin consumir drogas”.
 - Después se dedica la sesión a encontrar pensamientos de control en los que pueda reflexionar cuando le aparezca el deseo de consumir (puedo vivir sin drogas, voy a mantener mi abstinencia durante 24 horas, puedo aprender a vivir sin drogas).
 - Se debe instigar al paciente para que proponga frases que puedan servir como pensamientos de control que contribuyan a disminuir el deseo ante una situación de riesgo de consumo. Se puede hacer tarjetas de recordatorios o algún tipo de alarma.
 - Explicar El hilo de Pensamiento – Sentimiento – Conducta (ABC)
 - Pensamientos automáticos
 - Tarea de autoestima y/o motivación.

SEMANA 5

- Revisar las estrategias que hasta ahora han dado mayor resultado, resaltar, modificar la de menor resultado.
 - Distorsiones cognitivas, continuar con el trabajo y trabajar con distorsiones cognitivas nuevas.
- Meta cognición, ajustar pensamientos (que tan probable, que tan cierto)

- Cambiar Debos por Quiero
- Hablar de las consecuencias negativas que tiene el consumir: empezando por las consecuencias negativas que él ha experimentado, después por las consecuencias negativas que él ha experimentado, después por las que ha observado en otras personas, luego por las que ha escuchado y al final se completa la información.
- Tarea de autoestima
- Formación y mayor fuerza a los pensamientos de control.

SEMANA 6

- Asertividad (evaluar la del paciente, la manera, que cambiar, en donde lo aprendió, por que)
- Descripción escenas problemas, hacer guiones para escenas, trabajar con cogniciones.
- Mejorar hábitos alimenticios
- Feedback sobre los cambios que se vallan produciendo en los hábitos de cuidado personal del sujeto
- Preparación del paciente para la confrontación
- Autoestima

SEMANA 7

- Prevención de caídas:
 - Recapitular logros obtenidos durante la terapia
 - Se habla sobre la recaída y como se afronta este suceso (excesiva confianza o miedo)
- Elaborar un listado con posibles situaciones de riesgo y se buscan alternativas
- Trabajar sobre los pensamientos que giran en torno al mismo, sus defectos o puntos débiles y por qué considera a estos así.
- Continuar con las cogniciones y autoestima

SEMANA 8

- Trabajar cogniciones sobre la familia
- Continuar con el trabajo de cogniciones y autoestima

SEMANA 9

- Nuevos objetivos personales
- Visión de la rehabilitación
- Exposición a eventos activadores del pensamiento de consumir y trabajar en puntos débiles
- Continuar el trabajo de cogniciones y autoestima
- Feedback con la familia y el Grupo Terapéutico

SEMANA 10

- Charlas de “cómo manejar mis emociones”
- Continuar con el trabajo de cogniciones y autoestima
- Empezar a darle responsabilidades
- Trabajar con fantasías
- Trabajar con madurez

SEMANA 11

- La importancia de ser yo mismo: vivir con propósito e integridad personal
- Entrenamiento en resolución de problemas : hay un problema, Identificar y especificar el problema, considerar las distintas
- Estrategias de solución, seleccionar la estrategia más factible y evaluar los resultados de haber usado dicha estrategia.
- Entrenamiento para la resolución de conflictos
 - Que es un conflicto
 - Como se producen
 - Estrategias para su solución (cooperación, contacto, conciliación y comunicación)
- Estrategias para mantener una buena comunicación

SEMANA 12

- Evaluar con el paciente la rehabilitación
- Trabajar sobre el contacto humano
- Preparar un plan por escrito para afrontar ocasiones futuras de posible recaída y comunicarlo a los familiares.
- Reforzar estos puntos:
 - Reflexionar sobre la situación actual
 - Escoge las estrategias que más te sean útiles
 - Empieza de nuevo el auto registro
 - Que no te quede mucho tiempo libre
 - Identifica los momentos difíciles y practica actividades incompatibles a dicho momento
 - Trata de identificar qué tipo de distorsión cognitiva te está empezando a dominar y trabaja sobre ella
 - Confíate a alguien
 - Tener una serie de números telefónicos de gente que podría ser confiable en cualquier momento
 - Ponte metas realistas y felicítate por alcanzarlas
 - Recordar las consecuencias negativas de consumir
 - Ir solo a lugares seguros

LIBROS RECOMENDADOS:

- Somos Diosas
- Ética para Amador
- Inteligencia emocional Daniel Goleman
- El Alquimista
- Los 4 Acuerdos

Ejercicios de Gestalt

Cambios de actividades (regresar a los hobbies perdidos).

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

8.1. BIBLIOGRAFÍA

- CARRIÓN José (2008). Psicología Clínica y Psiquiátrica. Cinteco.
- Consejo Nacional contra las adicciones. Conadic secretaria de salud - Ecuador (2012)
- http://www.es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador (2012)
- <http://www.cmcajmingoarranzjprieto.jimdo.com/definición> (2012)
- http://www.es.wikipedia.org/wiki/Grado_académico (2012)
- <http://www.psicoadictiva.com/atlas/sistem.htm>
- <http://www.psicoadictiva.com/atlas/sistem.htm>
- http://www.omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/htm/sec_7.htm
- http://www.psicologiaonline.com/esmubeda/libros/profsanitarios/profesionales3c.htm#modelos_conductistas
- <http://www.psicologiaonline.com/esmubeda/libros/profSanitarios/profesionales3c.htm>
- http://www.profsanitarios/profesionales3c.htm#modelos_sistematico
- <http://www.psicologiaonline.com/esmuhbeda/libros/profsanitarios/profesionales3c.htm>
- Políticas de desarrollo de salud mental en América Latina (2000). Disponible en internet: <http://salud publica.com/index.htm>.

8.2. ANEXOS

ANEXO # 1 Control de Tutorías

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FTS-EPS-003-2013

Control de tutoría de Dirección de Tesis

Título del Trabajo: LA AUTOEFICACIA Y SUS EFECTOS COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDIENTES INTERNOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA VOLVER A VIVIR DE LA CIUDAD DE MANTA 2012

Estudiante No 1: Véliz Rodríguez Cecilia Robertina

Sesión de tutoría No.				1	
Fecha:	30/Oct./2012	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h20
Trabajo Realizado: Proyecto de Tesis					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				2	
Fecha:	15/Nov/2012	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	21h00
Trabajo Realizado: Introducción					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				3	
Fecha:	29/Nov/2012	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	21h00
Trabajo Realizado: Capítulo I Marco Teórico					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					4
Fecha:	05/Dcbre/2012	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo I Formulación del problema					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					5
Fecha:	13/Dcbre/2012	Hora Inicio:	18h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo I Objetivos Generales y Específicos					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					6
Fecha:	27/Dcbre/2012	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo I Justificación					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					6
Fecha:	10/Enro/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo II Marco Teórico					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					8
Fecha:	17/Enero/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	21h00
Trabajo Realizado: Capítulo II Fundamentación Teórica					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				9	
Fecha:	30/Enero/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo II Hipótesis					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				10	
Fecha:	8/Fbro/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo III Metodología y diseño de la investigación, tipos de investigación					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				10	
Fecha:	14/Fbro/2013	Hora Inicio:	15h00	Hora Final:	21h00
Trabajo Realizado: Operacionalización de Las Variables					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				10	
Fecha:	21/Fbro/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo IV Análisis e Interpretación de Resultados					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	28/Fbro/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Comprobación de Hipótesis Logros y Objetivos					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	7/Mzo/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capítulo VI Conclusiones y recomendaciones					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	14/Mzo/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capitulo VII Propuesta					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	21/Mzo/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	21h00
Trabajo Realizado: Marco Técnico Administrativo					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

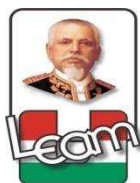
Sesión de tutoría No.					10
Fecha:	28/Mzo/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Presupuesto					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				10	
Fecha:	04/Abrl/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Capitulo VIII					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Sesión de tutoría No.				10	
Fecha:	11/Abrl/2013	Hora Inicio:	16h00	Hora Final:	20h00
Trabajo Realizado: Presupuesto: Anexos					
Firma Estudiante No. 1		Firma Estudiante No. 2		Firma Director(a)	

Fecha de Entrega Informe: _____

ANEXO # 2 Encuesta a los Profesionales



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



ENCUESTA DIRIGIDA A LOS EXPERTOS EN DROGODEPENDENCIA

EL PROPÓSITO DE ESTA ENCUESTA ES PARA RECABAR LA INFORMACIÓN Y PARA DETERMINAR LA UTILIDAD QUE TIENE LA AUTOEFICACIA COMO PROMOTORA DE UN CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA DE LOS INTERNOS POR DROGODEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “VOLVER A VIVIR” DE LA CIUDAD DE MANTA

5. ¿USTED CREE QUE UN DROGODEPENDIENTE ES CAPAZ DE CAMBIAR SU ESTILO DE VIDA PROMOVRIENDO SU AUTOEFICACIA?

SI

NO

NO SE

6. ¿USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA ES UN MODELO DE INTERVENCIÓN VALIDA PARA EL DROGODEPENDIENTE?

SI

NO

7. ¿USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA PROMUEVE METAS FAVORABLES PARA LA DROGODEPENDENCIA?

SI

NO

4. ¿USTED CREE QUE LA AUTOEFICACIA MEJORARA LA COMUNICACIÓN FAMILIAR Y LA INTERACCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE?

SI

NO

5.- ¿ES LA AUTOEFICACIA UNA DE SUS MEJORES HERRAMIENTAS PARA PROMOVER EN EL DROGODEPENDIENTE HABILIDADES SOCIALES?

SI

NO

6.- ¿CONSIDERA USTED, QUE AUTOEFICACIA COMO MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PROVOCARA UN CAMBIO DE ESTILO DE VIDA DE LOS INTERNOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA "VOLVER A VIVIR" DE LA CIUDAD DE MANTA?

SI

NO

GRACIAS

ANEXO # 3 Escala de Auto-Eficacia Aplicada a los Internos



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



ESCALA DE AUTO-EFICACIA EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN ADAPTADA A LOS INTERNOS POR ADICCIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN “VOLVER A VIVIR”

Al realizar este cuestionario, vas a tener la oportunidad de reflexionar sobre tus capacidades para enfrentarte a diferentes tareas relacionadas con la elección de tu futuro de vida.

A continuación se describen situaciones en las que se tienen que poner en práctica diferentes estrategias y destrezas personales.

Con calma y sinceridad, situándote en cada una de esas situaciones deberás **emitir un juicio sobre tus habilidades o conocimientos para desarrollar dichas actividades en el presente.**

Se te pregunta **CUÁNTA HABILIDAD CREES QUE TIENES PARA...** resolver esas tareas correctamente.

Evalúa esta percepción que tú tienes sobre ti mismo de acuerdo con las siguientes categorías:

A	B	C	D	E	F	G
NINGUNA HABILIDAD AD (no creo que podría realizarlo, no sabría cómo hacerlo...)	POCA HABILIDAD AD	MEDIANA HABILIDAD AD	HABILIDAD AD	HABILIDAD AD DESTACADA	HABILIDAD DESARROLLADA	MUCHA HABILIDAD AD (estoy seguro de que podría realizarlo, sabría cómo hacerlo...)
1	2	3	4	5	6	7

¿Cuánta capacidad crees que tienes para...?	PUNTAJE	DIMENSIÓN
1.- Hacer un listado de actividades en las que estés interesado/a. al salir de tu internamiento		AUTOCONOCIMIENTO
2. Describir los aspectos claves que para ti tienen más importancia en una actividad.		
3. Reconocer qué habilidades son más convenientes para alcanzar tus objetivos personales, en el proceso de rehabilitación.		
4. Elegir unos estudios o actividades que concuerden con tus capacidades e intereses.		
5. Identificar qué tipo de trabajos te interesan, en los que se manejan números, las relaciones personales, etc.		
TOTAL		SELECCIÓN METAS
6.- Elegir una única opción laboral o profesional de una lista de alternativas que estés considerando.		
7. Enumerar tus metas de vida justificándolas con el ajuste entre las mismas y tus características personales.		
8. Elegir una profesión u actividad que conecte con el nuevo estilo de vida que quieres llevar		
9. Tomar decisiones con seguridad en relación con tus metas personales.		
10. Elegir una actividad que conecte con tus metas laborales.		
TOTAL		

11. Hacer una planificación de tus metas laborales para los próximos cinco años.		PLANIFICACIÓN
12. Escribir los pasos que tienes que dar para estudiar lo que quieres y trabajar en lo que deseas.		
13. Planificar tu futuro profesional.		
14. Secuenciar tareas que debes realizar para acceder a los estudios que desees y/o solicitar trabajo.		
15. Realizar un itinerario académico y profesional que te guíe hasta la consecución de tus objetivos profesionales.		
16. Planificar la recogida de información sobre empresas o instituciones que podrían ser importantes para encontrar trabajo.		
TOTAL		
17. Luchar por lograr tus metas profesionales a pesar de los problemas.		RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXTERNOS/ FAMILIARES
18. Ante una dificultad, analizar objetivamente los pros y contras de esa situación y generar alternativas.		
19. Especificar que posibles sacrificios y ventajas personales puede conllevar tu elección de cambio de vida.		
20. Generar estrategias para enfrentarte a un posible fracaso en tus propuestas de cambio.		
21. Escoger unos estudios y/o una profesión o actividad que tú quieres.		
22. Defender ante tu familia y amigos tu decisión aun cuando ellos opinan que debes hacer otra cosa para los que tú no te sientes capaz.		
TOTAL		

23. Encontrar información sobre las instituciones o fundaciones que tienen programas de rehabilitación de adictos.		BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN
24. Encontrar información sobre los lugares que ofrecen la reinserción laboral de personas que padecen de adicciones.		
25. Aprender, comprender y memorizar las tradiciones y el solo por hoy.		
26. Conseguir información sobre las oportunidades de trabajo que		
27. Buscar información sobre las tendencias de recaídas y que hacer para superarlas.		
28. Encontrar el mayor número de información sobre las actividades preventivas que te interesan, para no caer nuevamente en drogas.		
29. Buscar información sobre prevenciones y actividades, a través de personas que estén dentro de ese mundo.		
30. Encontrar información sobre los centros que imparten los estudios en los que estás interesado/a.		
TOTAL		

TOTALES

SUB ESCALA I	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS INTERNOS = RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EXTERNOS =
SUB ESCALA II	PLANIFICACIÓN =
SUB ESCALA III	INFORMACIÓN =
SUB ESCALA IV	SELECCIÓN DE METAS =
SUB ESCALA V	AUTOCONOCIMIENTO =

INTERPRETACIÓN

- Subescala I– Resolución de Problemas: resolver conflictos entre los factores que normalmente rodean la toma de decisión profesional.
- Subescala II– Planificación: realizar secuencia de tareas necesarias para elegir un plan terapéutico.

Carrera

- Subescala III– Información Ocupacional: buscar información sobre deberes y obligaciones del trabajo, sus tareas, tendencias del mercado laboral y futuras oportunidades profesionales, en definitiva se hace referencia todos aquellos aspectos que se relacionan con el tipo, cantidad y calidad de información que el sujeto posee sobre el mundo laboral y sus profesiones preferidas.

- Subescala IV– Autoevaluación/Autoconocimiento: realizar juicios sobre uno mismo, sus interés, capacidades y valores.

- Subescala V– Selección de metas: afrontar que le exigen compromiso y selección de metas.

ANEXO # 4 FOTOGRAFÍAS

