



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EFFECTO DE LA TÉCNICA FLECHA DESCENDENTE COGNITIVA-
CONDUCTUAL SOBRE EL AUTOCONCEPTO EN PACIENTES ADULTOS
DROGODEPENDIENTES.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicólogo mención clínico

Profesor Guía

MSc. Javier Ricardo Toro Merizalde

Autor

Xavier Ricardo Guevara López

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido el trabajo, Efecto de la técnica flecha descendente cognitiva-conductual sobre el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes, a través de reuniones periódicas con el estudiante Xavier Ricardo Guevara López, en el décimo semestre, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Javier Ricardo Toro Merizalde

Magister en educación

171263559-6

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaramos haber revisado este trabajo, Efecto de la técnica flecha descendente cognitiva-conductual sobre el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes., del estudiante, Xavier Ricardo Guevara López, en el décimo semestre, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación

Jaime Alberto Téran Ochoa
Magister en gerencia de salud
para el desarrollo local
CI: 170799356-2

Mauricio Xavier Chipantiza Sáenz
Magister en artes mención psicología
clínica
CI:171086741-5

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE.

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Xavier Ricardo Guevara López

CI: 171812271-4

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme continuar en esta batalla denominada vida, a mi familia por su apoyo incondicional en todas mis locuras, y a mi novia quien ha sido un soporte en mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mi madre, mi abuela, mi tío y mi mejor amigo quienes me han apoyado en todas mis aventuras, a su vez a todos quienes han formado parte de esta ardua preparación académica.

RESUMEN

La técnica flecha descendente Cognitiva conductual, sirve para indagar sobre las creencias centrales, y así llegar a la identificación de la creencia básica, la misma que se indagará en función a que el paciente obtenga un cambio positivo, en referencia a la experiencia que vivió, lo cual le permite generar una lectura diferente, no solo sobre su pasado, sino en función al presente y al futuro, en nuestro contexto existe poca investigación relacionada a este tema, para ello se ha planteado una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi experimental. La muestra será tomada principalmente de un centro privado de la ciudad de Quito para ello se toma en cuenta a pacientes poli consumidores de sustancias psicoactivas masculinos entre 18-30 años de edad.

Palabras clave: *TCC, flecha descendente, autoconcepto*

ABSTRACT

The descending arrow technique Cognitive behavioral, serves to inquire about the core beliefs, and try to arrive at the identification of the basic belief, the same one that will be investigated in function to the patient to obtain a positive change, in reference to the experience that he lived, which allows you to generate a different reading, not only about your past, but depending on the present and the future, in our context there is little research related to this topic, for this purpose a quantitative approach research has been proposed, with an experimental design . The sample will be taken mainly from a private center in the city of Quito. For this purpose, we take into account patients who are poly consumers of male psychoactive substances between 18-30 years of age.

Keywords: *CBT, descending arrow, self-concept*

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Pregunta de investigación.....	5
4. Objetivos.....	5
4.1 Objetivo general.....	5
4.2 Objetivos específicos.....	5
5. Marco teórico.....	6
5.1 Terapia de conducta.....	6
5.2 Terapia cognitivo- conductual.....	6
5.3 Técnicas Terapia Cognitiva Conductual.....	7
5.4 Creencias Centrales.....	7
5.5 Creencias intermedias.....	8
5.6 Autoconcepto.....	10
5.7 Disímiles entre autoconcepto y autoestima.....	11
5.8 Eficacia.....	12
5.9 Investigaciones.....	13
6. Hipótesis nula.....	14
6.1 Hipótesis.....	14
6.2 Hipotesis experimental.....	14
7. Metodología del estudio.....	15
7.1 Tipo de alcance, diseño y enfoque.....	15
7.2 Muestreo.....	15
7.3 Recolección de datos.....	17
7.4 Pre validación del instrumento.....	18
7.5 Procedimiento.....	19
7.6 Tipo de análisis.....	20

8. Viabilidad	21
9. Aspectos éticos	21
9.1 Consentimientos o asentimientos informados.....	21
9.2 Tratamiento de la información.....	22
9.3 Auto reflexividad.....	22
10. Estrategias de intervención	22
11. Cronograma	25
REFERENCIAS	28
ANEXOS	31

Título: Efecto de la técnica flecha descendente cognitivo-conductual para el mejoramiento del autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes en Quito.

1. Introducción

Para iniciar el abordaje de este tema es necesario plantear las bases epistemológicas en las cuales se basará esta investigación, una de ellas es la terapia de conducta planteada por Skinner, la misma que a lo largo del tiempo fue capaz de modificarse a través de sus principios de aprendizaje, centrándose en la conducta observable, en donde termina siendo un proceso empírico (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.32).

A su vez es necesario indagar en la terapia cognitiva conductual la misma que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente, esta terapia fue ampliando su sustentación teórica partiendo más allá de las teorías del condicionamiento, adicionando modelos que vienen de otras teorías de la psicología como con la psicología evolutiva y la cognitiva. (Ruiz, Díaz, y Villalobos,2012, p.31)

Fitts (como se citó en Rodríguez, 2004, pp.94-95) es uno de los primeros autores que plantean el autoconcepto como constructo multidimensional, para llegar a este concepto se basó en una serie de estudios en los cuales afirma que en la percepción del hombre sobre sí mismo, el sujeto asigna significaciones y valores sobre sí mismo y sobre los demás, plantea en su conceptualización dos aspectos del sí mismo.

Una vez planteada la terapia y sus modificaciones es necesario hablar de las técnicas de terapia cognitiva conductual, las mismas que no obedecen a un modelo terapéutico, a su vez en nuestra actualidad existen cuatro rasgos que son relevantes dentro de la TCC, el primero es un espacio de intervención en la salud, el segundo rasgo es que tiene sus propias técnicas y programas

específicos para cada trastorno, además de contar con un tiempo estimado para su intervención, otro rasgo es que posee una naturaleza de tipo educativa para sus pacientes y como último rasgo es que posee un carácter de tipo auto evaluativo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, pp.32-33).

La técnica flecha descendente, se utilizará para la identificación de una creencia básica, que está por debajo de un pensamiento, esta técnica indaga sobre el significado que le otorga el paciente a un tema en concreto (Bados y García, 2010, pp.10-11).

Beck, Wright, Newman y Liese (1999, pp.195-196) afirman que es muy común que los consumidores tengan pensamientos catastróficos, los cuales no solo giran en torno al abuso de sustancias, sino sobre ellos mismos y sobre su propio futuro, es por esto que se utiliza dicha técnica la misma que permitirá indagar en la estructuración de creencias profundas las mismas que los pacientes plantean ser de gran dificultad.

Es por lo que se menciona con anterioridad que la presente investigación busca el efecto de la técnica flecha descendente cognitiva conductual y si existe o no un efecto utilizando esta técnica sobre el autoconcepto de pacientes adultos drogodependientes. El objetivo de este trabajo es el de identificar la eficacia de la técnica flecha descendente cognitivo-conductual para el mejoramiento del autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes de Quito. Lo cual permitirá conocer si existe o no un efecto sobre el autoconcepto en nuestro contexto ecuatoriano.

En cuanto al diseño, se utilizará un diseño de tipo cuasi experimental ya que se pretende abordarlo con un grupo experimental con control de variables del tipo de diseño intrasujeto, para esto se verificará el efecto de la técnica mencionada con anterioridad, para la medición se utilizará un pre y pos test (Rodríguez, 2004, p.62).

2. Justificación

Dentro de la terapia cognitiva-conductual (TCC) existe una variedad de técnicas aplicables, las mismas que se enfocan en la comprensión y modificación de trastornos psicológicos que perturban la vida de los individuos, demandando así un apoyo especializado en lo que atañe a la salud mental. El presente trabajo busca la identificación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el mejoramiento del autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de Quito, por lo cual se describirá los efectos de la terapia cognitiva-conductual la misma que permitirá al individuo tomar parte de la responsabilidad de los procesos que le atañen, permitiendo así tener el control sobre sus actitudes hacia una problemática específica (Rodríguez, 2004, pp.112-113).

Lo anteriormente mencionado se puede observar en trabajos de investigación cuantitativa, realizados en Perú, en los cuales se parte de la variable de autoconcepto global planteada desde un antes y después de la aplicación del programa terapéutico, dando como resultado diferencias a un nivel significativo en lo que corresponde a un cambio de percepción del sí mismo del individuo (Rodríguez, 2004, p. 113).

A su vez, se pone en evidencia lo planteado por Bandura (1996 citado en Rodríguez, 2004, pp. 113-114) mencionando que las incorporaciones de habilidades de conducción de situaciones de riesgo facilitarán una mejoría en la autoeficacia llegando así a obtener una fuerte influencia positiva en cuanto a un proceso de recuperación.

La importancia de la presente investigación se encuentra en la aplicación de estrategias de (TCC), las mismas que irán en función a que el paciente obtenga un cambio positivo, en relación a la experiencia que vivió, permitiéndole esto generar una lectura diferente no solo sobre su pasado, sino en función al presente y al futuro, ya que al ir incorporando una nueva creencia sobre el desplazamiento de las drogas de manera permanente, dicha nueva creencia

viene planteada en base a la incorporación de una sucesión de repertorios conductuales, los mismos que facilitarán el alcance de objetivos en una serie de áreas de su desarrollo como individuo. Así mismo es importante resaltar la flexibilidad en esta investigación, ya que no es un modelo rígido y permite la modificación de las técnicas cognitivas conductuales en función a las necesidades únicas del paciente, resultando así ser un aporte para la psicología clínica en general (Rodríguez, 2004, pp.114-115).

Otra investigación realizada en España dio como resultado que después de un tratamiento en TCC, los pacientes disminuyeron sus niveles iniciales de psicopatología, a su vez disminuyeron su consumo de drogas, se concluyó que un modelo de intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual, podría ser de mucha utilidad en diferentes pacientes, presentando unos costes inferiores a los de otro tipo de intervenciones, a la par de tener una contrastada evidencia científica, gracias a esto le sitúan como la primera elección en un tratamiento de intervención en pacientes drogodependientes (Sánchez, Tomás, Del Olmo, Molina y Morales, 2002, pp.23-26).

No existen datos específicos sobre la ciudad de Quito, ni tampoco sobre la epistemología abordada para esta investigación dentro de este estudio, por lo cual se desconoce la aplicación de técnica flecha descendente cognitivo-conductual para pacientes drogodependientes dentro del área de Quito, generando así un desconocimiento en cuanto a su efectividad, dentro del contexto ecuatoriano acorde al IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en la población de 12 a 65 años en el Ecuador realizado por la Dirección Nacional del Observatorio de Drogas Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2014, pp.23-25) se indica que para esa fecha el 62,2% de la población afirma que definitivamente sí es necesaria la ayuda profesional para dejar el consumo de drogas, esto se evidenció principalmente en la región de la costa (63,6%), entre las mujeres(63,9%) y las personas de 46 a 65 años de edad (65,7%). A su vez se planteó que el (64,3%) de la población considera que el tratamiento que se dé a personas con consumos problemáticos

debería ser gratuito. Además, casi el total (97,5%) de la población indica que la familia debería integrarse como apoyo en el programa de tratamiento de los consumidores de drogas. Incluso, consideran oportuna la participación de la pareja (37,3%) y los amigos (24,2%), es por esto que se plantea el indagar sobre esta problemática, ya que en nuestro contexto son pocas las investigaciones que se han efectuado al respecto, sobre todo en relación al autoconcepto en pacientes drogodependientes, por lo cual podría plantearse como una referencia objetiva a ser desarrollada de manera más amplia en un estudio de postgrado ya que como se puede evidenciar dentro de este estudio, existe una creciente demanda asistencial del cuadro clínico en mención (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2014, pp.23-25).

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de la técnica flecha descendente cognitiva-conductual sobre el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de Quito?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general.

Identificar la relación del nivel de autoconcepto y la técnica flecha descendente cognitiva conductual en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de Quito

4.2 Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de Quito
- Evidenciar la relación entre la técnica flecha descendente en terapia cognitiva conductual y el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes en un hospital privado de Quito.

5. Marco teórico

5.1 Terapia de conducta

Los referentes epistemológicos para esta investigación son la terapia de la conducta, la misma que fundamenta su estudio en la conducta aprendida, uno de sus mayores exponentes es Skinner, el cual realiza sus investigaciones dentro del paradigma operante. A través del tiempo esta teoría se fue capaz de modificarse a través de los principios del aprendizaje (Ruiz y Díaz, 2012, p.32). De esta manera, se deja de lado la indagación sobre los posibles conflictos y estructuras subyacentes, logrando así centrarse en la conducta observable y el ambiente en donde se produjo. Para ello se implementó un análisis de evaluación conductual el mismo que plantea la medición de la conducta humana mediante contextos específicos en donde pueda observarse, logrando que esta teoría se fundamente como un proceso empírico y basado en la formulación experimental propia de la investigación científica (Ruiz y Díaz, 2012, p.32).

5.2 Terapia cognitivo- conductual

De igual forma la terapia cognitiva conductual pretende mantener la formulación experimental que se dio en la terapia conductual, pero añadiendo ciertos matices en relación a la validación científica. Plaud (2001 citado en Ruiz y Días, 2012, p.31) propone que la terapia cognitivo conductual se puede definir como la aplicación clínica de la psicología, la misma que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente; desde su inicio la terapia de conducta se iba incorporando relativamente hacia los principios y teorías del aprendizaje, en este proceso se llevó a cabo una extensa y engorrosa evolución de esta disciplina, la misma que fue ampliando su sustentación teórica partiendo más allá de las teorías del condicionamiento, para adherir en sus principios de descripción del comportamiento humano, a factores y modelos procedentes de otros teorías de la psicología tales como la psicología evolutiva y la cognitiva.

5.3 Técnicas Terapia Cognitiva Conductual

Ruiz y Díaz (2012, pp.32-33) plantean que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se debería considerar como un compuesto de técnicas eficaces, las mismas que no obedecen a un modelo terapéutico, basándonos en una perspectiva fenomenológica se puede recalcar cuatro rasgos relevantes de la TCC en nuestros días: el primero es un espacio de intervención en salud, en el que se trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, en base a un aprendizaje adaptativo.

Es importante recalcar que los individuos no están al tanto del aprendizaje adaptativo de sus hábitos por lo que manifiestan que no existe un control sobre los mismos. La TCC plantea que el individuo está inmerso en la responsabilidad de los procesos que le afectan, por lo cual puede tener el control sobre los mismos. Otra característica es que cuenta con sus propias técnicas y programas específicos para la variedad de problemas y trastornos, las mismas que cuentan con un tiempo estimado en relación a otras psicoterapias que son de largo plazo. La tercera característica es que posee una naturaleza del tipo educativa, y como última característica es la esencia de un carácter auto evaluativo a lo largo del proceso terapéutico, la misma que parte siempre desde la metodología experimental y la validación probada de los tratamientos (Ruiz y Díaz, 2012, pp.32-33).

5.4 Creencias Centrales

Las creencias centrales o creencias nucleares son apreciaciones relevantes y profundas las cuales no suelen ser expresadas por los individuos, ya que al parecer no tienen conciencia de las mismas, dichas creencias son significados o interpretaciones de sí mismos, del resto de individuos y del contexto en el que se encuentran. Beck (1995) citado en Morgan (2011, pp. 12-13) afirma que las creencias personifican en un nivel más intenso, esencial, estricto e integral de la interpretación, llegando a influir en los otros niveles. A su vez se puede definir a las mismas como ideas que son utilizadas por los individuos para emitir un juicio o para tener una evaluación sobre situaciones acontecidas o eventos externos.

Estas creencias centrales son normas, mediante las cuales los individuos reaccionan ante las circunstancias y los eventos que ocurren a lo largo de su vida, es decir estas creencias están basadas en cómo es el mundo además de cómo funciona el mismo, así mismo se consideran la base de nuestra propia construcción, nuestros principios, valores, además de nuestras convicciones más firmes, estas creencias son formadas desde temprana edad y suelen ser perseverantes a lo largo de la vida del individuo, si estas creencias se consideran saludables no existe ningún inconveniente sin embargo las creencias negativas suelen influir al individuo a tener conflictos emocionales (Morgan, 2011, pp. 12-13).

Las creencias centrales negativas suelen ser las causantes de pensamientos negativos además de errores de pensamiento, siendo así las causantes de conflictos emocionales, ya que estas creencias son adquiridas desde la niñez es por ello que tienen un papel preponderante para la construcción del individuo a lo largo de su vida, si estas creencias centrales son cuestionadas se genera una sensación profunda de angustia e inestabilidad emocional, debido a que se pone en duda todo lo que se conoce. A su vez, es necesario aclarar que mientras más destacada y central sea la creencia más angustia generará en el individuo (Morgan, 2011, pp. 12-14).

5.5 Creencias intermedias

Beck (1995) citado en Morgan (2011, p.14) menciona que dichas creencias se encuentran entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales, estas creencias están establecidas por normas, actitudes y supuestos, es decir dichas creencias son las que influyen en la forma de ver una situación, a la par esta visión influye en el pensamiento del individuo además de cómo se siente y de su comportamiento.

Morgan (2011, pp.14-15) afirma que las creencias intermedias están constituidas por el contenido de una creencia central más profunda, por lo cual ambas guardan una estrecha relación. Dentro de las creencias intermedias, el

comportamiento que tenga un individuo está dado por la opinión de algún tipo de problemática específica y son expresadas por una proposición, esta proposición se caracteriza por ser de carácter imperativo siendo esta la que induce a un comportamiento, además de esto tiene una carga de un alto componente emocional y motivacional.

Para responder a estas proposiciones Riso (2006) citado en Morgan (2011, pp. 12-13) refiere que las suposiciones son conjeturas que responden a estas reglas, estos supuestos personales son aprendidos y suelen ser derivados de experiencias infantiles, reglas familiares, estas reglas están basadas en las autoevaluaciones que son parte importante de estructuras más profundas como son los autoconceptos, dichos autoconceptos son creados en base a nosotros mismos, el resto y el contexto en el que nos encontramos, dichos autoconceptos pueden ser positivos o negativos siendo estos los causantes de una manera exacerbada de pensamientos desadaptativos o negativos.

Para indagar sobre dichas creencias centrales, es necesario la utilización de la técnica flecha descendente, la cual se trata de identificar la creencia básica que se encuentra por debajo de un pensamiento, para esto se empieza utilizando preguntas que indaguen sobre el significado que le otorga un individuo a un tema en concreto, por ejemplo: Si este pensamiento fuese verdad, ¿Qué significaría para usted?, Si este pensamiento fuera verdad, ¿Qué sucedería?; se debe volver a utilizar este tipo de preguntas en torno a la nueva respuesta que del paciente, este proceso continúa hasta que el cliente sea incapaz de dar una nueva respuesta (Bados y García, 2010, pp.10-11).

Suele ser muy común que los consumidores tengan pensamientos catastróficos de tipo todo o nada, dichos pensamientos no solo giran en torno a su abuso de sustancias, sino sobre ellos mismos y sobre su futuro, para ello se utiliza la técnica flecha descendente ya que muchos pacientes se ven incapaces de estructurar creencias profundas, hasta que el terapeuta le solicita considerar el significado personal de sus pensamientos más evidentes, ayudando a

profundizar sobre el significado que le atribuye el paciente, de manera repetitiva llegando al descubrimiento de una creencia central (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999, pp.195-196).

Para la utilización la técnica antes mencionada, es necesario tener precaución para que esta creencia final identificada sea asumida por el paciente y no impuesta por el terapeuta. A su vez hay que analizar los pensamientos del cliente al producirse naturalmente emociones intensas sean estas positivas o negativas, o en el momento en que el paciente mantenga una imagen perturbadora en su cabeza (Bados y García, 2010, pp.10-11).

Es necesario prestar atención a los recuerdos informados por el cliente sobre sus acontecimientos significativos en su niñez con sus figuras de apego, además de ello es fundamental que el paciente analice imposiciones internas es decir sus debes o debería, además de sus pensamientos de no poder soportar y los pensamientos de sentencia integral de sí mismo o de otros (Bados y García, 2010, pp.10-11).

La técnica de flecha descendente es de gran utilidad para tratar creencias relacionadas con el consumo de drogas, ya que tienen pensamientos catastróficos como plantea Beck (1976) no sólo sobre el abuso de sustancias sino acerca de ellos mismos y sobre su futuro, ya que muchos pacientes son incapaces de articular estas creencias ocultas, hasta que se les solicita a considerar el significado personal que sus pensamientos más evidentes tienen para dicho individuo (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999, pp.195-196).

5.6 Autoconcepto

Una de las primeras teorizaciones clásicas del autoconcepto como constructo multidimensional es llevada a cabo por el psicólogo americano Fitts, creador de la escala del autoconcepto de Tenesse, planteando en base a una serie de estudios previos la conceptualización de la variable autoconcepto, describiendo que en la percepción del hombre sobre sí mismo, asigna significaciones y

valores, llegando a la formulación de abstracciones acerca de sí mismo y de los demás, además, Fitts (1992, citado en Rodríguez, 2004, pp.94-95) plantea en su conceptualización dos aspectos del sí mismo, los cuales son: lo que el sujeto discierne que es a sí mismo como proceso y la percepción del sujeto como objeto de la observación. Dando como resultado que ambos denominados “sí mismos” forman parte de un sí mismo total, el mismo que recoge una serie de percepciones que se denomina autoconcepto.

Así mismo Bandura (1996 citado en Rodríguez, 2004, p.95) añade el constructo de autoeficacia, el cual lo planteó de la siguiente manera, siendo este el propio juicio que el sujeto produce con respecto a la capacidad de realizar una determinada conducta, la misma que se vuelve indispensable para llegar a un objetivo establecido. Esta cualidad se ve afectada de acuerdo a las observaciones realizadas en los casos de adicciones, dando como resultado que los pacientes drogodependientes dejan de lado sus repertorios conductuales y cognitivos, por lo que su capacidad de afrontamiento ante las obligaciones y responsabilidades se verá afectado resultando nula o limitada.

5.7 Disímiles entre autoconcepto y autoestima

Para Sonstroem (1998) histórico autor del término autoconcepto lo plantea de la siguiente forma, como una estructura organizada de la percepción del ser. A su vez se la puede ver como un retrato personal o auto narración, al contrario de la autoestima el cual hace referencia a una valoración y afecto que el individuo tiene de ese retrato. Habitualmente se lo considera al autoconcepto como un elemento de el autoestima. Por otro lado, para los autores Blascovich y Tomaka (1991 citados en Ochoa, 2012, pp.41-42) la autoestima contradictoriamente está más allá, que la simple evaluación de un atributo específico. El autoestima es la valoración personal que el sujeto asocia como imagen de sí mismo.

5.8 Eficacia

Hamilton y Dobson relevantes autores de la TCC (2001, citado en Sánchez, 2014, pp.34-35) plantean para la evaluación de la terapia, dos tipos de perspectivas, la eficacia y la efectividad. En donde la eficacia es la capacidad que tiene el tratamiento para producir cambios a nivel psicológico, ya sean conductuales o de otro tipo, con respecto a la dirección esperada, a su vez se debe evidenciar que dichos cambios sean superiores con respecto a la no intervención de la terapia. El concepto de efectividad incluye tres aspectos los cuales son: la universalidad en cuanto a los resultados de los estudios, que se hicieron de manera artificial a un contexto clínico real, esto conlleva a evidenciar los resultados obtenidos en este proceso, para que fácilmente puedan ser reproducidos en la práctica clínica; el otro aspecto tiene que ver con la viabilidad de la intervención, por lo que es necesario la aceptación por parte de los pacientes, si es probable o no cumplirla y si está tiene la simplicidad de ser difundida entre los profesionales. Como último aspecto está la eficiencia la misma que plantea la relación que existe entre costes y beneficios tanto para el cliente como para la sociedad (Sánchez, 2014, pp.34-35).

5.9 Autoaceptación

Según El Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual. (2012, citado en Mayorga, 2014, 29-30) La autoaceptación se considera como un proceso de valoración cognitiva que el individuo se plantea sobre sus propios sentimientos, conductas y creencias, es por esto que se da como resultado final la aceptación de lo positivo y negativo, ayudando a generar de esta manera una autoestima equilibrada, por lo cual dicha aceptación permitirá proyectarse de otra manera, de igual forma, se plantea que a este concepto se lo podría denominar un amor incondicional hacia uno mismo, para lo cual es necesario tener un concepto positivo sobre uno mismo, lo cual impulsará la capacidad del individuo para desarrollar habilidades además de seguridad personal, llegando así a adquirir un control sobre el bienestar sobre

las enfermedades y la autoimagen, para ello es esencial que el individuo asimile lo que le ocurre de una manera realista (Mayorga, 2014, pp.29-30).

5.10 Investigaciones

La investigación española realizada en el 2002 denominada “Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas”, utilizó como instrumento el Brief Symptom Inventory (además de un screening de drogas SCL-90, (1953), en la cual la muestra estuvo compuesta por 107 pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias según los criterios del DSM-IV, los cuales fueron divididos en 3 grupos diferentes en función a la dependencia que presentan: grupo alcohol n=31; grupo heroína n=31, grupo cocaína n=45. Después de 6 meses se recogió la información a 75 pacientes ya que el resto abandonó el tratamiento mediante un post-test, manifestando que su objetivo fue la comprobación de si la intervención en el modelo cognitivo-conductual ayudaba a los pacientes a reducir su malestar psicológico y su consumo de drogas, dando como resultado que los pacientes han mejorado su calidad de vida, reduciendo su malestar psicológico y reduciendo su consumo de drogas. Por lo cual se llegó a la conclusión que la terapia breve de tipo cognitivo-conductual en el ámbito de las conductas adictivas aparenta ser bastante competitiva si es analizada en la relación costo-eficacia que tiene (Sánchez, Tomás, Del Olmo, Molina y Morales, 2002, pp.23-26).

En otra investigación que tuvo lugar en México en el 2005, se instrumentó un modelo de intervención cognoscitivo conductual en nueve pacientes crónicos. Las variables de este estudio fueron el ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, además de poseer un nivel de dependencia sustancial y severa hacia otras drogas, a su vez que hayan tenido uno o más tratamientos o internamientos previos, la duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones, este modelo incluyó estos componentes: el análisis funcional, muestra de no consumo, metas de vida cotidiana, prevención de recaída. El resultado planteó que existe una efectividad del modelo realizado teniendo un descenso en el patrón de consumo durante el año después de haber finalizado su tratamiento, por lo que se dio un incremento

en el nivel de satisfacción de su vida cotidiana y en el nivel de autoeficacia después del tratamiento y en seguimiento (Barragán, González, Medina y Ayala, 2005, pp.62-67).

6. Hipótesis nula

- El autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes no se modificará después de la aplicación de la de técnica flecha descendente cognitiva conductual en pacientes adultos drogodependientes.

6.1 Hipótesis

- Objetivo: Identificar el nivel de autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de la ciudad de Quito
- Hipotesis: No se logrará identificar el nivel de autoconcepto en en pacientes adultos drogodependientes de un hospital privado de la ciudad de Quito

- Objetivo: Evidenciar la relación entre el autoconcepto y la técnica flecha descendente cognitiva conductual en pacientes adultos drogodependientes en un centro privado de Quito.
- Hipotesis: No existe una relación entre el autoconcepto y la aplicación de técnica flecha descendente cognitiva conductual en pacientes adultos drogodependientes en un hospital privado de Quito.

6.2 Hipotesis experimental

- Existe relación entre el autoconcepto y la técnica flecha descendente cognitiva conductual en pacientes adultos drogodependientes en un centro privado de Quito

7. Metodología del estudio

7.1 Tipo de alcance, diseño y enfoque

Se realizará un análisis de la relación entre dos variables, las cuales son la aplicación de la técnica y el autoconcepto, ya que tiene como objetivo el explicar cuál es el efecto de la técnica flecha descendente cognitiva-conductual sobre el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes.

Se utilizará un enfoque cuantitativo, denominado así por Hernández, Fernández y Baptista (2010, p.773), ya que se utilizará una herramienta para la medición de las variables antes planteadas.

En referencia al diseño, se utilizará un diseño de tipo cuasi experimental ya que se pretende abordarlo con un grupo experimental con control de variables del tipo de diseño intra-sujeto, por lo cual, aunque se trabaje con un grupo, se verificará el efecto de la técnica mencionada con anterioridad sobre el autoconcepto de pacientes adultos drogodependientes, continuando con la metodología del diseño intra-sujeto se abordará mediciones del tipo pre y pos test (Rodríguez, 2004, p.62).

Según Bono (2012, p.2) menciona que los diseños cuasi-experimentales, son relevantes herramientas de trabajo dentro de un ámbito aplicado y una de sus características primordiales es que son esquemas de investigación no aleatorios, por lo cual imposibilita la equivalencia inicial de los grupos a diferencia de un diseño experimental, Cook y Campbell (1986 citados en Bono, 2012, p.2) plantean los cuasi-experimentos como una opción los experimentos de asignación aleatoria, para situaciones sociales en donde no se puede tener el completo control experimental de la investigación.

7.2 Muestreo

La muestra será tomada principalmente de un centro privado de la ciudad de Quito para ello se toma en cuenta a pacientes policonsumidores de sustancias

psicoactivas masculinos entre 18-30 años de edad, los mismos que son hospitalizados durante un periodo de seis meses para su tratamiento el mismo que es planteado por la institución. La edad de la muestra se la plantea desde la investigación de Velásquez-Martínez y Ortiz, los mismos que afirman que en el proceso de adicción a una droga puede darse a cualquier edad sin embargo mientras más rápido empieza el consumo, mayor será la probabilidad de que el paciente genere una dependencia hacia un tipo o varios tipos de droga, esto se da porque el desarrollo del sistema nervioso central no termina hasta la aparición de la segunda década de vida (Gogtay et al., 2004 citado en Velásquez-Martínez y Ortiz, 2014, p.22).

En el centro privado ingresan 100 pacientes anualmente al área de farmacodependencia y trimestralmente se atienden a 25 pacientes, los cuales serán la muestra de esta investigación.

El muestreo contará con dos momentos: en primera instancia, para aplicación la escala de Tennessee los participantes deben ser los que están ingresados recientemente en el centro. Posteriormente, a la sexta sesión se volverá a aplicar el test para evidenciar el nivel de autoconcepto. Este es un muestreo no probabilístico, ya que permite trabajar con personas que muestran aspectos específicos que se pretenden evidenciar en esta investigación. Dentro de los muestreos no probabilísticos está el intencional, en el cual el investigador selecciona a unos determinados participantes bajo un juicio deliberado para que formen parte de esta investigación (Namakforoosh, 2005, p.189).

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes legalmente mayores de edad. • Pacientes que tengan una dependencia a varios tipos de drogas no legales. • Pacientes que se encuentren internos en una institución privada de adicciones en la ciudad de Quito. • Que empiecen terapia psicológica, con un tiempo de internamiento máximo de 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que hayan atravesado por un tratamiento previo de drogodependencia • Pacientes que tienen comorbilidad entre otros trastornos clínicos y el uso de sustancia psicotrópicas • Pacientes que se encuentren con un tratamiento psicofarmacológico, el mismo que pueda tener efectos sedantes y no permitan el abordaje de la terapia cognitiva conductual. • Pacientes que hayan atravesado cambios muy grandes de adaptación.

7.3 Recolección de datos

En relación a esta investigación se utilizará la Escala de Tennessee de Autoconcepto TSCS: Desarrollada por Fitts (1965 citado en Rodríguez, 2004, p.67) con la aplicación de pre y post test; esta escala fue estandarizada en Estados Unidos, utilizando una muestra de 626 personas de ambos sexos, además de tener como característica que sean de diferentes ciudades de Estados Unidos. Las edades de participantes tienen una fluctuación entre 12 y 68 años, su significación está constituido por 26 puntuaciones en total, de las cuales 11 son las más significativas, ya que reflejan el nivel total de autoconcepto, los niveles específicos del mismo, autoestima y auto comportamiento además de una distinción del área física, moral, personal y familiar, así como la autocrítica y la integración de distintas facetas de sí mismo (Rodríguez, 2004, p.67). Posteriormente de la utilización de la técnica flecha descendente, se ejecutará el proceso de post test después de la cuarta sesión.

7.4 Pre validación del instrumento

Para nuestra investigación se utilizará la validación previa realizada en el Perú por Rodríguez (2004, pp.70-72). En donde se hizo una descripción de la escala a utilizarse, la misma que consta de 100 ítems autodescriptivos, de los cuales el individuo puede responder seleccionando una de las cinco posibles alternativas, las cuales están planteadas desde totalmente verdadero hasta totalmente falsos, pueden ser aplicado de forma individual o colectiva, con un tiempo de 13 minutos a 25 minutos, su aplicación se da en individuos desde los 12 años de edad, pero es necesario que hayan cursado como mínimo un tercer año de primaria, su significación está constituido por 26 puntuaciones en total, de las cuales 11 son las más significativas, esta escala cuenta con dos dimensiones la primera interna y la segunda externa. El resultado de la suma de las tres escalas de la dimensión interna representa de forma global, la actitud que el individuo tiene con sí mismo, los individuos que obtienen valores altos se los plantea como autoconfiados, adaptados al entorno y no suelen experimentar ansiedad. Sin embargo, si la puntuación obtenida es baja el individuo experimenta a sí mismo como inadecuado, además de presentar poca confianza en él (López, 2014, pp.35-36).

Para definir la utilización de este instrumento se realizará una revisión bibliográfica, la misma que permitirá la conceptualización de una serie de categorías las mismas que fueron planteadas con anterioridad, cuyo objetivo es permitir medir el efecto de la técnica flecha descendente cognitivo-conductual sobre el autoconcepto en pacientes adultos drogodependientes, mediante un pre y post test el mismo que permitirá evidenciar si existe o no un cambio mediante la utilización de esta técnica en el autoconcepto de pacientes policonsumidores, para la implementación del mismo es necesario aplicar el pre test al inicio de la primera sesión y el post test a la cuarta sesión una vez aplicada la técnica flecha descendente.

Una vez realizada esta revisión bibliográfica será sometida al criterio de 3 expertos psicólogos en investigación. A dichos expertos se les pedirá que den

sus valoraciones en relación a si existe o no una diferenciación clara de las escalas, y si estas corroboraban los principios básicos expuestos por Moriyama (1968) los cuales sirven para la construcción de los test, en donde los expertos evaluaron de manera conjunta según una escala ordinal planteada de la siguiente manera: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Como siguiente punto se recibirá dicha encuesta en donde se encontrarán las respuestas planteadas por los expertos en base a los criterios antes mencionados, en una segunda ronda se les dará los resultados tabulados de la evaluación anterior para que valoren nuevamente el contenido de cada ítem en base a los criterios de Moriyama. Como última participación se les brindará todos los argumentos unificados de los expertos de la ronda anterior, para que hagan una aportación final, en esta última ronda se les planteará la posibilidad de dar una respuesta de estar de acuerdo o no con cada ítem, llegando así al objetivo de tener un consenso de opiniones (Alonso, Bayarre, y Artiles, 2004, p.12).

7.5 Procedimiento

El contacto con la muestra será mediante la jefa del área de psiquiatría, la misma que permitirá la obtención de una serie de datos para validar esta investigación es por esto por lo que se espera que exista una apertura para la colaboración de esta investigación.

Una vez elegidas las personas que formarán parte de esta investigación se va a detallar el objetivo del estudio y la importancia de su participación en esta investigación. A su vez se presentará el consentimiento informado donde se especifican aspectos sobre confidencialidad y detalles de esta investigación. Una vez aclarado esto, es necesario el fijar una fecha para realizar la aplicación a los integrantes de esta investigación.

Para ello se utilizará la terapia breve cognitiva conductual la cual esta se plantea como uno de los enfoques más comprensivos a la hora del tratamiento sobre los problemas que se derivan sobre el uso de sustancias, cuyo fin es que el individuo desarrolle estrategias las mismas que están enfocadas en el aumento del control

personal, con una aplicación de 6 a 20 sesiones, para esta investigación se plantea el uso de 6 sesiones, mediante la aplicación de la Escala de Tennessee al inicio de la terapia y el re test a la sexta sesión una vez aplicada la técnica flecha descendente cognitiva conductual (Sánchez y Tomás, 2001,p.24)

7.6 Tipo de análisis

Para el análisis se ejecutará una edición y codificación en base a los resultados obtenidos, los mismos permitirán resumir los datos obtenidos de nuestra muestra. En base a estos resultados se realizará una revisión de formato de datos, lo cual nos permitirá establecer categorías sobre las 11 puntuaciones más significativas. Subsiguiente a la recopilación y registro de datos se realizará un proceso de análisis que permita conocer si ha existido cambio en el autoconcepto después de haber aplicado la técnica flecha descendente. Para esto se realizará una tabla de pre-test y posteriormente; la misma que se registrarán los cambios originados sobre los componentes internos del autoconcepto y los componentes externos del mismo, y si existe o no cambios en base al post test ejecutado en la muestra.

A su vez, continuando con la metodología del diseño intra-sujeto, se planteará el análisis global mediante el t-test student, en donde $p: 0.05$ debe ser significativo, si el valor p es pequeño indica que el resultado observado será poco probable, bajo la suposición de la hipótesis nula cierta, por lo cual hay evidencia en contra de la hipótesis nula, a su vez si el valor p es menor que el nivel de significación se lo describe como un resultado estadísticamente significativo, esto hace referencia a que la probabilidad de hallar el resultado por azar es pequeña, sin embargo si el valor de p es grande nos indica que el resultado observado es muy probable bajo la suposición de la hipótesis nula cierta, por lo cual no existe evidencia en contra de la hipótesis nula, lo que nos conduce a no rechazarla, además si el resultado p es mayor que el nivel de significación se lo expresa como un resultado estadísticamente no significativo, esto resulta en que la probabilidad de alcanzar el resultado por azar es mayor, y se lo puede atribuir a la variabilidad propia de los resultados muestrales (Bologna, 2016, pp.398-399).

8. Viabilidad

En relación al acceso a la muestra de estudio, existe una mayor dificultad en torno a la viabilidad del proyecto, ya que cada centro tiene su propio reglamento, sin embargo, en temas de investigativos se podría formular un trabajo en conjunto con el centro para una posible investigación.

La disponibilidad del tutor es óptima para el desarrollo del proyecto, además del conocimiento sobre el tema, lo cual le permite guiar el estudio de la mejor manera.

En cuanto a la disponibilidad de recursos, pueden ser autofinanciados por el estudiante, debido a que los costos principales para la ejecución del estudio van en relación al desplazamiento hacia el centro privado para la aplicación del pre y el post test.

Se sugiere que, para futuras investigaciones en relación al tema planteado, se logre transmitir la idea de investigación ya sea en instituciones gubernamentales o privadas para obtener mayor información del mismo y poder indagar más sobre el efecto de la terapia cognitiva en pacientes policonsumidores.

9. Aspectos éticos

9.1 Consentimientos o asentimientos informados.

Para este trabajo de investigación se deberá trabajar con consentimientos informados, cuyo fin es el de respetar el derecho de los participantes además de llevar a cabo un trabajo ético para esta investigación, así mismo se debe plantear desde el principio el uso que se tendrá con la información que resulte de los participantes, para que ellos tengan el conocimiento sobre los resultados y el fin de esta investigación.

9.2 Tratamiento de la información.

La información recolectada se manejará de manera confidencial, todo esto dentro de un contexto académico, para esta investigación, además de utilizar el consentimiento informado, el mismo que podrá ser roto en cualquier momento que la integridad del paciente se vea amenazada o la de los investigadores, o si los participantes ya no quieren formar parte de esta investigación.

9.3 Auto reflexividad.

El interés personal en la realización de este trabajo al momento es el verificar si existe o no eficacia de la técnica flecha descendente de cognitiva conductual sobre el autoconcepto en pacientes drogodependientes, ya que siento un interés personal por el trabajo con pacientes drogodependientes y como he podido evidenciar a lo largo de mis prácticas preprofesionales, además del uso de este tipo de enfoque para el trabajo con este tipo de población tiene evidencia de tipo 1, por esto es la decisión de continuar indagando sobre este tipo de terapia.

10. Estrategias de intervención

En relación a esta investigación se pudo observar que no existe estrategias planteadas por otras investigaciones, ya que el tema investigativo es escaso en nuestro contexto, por lo cual se plantea la transmisión de dicha línea investigativa para las instituciones gubernamentales o privadas, con el fin de recabar la información necesaria para la utilización de esta terapia dentro del consumo de sustancias, como se podrá evidenciar en las investigaciones planteadas a continuación.

En el Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación, realizado en España en el año 2010 (pp.156-157) plantea que las terapias conductuales y cognitivo-conductuales son las que han sido las más estudiadas y sobre todo más utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos, ya que sustentan más apoyo empírico, por lo cual su utilización es relevante para el manejo de trastornos adictivos, y en sus conclusiones plantea

que en el ámbito de las adicciones, los profesionales de la Psicología Clínica son los que deben tomar decisiones sobre el diagnóstico, además del pronóstico y la intervención psicológica que sea más útil para el paciente que acude a su consulta. Dichas consideraciones son las que dirigen lo que se entiende como psicología clínica, basada en la evidencia (Becoña, et al., 2010, pp.156-157) en la cual prima como objetivo la difusión de la aplicación de los tratamientos psicológicos que fueron sometidos a una validez científica.

En la investigación planteada por González Salazar, en España en el año 2009 (pp-3-6) cuyo objetivo era revisar diferentes estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving, llegando a la conclusión que las diferentes técnicas del corte antes mencionado lograron demostrar ser han demostrado ser considerablemente factible la utilización de las mismas dentro un tratamiento de otras patologías específicas las cuales guardan relación directa con la ansiedad.

Otra investigación planteada por Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo en España en el año 2008 (pp.252-271) tuvo como objetivo el repasar todas las teorías y terapias conductuales y cognitivas que sirvieron como fundamento y contribución significativa para el enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de las conductas adictivas, teniendo como resultado que los procesos utilizados por las teorías cognitiva conductual y cognitiva social, son facilitadoras de la comprensión de cómo inician y se mantienen las conductas adictivas, en relación a la modificación en el consumo se les inicia desarrollando una serie de habilidades de autocontrol y de afrontamiento, permitiendo el desarrollo de la propia percepción del individuo en relación al manejo de su consumo.

Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo y Bond (1998) (citados en Pedrero et al., 2008, pp.101-103) se encargaron de revisar estudios realizados con programas integrados, cuyo contenido era 10 estudios, 6 de los cuales eran ensayos clínicos abiertos y los 4 estudios restantes incluían más de 130 pacientes, en estos estudios antes mencionados 3 de ellos tuvieron un seguimiento superior a tres años, los resultados planteados por esta revisión

expusieron una reducción muy significativa del consumo, llegando en algunos casi a la remisión total del consumo, además de una reducción significativa en las hospitalizaciones, además de una mejoría en diferentes medidas de adaptación personal y social.

Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance (2006) citados en Pedrero et al., (2008, pp.101-103) fueron los encargados de desarrollar un programa de terapia cognitivo-conductual, utilizando una muestra de 6 adolescentes con abuso de alcohol y tendencias suicidas, dando como resultado al final del tratamiento, que los sujetos mostraron una disminución significativa en el uso de alcohol y en la ideación suicida que tenían.

En otra investigación, fue utilizada la terapia cognitivo dialéctica y participación familiar, en donde Rathus y Miller (2002) citados en Pedrero et al., (2008, pp.101-103) hallaron resultados similares. El único inconveniente fue el bajo N de las investigaciones planteadas, además de la ausencia de control y aleatorización, lo cual no permitió sacar conclusiones sólidas, sin embargo, sugiere la efectividad de los abordajes cognitivo-conductuales en relación a la reducción del consumo y la ideación suicida continua.

En la investigación planteada por Daniela Morgan en Ecuador en el año 2011 (pp.42-48) en donde se planteó un estudio de caso en basado en la terapia cognitiva conductual, en donde se la abordó con 17 sesiones, utilizando una serie de técnicas cognitivas conductuales para es la organización de las creencias y pensamientos de la paciente los cuales estaban ligados a emociones situacionales, dando como resultado que la paciente investigó y obtuvo conciencia frente a pensamientos disfuncionales, los cuales le generaban conductas desadaptativas, llegando a notar una mejora en sus relaciones interpersonales y un cambio en sus creencias centrales.

11. Cronograma

Tabla 2.

Cronograma de actividades

Actividades	Semanas/mes	Descripción
1. Ampliación del trabajo realizado en MET y cumplimiento de los requisitos de TIT	Septiembre	<p>Conversar con posibles tutores, apoyo en material bibliográfico</p> <p>Revisión bibliográfica</p> <p>Realizar cambios y ajustes necesarios desde la revisión bibliográfica y apoyo de docentes</p>
	18-22	
	22	
	27-31	
2. Reuniones con tutor y con expertos en el tema.	Octubre	<p>Reuniones con tutor manteniendo revisión bibliográfica</p> <p>Avance de la primera parte de marco teórico</p> <p>Revisión sobre la técnica a utilizar</p>
	17	
	24	
	31	
3. Revisiones del trabajo en aspectos metodológicos, bibliográficos, estructura e información.	Noviembre	<p>Pre validación de instrumento con el docente guía</p> <p>Revisión de bibliografía y estructura del marco teórico</p> <p>Reuniones con tutor para abordar la recolección de datos</p> <p>Cambios y ajustes necesarios.</p>
	7	
	14	
	21	
	21-31	
4. Revisiones finales	Diciembre	<p>Revisión final con el docente guía</p> <p>Revisiones con los correctores y docente guía.</p> <p>Revisión del trabajo con el docente guía en aspectos de estructura y presentación.</p> <p>Presentación final del trabajo</p>
	1	
	Enero	
	12-16	
	19-23	
	26-30	

Tabla 3.

Cronograma de actividades practicas

Actividades	Semanas/mes	Descripción
1. Acercamiento por parte del estudiante a la directora del centro privado de la ciudad de Quito	Febrero	
	14	Conversar con la directora del centro, para la aprobación de la investigación
	19	La justificación para la aplicación de la investigación.
	23	Acercamiento del estudiante con la carta de aprobación del proyecto de investigación, para el contacto con el jefe del area de adicciones, para plantear la fecha de la toma del primer test
2. Aplicación de la Escala de Tennessee a la muestra por primera vez, en la primera sesión	Marzo	
	5	Reunión con los internos del hospital privado de la ciudad de Quito, los mismos que cumplen con los criterios de inclusión para la aplicación de la escala una vez finalizada la prueba se les da un pequeño refrigerio por la ayuda brindada.
3. Segunda sesión	12	Sesión de co terapeuta, observando la utilización de la entrevista motivacional, sobre los primeros objetivos Iso cuales van el relación a generar empatía y establecer el vínculo terapéutico,
4.Tercera sesión	19	Tiene como objetivo la reducción del nivel de ansiedad patológico además de sus síntomas, de manera que no haya una afectación en su funcionalidad.
5. Cuarta sesión.	26	Se plantea la estabilización del estado de ánimo, reduciendo así las alteraciones del estado de ánimo además de sus síntomas, de manera que no haya una afectación a su funcionalidad.

6. Quinta sesión utilización de la técnica flecha descendente en la	Abril	
	2	El estudiante utiliza la técnica flecha descendente en cada uno de los internos de la muestra para indagar sobre su autoconcepto, además de incrementar la capacidad de autocontrol, minimizando el riesgo de violencia del paciente de manera que no haya una afectación a su funcionalidad.
	9	Aplicación de la Escala de Tennessee, mediante el re test para comprobar la relación del autoconcepto con la aplicación de la técnica flecha descendente cognitiva conductual y como objetivo final la optimización de las capacidades cognitivas del paciente.
	16	Análisis de datos
7. Aplicación del re test de la Escala de Tennessee a la muestra, en la sexta sesión		
4. Elaboración de los resultados de la investigación	Junio	
	4	Devolución de resultados de la investigación

REFERENCIAS

- Alonso, R., Bayarre, H., y Artiles, L. (2004). *Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad "Finlay-Albarrán", La Habana, Cuba. Recuperado el 12 de enero de 2018 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu06204.htm
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado el 25 de enero de 2018 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Barragán, L., González, J., Medina, M. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71. Recuperado el 15 de enero de 2018 de <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=58212807>
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Bono, R. (2014). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Universidad de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado el 19 de enero de 2018 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Bologna, E. (2016). *Estadística para psicología y educación. 3era ed.* Córdoba: Editorial Brujas.
- Cano, F. (2010). *Evaluación de adaptaciones características: autoconcepto*. Universidad de Sevilla. Sevilla, España. Recuperado el 14 de enero de 2018 de http://departamento.us.es/personalidad/doc/pp_p3.pdf
- Dirección Nacional del Observatorio de Drogas Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio*

Nacional sobre uso de drogas en la población de 12 a 65 años en el Ecuador Recuperado el 19 de enero de 2018 de <https://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp.../08/Boletin-final-POBLACION-GENERAL.pdf>

- González, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, (57). Recuperado el 17 de enero de 2018 de <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret57-2.pdf>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4 (ed.). México D.F.; McGraw-Hill/Interamericana. Recuperado el 11 de enero de 2018 de https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
- López, M. (2014). *Autoconcepto en penados que asisten a la unidad técnica de supervisión y orientación de Maracaibo* (tesis de pregrado). Universidad Rafael Urdaneta, Venezuela.
- Llorente de Pozo, J., e Iraugi-Castillo, E. (2008). Cognitive-behavioral therapy applied in the cocaine desahabituation. *ScienceDirect*, 10(4), 252-274. doi: 10.1016/S1575-0973(08)76374-8
- Mayorga, T. (2014). *Aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones menydial de la ciudad de Ambato* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica de Ambato, Ecuador.
- Morgan, D. (2011). *Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Ochoa, M. (2012). *El teatro terapéutico y el autoconcepto del sujeto drogodependiente en proceso de cambio, usuarios de la fundación despertad. Guayaquil, 2012* (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Pérez, F. y Mestre, M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. [Archivo Digital]. Recuperado el 20 de enero de 2018 de

<http://www.digitaliapublishing.com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/visor/40176>

- Rodríguez, E. (2004). Efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el bajo nivel de Autoconcepto y en los Estadios de cambio en pacientes dependientes a Sustancias Psicoactivas. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA]. *Revista Peruana de Drogodependencias Análisis e Investigación*, 2 (1), 91-117.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductuales* [Archivo Digital]. Recuperado el 05 de enero de 2018 de <https://es.scribd.com/doc/235296232/Manual-de-Tecnicas-de-Intervencion-Cognitiva-Conductuales>
- Sánchez, E., Tomás, V., del Olmo, R., Molina, N. y Morales, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 21-29. Recuperado el 10 de enero de 2018 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100003&lng=es&tlng=es
- Sánchez, E., Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Revista de Trastornos Adictivos*, (3), 1-7. Recuperado el 06 de enero de 2018 de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>
- Sánchez, L. (2014). *Eficacia terapéutica de una guía de intervención cognitivo-conductual para parejas de la ciudad de Ibagué* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Colombia.
- Velásquez-Martínez, M., y Ortiz, J. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 28(117), 21-25. Recuperado el 16 de enero de 2018 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133232675005>

ANEXOS

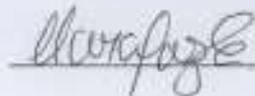
Anexo 1. Certificado de Pré-validación del instrumento

Quito, 22-11-2017

PRÉ-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto certificar la pré-validación del instrumento
mismo que ha sido propuesto en el estudio denominado, el
cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo/a
por el/la estudiante

A continuación firman los presentes:

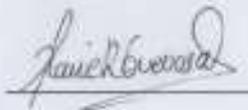


Pre-validador/a



Pre-validador/a

Tutor/a



Estudiante

Anexo 2. Escala de Tennessee

Apéndice B

Escala de Tennessee de Autoconcepto

Instrucciones: En esta prueba encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted se describe a si mismo, tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a si mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. ENCIERRE en un círculo el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre, escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que usted desea.

Recuerde trazar un círculo alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

Respuestas

1	2	3	4	5
Completamente Falso	Casi completamente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero

Es necesario tomar en cuenta esta escala de respuestas para responder a todas las preguntas.

1.	Gozo de buena salud	1	2	3	4	5
2.	Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a)	1	2	3	4	5
3.	Soy una persona atractiva.	1	2	3	4	5
4.	Estoy lleno(a) de achaques.	1	2	3	4	5
5.	Me considero una persona muy desarreglada.	1	2	3	4	5
6.	Soy una persona enferma.	1	2	3	4	5
7.	No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a)	1	2	3	4	5
8.	No soy ni muy alto(a) ni muy bajo(a)	1	2	3	4	5
9.	Me agrada mi apariencia física	1	2	3	4	5

Respuestas

1	2	3	4	5
Completamente Falso	Casi completamente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero

10.	No me siento tan bien como debería	1	2	3	4	5
11.	Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.	1	2	3	4	5
12.	Debería ser más atractivo(a) para con las personas del sexo opuesto.	1	2	3	4	5
13.	Me siento bien físicamente	1	2	3	4	5
14.	Me siento bien la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
15.	Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia	1	2	3	4	5
16.	Soy malo(a) para el deporte y los juegos	1	2	3	4	5
17.	Con frecuencia soy muy torpe	1	2	3	4	5
18.	Duermo mal	1	2	3	4	5
19.	Soy una persona decente	1	2	3	4	5
20.	Soy una persona muy religiosa	1	2	3	4	5
21.	Soy una persona honrada	1	2	3	4	5
22.	Soy un fracaso en mi conducta moral	1	2	3	4	5
23.	Soy una persona mala	1	2	3	4	5
24.	Soy una persona moralmente débil	1	2	3	4	5
25.	Estoy satisfecho(a) con mi conducta moral	1	2	3	4	5
26.	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa	1	2	3	4	5
27.	Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios	1	2	3	4	5
28.	Quisiera ser mas digno(a) de confianza	1	2	3	4	5
29.	Debería asistir mas a menudo a la Iglesia	1	2	3	4	5
30.	Debería mentir menos	1	2	3	4	5
31.	Mi religión es parte de mi vida diaria	1	2	3	4	5
32.	La mayoría de las veces hago lo que es debido	1	2	3	4	5
33.	Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no debo	1	2	3	4	5
34.	A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.	1	2	3	4	5

Respuestas

	1	2	3	4	5
	Completamente Falso	Casi completamente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero
35.	En algunas ocasiones hago cosas muy malas.				1 2 3 4 5
36.	Me es difícil comportarme de en forma correcta				1 2 3 4 5
37.	Soy una persona alegre				1 2 3 4 5
38.	Tengo mucho dominio sobre mi mismo(a)				1 2 3 4 5
39.	Soy una persona calmada y tranquila				1 2 3 4 5
40.	Soy una persona detestable				1 2 3 4 5
41.	Soy un "don nadie"				1 2 3 4 5
42.	Me estoy volviendo loco(a)				1 2 3 4 5
43.	Estoy satisfecho(a) de lo que soy				1 2 3 4 5
44.	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa				1 2 3 4 5
45.	Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser				1 2 3 4 5
46.	Me gustaría ser una persona distinta				1 2 3 4 5
47.	Me desprecio a mi mismo(a)				1 2 3 4 5
48.	Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente				1 2 3 4 5
49.	Puedo cuidarme siempre en cualquier situación				1 2 3 4 5
50.	Resuelvo mis problemas con facilidad				1 2 3 4 5
51.	Acepto mis faltas sin enojarme				1 2 3 4 5
52.	Con frecuencia cambio de opinión				1 2 3 4 5
53.	Hago cosas sin haberlas pensado bien				1 2 3 4 5
54.	Trato de no enfrentar mis problemas				1 2 3 4 5
55.	Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema				1 2 3 4 5
56.	Soy importante para mis amigos y mi familia				1 2 3 4 5
57.	Pertenezco a una familia feliz				1 2 3 4 5

Respuestas

	1	2	3	4	5
	Completamente Falso	Casi completamente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero
58.					
59.					
60.					
61.					
62.					
63.					
64.					
65.					
66.					
67.					
68.					
69.					
68.					
87.					
88.					
89.					
90.					
91.					
92.					
93.					
94.					
95.					
96.					

Respuestas

1	2	3	4	5
Completamente Falso	Casi completamente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero

97.	De vez en cuando me dan risa los chistes colorados	1	2	3	4	5
98.	Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras	1	2	3	4	5
99.	Prefiero ganar en los juegos	1	2	3	4	5
100.	En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy	1	2	3	4	5

