



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia

**Conducta adictiva y dependencia al alcohol en los miembros de
Alcohólicos Anónimos Una Luz en el Camino de Quetzaltenango**

Andrea Carolina Robles González

Guatemala de la Asunción, julio del año 2024

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León

Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela

M.Sc. José Mariano González Barrios

Representantes de los Profesores

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

Representantes Estudiantiles

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONCEJO ACADÉMICO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Maestro Ronald Amilcar Solís Zea

Director Departamento de Postgrado

Maestra Gabriela Alvarez García

Maestro Francisco José Ureta Morales

Maestro Miguel Alfredo Guillén Barillas

Maestro José Mariano González Barrios

Docentes titulares

Cc. Archivo

CODIPs. 2601-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN TRABAJO DE GRADUACIÓN

24 de julio de 2024

Licenciado (a)

Robles González Andrea Carolina

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Maestrante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto OCTAVO** del **Acta TREINTA Y OCHO- DOS MIL VEINTICUATRO (38-2024)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de julio del año 2024, que copiado literalmente dice:

“OCTAVO: Se conoció el expediente que contiene el Trabajo de Graduación titulado: **“Conducta adictiva y dependencia al alcohol en los miembros de Alcohólicos Anónimos Una Luz en el Camino de Quetzaltenango** de la maestría en **Psicología Clínica y Psicoterapia** realizado por:

Robles González Andrea Carolina

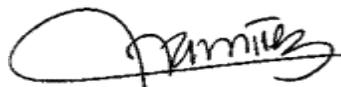
Registro Académico: 202290683

CUI: 2198638570901

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Trabajo de Graduación de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia 1ra. cohorte con categoría en artes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA DE ESCUELA II





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 206
Tel. 2418-7572 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps 162-2024
Guatemala 17 de julio de 2024

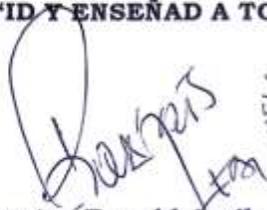
**Autorización para impresión trabajo de graduación
Maestría en Psicología Clínica y
Psicoterapia 1° cohorte**

Licenciado (a)
Robles González Andrea Carolina
Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestrante:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto QUINTO del ACTA No. CADEP-Ps-08-2024 de fecha veinticuatro de junio del dos mil veinticuatro El director del Departamento de Estudios de Postgrado presentó el informe de la Maestra Suhelen Patricia Jiménez Pérez, responsable del curso de Seminario III, de los trabajos finales de los maestrandos de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia 1era. cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos, se **ACUERDA:** Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con título **“Conducta adictiva y dependencia al alcohol en los miembros de Alcohólicos Anónimos Una Luz en el Camino de Quetzaltenango”**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt



Guatemala, 25 de noviembre de 2023.

Maestro Ronald Solís Zea
Director Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **ANDREA CAROLINA ROBLES GONZALEZ con carné 202290683**, previo a optar al grado de Maestro(a) en Psicología Clínica y Psicoterapia, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **“Conducta adictiva y dependencia al alcohol en los miembros de Alcohólicos Anónimos Una Luz en el Camino de Quetzaltenango”**.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Suhelen', with a long horizontal flourish underneath.

Suhelen Patricia Jiménez Pérez
Profesor/a Seminario III
Colegiado No. 616

Andrea Carolina Robles González

Licenciada en Psicología Clínica

Colegiada No. 10709

Índice

1. Introducción	1
Capítulo 1.....	3
Generalidades	3
1.1. Línea de investigación	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.3. Justificación.....	5
1.4. Alcances.....	6
1.5. Objetivos de investigación	6
3.6. Definición de variables.....	7
Capítulo 2.....	8
Fundamentación teórica.....	8
2.1. Definición de alcoholismo	8
2.1.1. <i>Etiología del alcoholismo</i>	8
2.1.2. <i>Factor Biológico</i>	9
2.1.3. <i>Factor Social</i>	11
2.1.4. <i>Factor psicológico</i>	12
2.1.5. <i>Clasificación en base al consumo</i>	13
2.2. Definición de Conducta Adictiva.....	16
2.2.1. <i>Compulsión por consumir</i>	18
2.2.2. Síndrome de abstinencia.....	19
2.2.3. Tolerancia	20
2.2.4. <i>Toxicomanía</i>	21
2.3. Neurobiología de la adicción	22
2.3.1. <i>Circuito de recompensa</i>	22
2.4. Variables psicológicas relacionadas con la adicción	23
2.4.1. <i>Autoestima</i>	23
2.4.2. <i>Autoeficacia</i>	24
2.4.3. <i>Locus de control</i>	25
2.4.4. <i>Habilidades sociales</i>	25
2.4.5. <i>Autocontrol</i>	25

2.4.6. <i>Estilos de afrontamiento</i>	26
2.5. Re-Alcoholización	26
2.6. Grupo terapéutico	27
2.7. Alcohólicos Anónimos.....	28
2.8. Consecuencias del consumo.....	30
2.9. La familia del adicto	35
Capítulo 3.....	55
Marco Metodológico	55
3.1. Diseño	55
3.2. Sujetos	55
3.3. Instrumentos	55
3.4. Procedimiento	58
3.5. Diseño y metodología del análisis de la información.....	58
Capítulo 4.....	60
Resultados del trabajo de campo	60
Capítulo 5.....	71
Conclusiones y recomendaciones	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones	72
Capítulo 6, Propuesta.....	73
6.1. Fundamentación teórica	73
6.1.1. <i>El alcoholismo</i>	73
6.1.2. <i>Técnicas terapéuticas para personas alcohólicas</i>	80
6.2. Identificación de las necesidades.....	84
6.3. Objetivos	86
6.4. Actividades.....	86
6.5. Operatividad del plan. Evaluación.....	94
6.6. Presupuesto	95
6.7. Cronograma	95
7. Referencias.....	98
8. Anexos	105
8.1. Apéndices.....	105

1. Introducción

El presente estudio se realiza con la finalidad de poder abordar el tema de la conducta adictiva en Guatemala, el país, es uno de los que tiene mayor nivel de consumo a nivel Latinoamericano, cada día se pueden observar los efectos del misma al ver los noticieros y encontrar reportes de accidentes de tránsito, riñas callejeras, muertes violentas entre otras.

La familia es la base de la sociedad, al tener miembros adictos o con consumos incontrolables, se destruye ese pilar que funciona como puerto seguro, como espacio en el que sus miembros pueden convivir de forma serena y en armonía, lo que hace que la sociedad tambalee y se cree un ambiente de hostilidad donde la población afectada sale a las calles a buscar lo que no encuentra en casa, dando paso a formar parte de los grupos de antisociales, mejor conocidos como maras, las cuales se dedican a ejercer violencia sobre esa sociedad que no pudo suplir su apego seguro.

El alcohol es una sustancia de venta libre que se puede encontrar en cualquier tienda o super mercado, el cual se despacha sin menor control a toda persona que tenga la capacidad económica de adquirirlo, sin evaluar si cuenta con la edad mínima aprobada por la ley para poder consumirlo, claro está, no se puede culpar solo al vendedor cuando es el propio padre o familiar el que envía a los menores a comprar el producto para llevárselo a casa y consumirlo, aquellas esposas que prefieren que la pareja tome en el hogar y no se salga o aquellos adolescentes que empiezan a consumir con sus pares porque consideran que es normal hacerlo.

Al pasar del tiempo, el consumo se vuelve una necesidad lo que provoca esa dependencia al alcohol que lleva al consumidor a hacer casi cualquier cosa por recibir su dosis, sin importar sobre quien tenga que pasar o que tenga que hacer, se pierde todo sentido a la vida y el único objetivo es conseguir el alcohol que

necesite el cuerpo para poder seguir y funcionar, hasta que la persona decide parar, se da cuenta de que ya no puede y esto lo lleva a tocar el fondo necesario para buscar ayuda, una de las primeras fuentes son los grupos de alcohólicos anónimos a nivel mundial que presentan una guía de 12 pasos para mantenerse sobrio por 24 horas , algunas tienen años en sobriedad pero un evento fuerte puede provocar una recaída o un regreso al consumo ingobernable.

Capítulo 1

Generalidades

1.1. Línea de investigación

El presente estudio se encuentra en la línea de investigación del área de salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca, adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento, el cual permite establecer su conducta adictiva y el nivel de dependencia al alcohol que presentan los miembros del grupo de Alcohólicos Anónimos, Una Luz en el Camino, del departamento de Quetzaltenango, dicha investigación es de corte clínico fundamentado en la dependencia y la terapia de grupos así como la conducta adictiva que presentan los miembros activos en el mismo.

1.2. Planteamiento del problema

En Guatemala, el alcohol es una pandemia silenciosa ya que se adquieren rutinas de consumo entre amigos y familiares, se le da una connotación de celebración a la ingesta de alcohol, sin embargo, cada vez son más, los efectos del mismo sobre la sociedad debido a accidentes automovilísticos, suicidios, riñas o peleas callejeras que terminan en asesinatos o desinhibición de la conciencia lo que causa muertes, se observan consecuencias dentro del seno familiar ya que los familiares y amigos padecen junto al individuo que consume alcohol.

Conforme pasa el tiempo, el individuo se programa para consumir alcohol progresivamente hasta que llega a depender de la sustancia para poder sobrevivir, cada consumo es distinto pero igual de dañino, viven efectos físicos que hacen que su cerebro y su sistema nervioso, se mantengan a la espera de la recompensa de la reacción que causa en ellos el consumo lo que desencadena una conducta adictiva, cada vez necesitan mayor nivel de alcohol en su sistema para poder lograr el mismo efecto, lo que desarrolla que este sea masivo y desenfrenado, en este

proceso se pierden a los seres queridos hasta quedar en una total soledad donde solo el alcohol le acompaña, se acaban los recursos económicos, lo que puede llevarlos, en algunos casos, a volverse delincuentes o indigentes.

Acompañado de la dependencia al alcohol, empiezan a aparecer otras enfermedades como las hepáticas, pancreatitis, presión alta o hipertensión, problemas cardiacos, accidentes cerebro vasculares, cáncer, pérdida de memoria y en el ámbito psicológico, depresiones, ansiedades, demencia alcohólica y riesgos de suicidio. Todo ello hace que el cuadro clínico de la persona se vuelva cada vez más complicado pues no puede controlar su consumo a pesar de tener una condición de enfermedad crónica.

Cuando el individuo que consume alcohol toca su propio fondo y hace ese insight al darse cuenta de que tiene una vida ingobernable, decide empezar a trabajar en su adicción al alcohol puesto que el consumo es incontrolable y una vez que empieza no puede parar hasta perder la conciencia o tener consecuencias nefastas para él mismo, su entorno cercano, terceros y en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve, lo que lo lleva a busca su sobriedad por solo veinticuatro horas. Es importante resaltar que se debe tomar en cuenta la abstinencia por consumo puesto que el cuerpo ya está acostumbrado a tener alcohol en el sistema nervioso y cuando este no recibe esa dosis empieza con sintomatología que se debe controlar con medicamentos.

Uno de los recursos más utilizados, es la asistencia a los grupos de alcohólicos anónimos, donde se tiene un padrino, quien es el encargado de asistirle y acompañarle cuando venga ese deseo incontrolable de querer consumir alcohol. Sin embargo, se debe aclarar que todo depende de la persona en consumo ya que él decide si comunicarse o no cuando se evidencia una crisis emocional y se tiene ese deseo de volver a consumir, sin importar la cantidad de tiempo que se lleve en sobriedad, a esto también se le debe sumar el tipo de personalidad que tienen los miembros del grupo y que tanto crean que pueden controlar la crisis ellos mismos.

Por lo expuesto con anterioridad, se considera oportuno poder evaluar a la población que asiste actualmente al grupo de alcohólicos anónimos Una luz en el Camino de Quetzaltenango y así poder tener conocimiento de quienes son las personas con más posibilidades de experimentar una recaída en base a sus niveles de consumo, lo que permite establecer su nivel de dependencia al alcohol así como su tipo de personalidad y entender si existe una conducta adictiva a pesar de llevar determinado tiempo sin consumir.

1.3. Justificación

Es de suma importancia establecer la conducta adictiva y la dependencia al alcohol que se presenta en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos Una luz en el Camino de Quetzaltenango para hacer consciencia de que el alcoholismo es una enfermedad incurable que persiste durante toda la vida y que siempre se está en riesgo de recaer si no se valora la sobriedad y el sufrimiento solo por 24 horas.

Al poder establecer que se tiene una dependencia a una sustancia, en este caso al alcohol, se podrá contar con la evidencia necesaria que ampare la situación física, emocional, biológica, laboral y social de la persona en condición de alcohólico y a su vez poder establecer las variables que son parte de la conducta adictiva para determinar si aún persiste en los miembros.

Como profesionales de la salud mental, se podrá establecer el conjunto de profesiones encargadas de tomar acción donde se tomen en cuenta varias ramas a trabajar en la vida de la persona con dependencia al alcohol y aplicarlos para evidenciar un cambio en la persona que lo necesite, se considera que los psicólogos son los encargados de ser ese ente de cambio que una todas las ramas de la salud que necesite la persona para poder encontrar los pasos a seguir hacia el camino de la sobriedad.

1.4. Alcances

El estudio está dirigido a la evaluación de la conducta adictiva y la dependencia al alcohol por medio del test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT), y el cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP) con una población de 40 personas alcohólicas de sexo masculino, comprendidas entre los 17 y 89 años, que asisten al grupo de alcohólicos anónimos Una luz en el Camino, de la cabecera departamental de Quetzaltenango, será de gran utilidad para identificar a la población que este en mayor riesgo de volver a consumir.

Se obtendrá evidencia científica que será útil para los estudiantes de la facultad de humanidades de la Universidad San Carlos de Guatemala, también para la sociedad que desee aprender y saber más sobre la conducta adictiva y la dependencia al alcohol, a los profesionales de la salud mental que puedan reconocer la sintomatología necesaria para evidenciar el problema.

1.5. Objetivos de investigación

- **Objetivo General:** Determinar si existe una conducta adictiva en los miembros de alcohólicos anónimos Una luz en el Camino, de Quetzaltenango.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de autoestima que presentan los miembros del grupo.
- Indicar el locus de control que presentan los miembros del grupo.
- Establecer la probable adicción según el nivel de consumo.
- Indicar el porcentaje de población que está en riesgo de incidir en el consumo de alcohol en base a su clasificación de consumo.
- Establecer si existe dependencia al alcohol en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos.

3.6. Definición de variables

Alcohólico

Santandreu (2018) define el ser alcohólico como una persona que ha perdido el control de la cantidad de alcohol que consume. Pérdida de la capacidad de controlar lo que se bebe con diferentes tipos de problemas a causa del consumo.

Adicción

Santandreu (2018) Lo define como hacer algo que no se quiere hacer, pero se sigue haciendo. Repetidamente. Algo que quisiera hacer menos pero que es incapaz de dejar de hacerlo.

Alcoholismo

Roberts (2017) define el término de alcoholismo como una adicción al alcohol, su característica principal es la dificultad para controlar el consumo, inicia de forma muy sutil.

Dependencia al alcohol

Según la CIE 10, (Estándar internacional para la generación de estadísticas) indica que es un deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas.

Conducta adictiva

Echeburua y Corral (1994) indica que es una conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases y que genera una pérdida de control en el sujeto.

Definición operacional

Las dos variables de estudio se operacionalizarían por medio de los siguientes cuestionarios: El test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT) y el cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP).

Capítulo 2

Fundamentación teórica

2.1. Definición de alcoholismo

Roberts (2017) indica que el alcoholismo es la adicción al alcohol, esto indica que la persona tiene un consumo incontrolable de esta sustancia, que se sobrepone a cualquier obligación que se tenga, independiente del ámbito en el que se desenvuelva.

Wallenhorst (2010) establece que el alcoholismo es una enfermedad que produce una decadencia pausada y gradual de la energía de la persona que consume alcohol, la cual daña sus órganos vitales, modifica su carácter, forma de pensar y actuar, debilita su intelecto, por lo que lo vuelve una persona sin criterio propio ni voluntad, de igual manera.

Ruppert (2017) establece que la adicción es un consumo que tiene como finalidad deprimir los niveles psicológicos de estimulación, actúa como un efecto de amortiguamiento para evitar las sensaciones o sentimientos traumáticos, quiere decir que en algunos casos el consumo de alcohol puede deberse a un trauma que vivió el enfermo alcohólico y consume solamente para entestecer las sensaciones que le dejó como secuela de aquel evento o secuencia de eventos que alteraron su psique. También, Martínez (2020) Indica que la adicción es una enfermedad mental que afecta la conducta y el cerebro que también se puede redireccionar y superar al utilizar como primer antídoto la declaración de que se es un enfermo adicto al alcohol.

2.1.1. *Etiología del alcoholismo*

Para poder empezar a hablar sobre la etiología del alcoholismo es viable tener como primicia la definición de que es el alcohol y de qué forma se torna un

consumo social a una adicción. John, et al. (2017) indica que el alcohol es una molécula de etanol que produce sensaciones intrínsecas de euforia y desinhibición, disminución de la ansiedad y sedación, estas se estimulan y refuerzan por el contexto social y cultural en el que se desenvuelve el consumidor. Al ingerir una dosis muy alta o tener un consumo muy rápido y prolongado se puede producir una desinhibición conductual acompañado de alteraciones motoras y cognitivas que pueden llegar a amnesias por etanol, coma o la muerte. Los efectos tóxicos del alcohol pueden alterar la química cerebral, el encéfalo, lo que desencadena una adicción a dicha sustancia. El consumo de alcohol es la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos con un aproximado de 100,000 muertes anuales.

Lázaro (2011) en su tesis doctoral titulada hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia, presenta un modelo biopsicosocial de la etiología del alcoholismo dividido en tres factores, entre los que se encuentra el biológico, social y psicológico, los cuales se describen a continuación.

2.1.2. Factor Biológico

Pedrero-Pérez (2011) establece en su libro neurociencia y adicción que los sustratos neuronales presentan mayor o menor susceptibilidad al principio de una conducta adictiva debido a los efectos euforizantes de la droga. Entre los factores biológicos que pueden desencadenar una adicción al alcohol, está el sistema neuroendocrino, por medio del eje hipotálamo hipófisis adrenal, unido con la liberación de glucocorticoides, en otras palabras cortisol, lo que provoca efectos inmunosupresores en la respuesta orgánica vegetativa, esto desarrolla un estado de estrés sostenido, lo que aumenta las posibilidades de ser más vulnerable a desencadenar una adicción unida a factores como el ambiente psicosocial y la susceptibilidad que presente el sistema nervioso de la persona. Cuando una persona mantiene niveles de cortisol sobre la media por determinado tiempo prolongado, es más susceptible a desencadenar una dependencia al alcohol por la

reacción a nivel cerebral que recibe al estimularse la dopamina lo que viene a poner en remisión la constante de cortisol.

La genética juega un papel importante ya que existen factores epigenéticos que pueden aumentar el receptor de dopamina D2, combinado con el sistema glutamatérgico y opiodérgico entre los neurotransmisores lo que provoca una mayor susceptibilidad a la dependencia del alcohol, dichos factores pueden verse alterados durante el desarrollo prenatal lo que afecta el sistema de neurotransmisores, los cuales regulan la farmacocinética y farmacodinámica de la química cerebral de la persona. La dopamina está relacionada con el deseo de consumir ya que ella permite sentir la sensación positiva que causa la conducta de consumir sin haberlo hecho.

El consumo crónico prolongado causa disfunciones en la comunicación neuronal dopaminérgica, lo que le hace creer al adicto que al consumir alcohol va a lograr las mismas sensaciones placenteras que tenía cuando estaba al inicio de su consumo, esto lo lleva a consumir cada vez más lo que establece una conducta adictiva. Redolar (2011) en su libro cerebro y adicción establece la relación que existe entre los niveles de dopamina en el núcleo accumbens y la forma en la que la persistencia y compulsividad fijan la conducta de ingesta de alcohol, en la persona; las dos regiones del núcleo accumbens, shell, es necesaria para la adquisición de una conducta de autoadministración mientras que, core, es la responsable de la adquisición de las conductas de búsqueda de la droga, cayendo en los círculos viciosos.

De la misma manera se debe tomar en cuenta entre el factor biológico, el metabolismo del individuo, así como su estado nutricional ya que puede tener una deficiencia que se alivia temporalmente con el consumo de alcohol pero que causa una insuficiencia de vitaminas como la B1 o tiamina.

2.1.3. Factor Social

Rivadeneira (2013) en su tesis doctoral, establece que las etapas de socialización en la familia se rigen y cambian en base al ciclo de vida que experimente la familia, se pueden identificar dos tipos de socialización, el primer tipo se establece cuando el niño empieza a relacionarse con sus padres, cuidadores y la familia más cercana, en esta etapa aprende los valores básicos, las normas y reglas que rigen su comportamiento al relacionarse con los demás. El segundo tipo se establece cuando el individuo empieza a relacionarse con agentes secundarios como la escuela, sus redes de convivencia, instituciones deportivas y sus pares, lo que le permite poner en práctica lo aprendido con la familia y nutrirse de las nuevas experiencias que le permitirán configurar su propio sistema de relaciones.

La cultura latina está condicionada a consumos colectivos que se ponen en práctica desde el hogar, donde los miembros de la familia le dan al consumo, una connotación de celebración o unión familiar, lo que conlleva a costumbres mal sanas que provocan un modelo de familias que deben de tener alcohol en la mesa para poder compartir y “disfrutar” de una reunión. Esto hace que se le dé un valor relevante al alcohol y se ignoren las consecuencias nocivas que puede tener para los miembros del núcleo familiar, situación que se repite por el moldeamiento parental que se prolonga de generación en generación.

El valor que una persona otorga al consumo de alcohol está determinado principalmente por la sociedad en la que vive. La sociedad influye en el conocimiento de las personas sobre si está bien beber alcohol o la cantidad recomendada de alcohol. Independientemente de si el comportamiento de bebida de un sujeto se ajusta a las normas sociales, el comportamiento del sujeto es explícita o implícitamente reforzado o censurado. Estas reacciones sociales al estilo de bebida de una persona ayudan a solidificar el valor que cada persona le da al alcohol (Arias Horcajadas et al., 2021).

Desde la sociología, se han esgrimido tres aproximaciones para explicar el alcoholismo: funcionalismo, teoría del conflicto y de la interacción. Para el funcionalismo, El consumo de alcohol y otras drogas se debe a la falta de integración de diferentes grupos en la sociedad y al rechazo de los valores acordados por las personas que viven en zonas socioeconómicamente más débiles. Esta corriente ha sido criticada por su limitado valor explicativo. La teoría de conflicto considera que el consumo de sustancias es una forma de escapar de las clases bajas o una forma de resistencia contra las clases altas. Las teorías interaccionistas intentaban explicar el uso de sustancias por parte de un grupo social particular como una "forma de opresión" por parte de un grupo político o cultural (Arias Horcajadas et al., 2021).

2.1.4. Factor psicológico

Núñez (2018) en la edición 27, de la revista colombiana de psicología establece que existen factores psicológicos que predisponen a la persona a embriagarse o a tener un consumo de alcohol dañino, entre ellos se mencionan: el alta autoestima, alta impulsividad, bajo locus de control interno, tener una relación distante con el padre, estrés y tabaquismo, también se debe tomar en cuenta aquella población que ha tenido ideación suicida, depresión o problemas de la conducta alimentaria unido a una relación distante con la madre.

El doble rol que desempeñan los jóvenes, al trabajar y estudiar, hace que sus niveles de cortisol se mantengan alterados, experimentan mayores niveles de estrés, pero también esa sensación de libertad económica y poder adquisitivo lo que les hace ser más propensos al consumo de alcohol, se apodera de ellos la idea de ser independientes y que tienen todo a sus pies.

Otra área de interés fundamental para la etiología del alcoholismo es el trauma que pueda haber experimentado la persona en sus primeros años de vida, durante la etapa de su niñez y adolescencia, Sandua (2023) indica que las

experiencias traumáticas pueden influir en la predisposición de un individuo a volverse adicto, entre ellos pueden estar abusos físicos, emocionales o sexuales, abandonos, pérdidas de seres queridos o eventos de violencia familiar, accidentes, desastres naturales entre otros.

La impulsividad es el rasgo de personalidad más estudiado en los alcohólicos, seguido del papel de las emociones negativas. Las personas impulsivas valoran los efectos reforzadores positivos del alcohol, mientras que las personas con altos niveles de ansiedad valoran más la capacidad del alcohol para aliviar estos estados emocionales (Arias Horcajadas et al., 2021).

2.1.5. Clasificación en base al consumo

Becoña et al (2011) presenta los diferentes tipos de consumo que pueden existir en base a la cantidad que consume la persona adicta, los cuales se definen a continuación:

Tabla 1

Diferentes tipos de consumo de alcohol

Tipo de consumo	Definición
Consumo abusivo	Patrón de consumo que excede el estándar de un consumo moderado o de un consumo social. Causa serios daños en la salud de la persona.
Consumo de riesgo	Consumo de una sustancia que hace muy probable que dicho consumo tenga consecuencias nocivas para el individuo.

Consumo experimental:	Consumo infrecuente de una sustancia. Puede hacerse por curiosidad.
Consumo moderado:	Consumo de alcohol bajo que no crea consecuencias como problemas físicos o psicológicos en la persona.
Consumo perjudicial:	Consumo de una sustancia que produce consecuencias negativas en la persona.
Consumo social:	Consumo que se considera normal en una sociedad concreta.

Nota: Esta tabla muestra los tipos de consumo que existen en base a la cantidad y frecuencia de la ingesta. Becoña (2011).

Camacho (2019) cita a Alonzo Fernández, basado en los tipos de bebedores según el consumo de Jellinke establece que existen 3 formas la cuales se presentan a continuación.

Tabla 2

Tipos de bebedores

Tipo de bebedor en base al consumo	Cantidad a consumir y sus características.
Bebedores excesivos regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Consume alcohol regularmente • 3 a 4 litros de vino al día • Logra controlar el consumo. • Se deja influenciar por situaciones laborales o fraternales. • Consume por consolidación social.

	<ul style="list-style-type: none"> • Llega con facilidad a alcoholizarse. • Presenta un patrón de consumo excesivo.
Bebedores enfermos psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen de base un trastorno psíquico entre los frecuentes se encuentra el trastorno de ansiedad o trastornos depresivos y distimias. • Utiliza el alcohol para contrarrestar su sintomatología. • Consume para la reducción o exaltación de los síntomas.
Alcoholómanos	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo impulsivo, incapaz de parar. • Embriaguez constante. • Pierde el control, una vez que inicie la ingesta, puede abstenerse por algún tiempo, pero al comenzar no puede parar. • Personalidad pre-alcohólica caracterizada por soledad desde su infancia, lazos afectivos inestables, aislamiento progresivo, desesperanza y sensación de frustración repetidas veces. • Intensa dependencia psíquica. • Consume por evasión.

Nota: tipos de bebedores en base a su forma de consumo. Camacho (2019).

2.2. Definición de Conducta Adictiva

Para introducirse en la conducta adictiva, se debe hacer una diferencia entre el uso, abuso y dependencia de una sustancia, en este caso al alcohol. Se entiende por uso de alcohol a aquel consumo que no tiene como resultado consecuencias negativas para la persona que lo consume. El abuso se refiere a el consumo prolongado del individuo, que puede ser intermitente por ejemplo todos los fines de semana, sin importar las consecuencias negativas que tiene la persona y la dependencia al alcohol o síndrome de dependencia se establece.

Según Becoña (2011), define la conducta adictiva como la dependencia física y psíquica de sustancias psicoactivas que, al ser consumidas por el individuo, dan como resultado la pérdida de control sobre el consumo de las mismas y sobre su propio comportamiento. Al principio todo es risas y fiesta, pero conforme pasa el tiempo, la persona se da cuenta de que cada vez desea consumir más, que deja de lado sus actividades cotidianas por estar en consumo o bajo efectos del mismo hasta que un día, empieza a tener problemas en diferentes áreas de su vida, porque ya tiene una adicción y el único que no se da cuenta de la dependencia a la sustancia es el que la consume lo que hace más difícil que cese el consumo. Las peores consecuencias se experimentan a mediano y largo plazo donde se empiezan a padecer enfermedades físicas y psicológicas lo que desgasta al individuo hasta perder su propio auto valor y autoconcepto ya que se da una pérdida total de su voluntad.

Ruppert (2017) establece que la conducta adictiva puede estar ligada a un trauma por las sensaciones que están presentes en la persona y desea anestesiarlas, consume para ocultar la experiencia traumática y los sentimientos que esta le provoca, para reemplazar la falta de sueño, ansiedad o causa, así como para evadir la sensación de vacío. En algunos casos, el consumo de drogas se utiliza con la finalidad de suprimir la sintomatología traumática, lo que trae como consecuencia una manipulación en la química cerebral, alteración que

desencadena la tolerancia a la droga. El tipo de adicción está sujeta a la naturaleza del trauma que presente el adicto. El consumo adictivo puede ser por un severo temor a la muerte lo que da consecuencia que la persona quiera escapar de esta sensación.

La conducta adictiva se caracteriza por elementos que la constituyen, los cuales se describen a continuación: el primero es la compulsión por consumir, más cuando la sustancia no está disponible, el segundo elemento es el detener el consumo repentinamente, el tercer elemento consta de la tolerancia, los cambios de humor y malestar generalizado, no logra el mismo efecto o le impiden continuar con el consumo y el cuarto elemento es el continúan el consumo a pesar de las consecuencias graves que le están produciendo al individuo, quedar intoxicado. En otras palabras, la conducta adictiva se evidencia en la dependencia a una sustancia adictiva, en este caso al alcohol, el síndrome de abstinencia, la tolerancia y el vivir y funcionar en base al consumo.

El principal síntoma característico de la conducta adictiva es la pérdida de control. Esta es una expresión conductual de la incapacidad del cerebro para controlar su comportamiento. Los impulsos se expresan sin procesamiento modulador, ya sea por condiciones genéticas, afectación en el neurodesarrollo, experiencias traumáticas personales, complicaciones emocionales, disfuncionalidades familiares y sociales, se crean condiciones favorables que aumentan el riesgo de ingestión y permiten la posibilidad de una ingestión continua durante largos períodos de tiempo, posiblemente con alta frecuencia o en grandes cantidades. La susceptibilidad al consumo también puede permanecer latente durante largos períodos de tiempo hasta que se cumplan las condiciones personales y ambientales que precipitan el inicio del consumo y la progresión de un trastorno adictivo, como un evento o situación psicológica traumática o un entorno favorable al consumidor (Sandí Esquivel & Castillo Araya, 2021).

Los circuitos de placer se proyectan a la corteza prefrontal, la región más desarrollada del cerebro responsable de funciones ejecutivas superiores como el control de los impulsos, la toma de decisiones, el control del comportamiento, la motivación, la memoria y el aprendizaje. Las actividades instintivas primarias de las estructuras límbicas son reguladas por la corteza prefrontal a través de conexiones dopaminérgicas y glutamatérgicas para ajustarse a las necesidades del sujeto dependiendo de lo que sea más conveniente. Sin embargo, con el consumo crónico, la sobre activación prolongada y severa eventualmente conduce a un daño severo a estos circuitos, lo que resulta en un empeoramiento de la función cognitiva ejecutiva. La desregulación de los circuitos corticales prefrontales en personas con trastornos adictivos se manifiesta como una incapacidad anormal para reconocer lo que es mejor para ellos y para los demás (Sandí Esquivel & Castillo Araya, 2021).

En la expresión de una conducta adictiva, queda muy claro que la persona es consciente de las consecuencias de su consumo y sus efectos, pero, aunque quiera dejar de consumir y realmente lo haga, este estado cognitivo opera en diferentes niveles del proceso adictivo. Lo intenta y falla varias veces, promete que no lo volverá a hacer, pero lo vuelve a utilizar cuando la conducta es activada por determinantes psico conductuales, ambientales y neurobiológicos (Sandí Esquivel & Castillo Araya, 2021).

2.2.1. Compulsión por consumir

El manual de criterios diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, DSM 5, (2011) indica que la compulsión por consumir es un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un gran malestar clínicamente significativo y se mantiene al menos en un plazo de 12 meses. Los criterios se mencionan a continuación:

- Consumo de alcohol frecuente, En grandes cantidades y por un tiempo prolongado.

- Deseo persistente por consumir.
- fracasos reiterados a la hora de desear, abandonar o controlar el consumo.
- Uso de lapsos de tiempo prolongados para aquellas actividades que permitan conseguir el alcohol, consumirlo y recuperarse de los efectos.
- Deseo poderoso e incontrolable por consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva a el incumplimiento de las responsabilidades del individuo, así como de los compromisos sociales y laborales.
- Consumo de alcohol recurrente a pesar de tener consecuencias físicas.
- Se continúa con el consumo de alcohol, a pesar de que se sabe que ya se tiene. Una enfermedad o condición desarrollada por ingerir alcohol.
- Una tolerancia marcada por un consumo que tiene que ser mayor para lograr los efectos deseados.
- Abstinencia.

En esta etapa del alcoholismo, la persona busca los lugares, las personas, los eventos y las reuniones que le permitan poder ingerir alcohol libremente sin sentirse juzgado, son más sociables, tienen más reuniones y están en constante alerta para propiciar “unos tragos” empiezan a beber con o sin motivos, con o sin compañía, buscan a personas que tengan el mismo juego patológico, quieran y tengan esa compulsión por la bebida, en algunas ocasiones puede tomar y parar pero después con el paso del tiempo, consume cada vez más alcohol hasta que toma todos los días o está a la espera de “viernes” para poder darse el permiso de tomar, sin embargo, luego de un tiempo, ya no importa, día, hora, lugar o incluso compañía, simplemente se tiene la necesidad de consumir.

2.2.2. Síndrome de abstinencia

Becoña (2011) establece el síndrome de abstinencia como aquellos síntomas físicos y psíquicos que presenta el individuo alcohólico cuando se deja el consumo, este puede ser por una resaca moral y eso lo hace querer parar o porque sus pares

lo condicionan. Por lo general, se empieza a presentar en el adicto a las pocas horas del último trago que se ingirió. Es por ello que la mayoría de personas alcohólicas necesitan volver a tomar para estabilizar su organismo, lamentablemente, como se tiene una dependencia al alcohol, la persona vuelve a emborracharse hasta perder el control hasta el punto de desinhibir el sistema nervioso y límbico. A nivel físico presenta síntomas como vómitos o náuseas, sudoración, hipo concentración, pensamiento desorganizado, alteraciones de la memoria, dificultad para situarse en tiempo y espacio, hiperactividad, estrés, conductas automáticas, taquicardia, dolores de cabeza, insomnio, alucinaciones, delirios, ansiedad entre otros.

Hay un tiempo en el que lucha con todas sus fuerzas por no volver a consumir y se miente a si mismo al repetir que puede controlarlo y que el decidirá cuando volverá a hacerlo, que el controla el consumo y no el consumo a él. Al estar en esta etapa, el adicto es capaz de robar, empeñar, asaltar con tal de conseguir un trago que le quite los temblores, náuseas y sensación de malestar generalizado que le provoca la intoxicación alcohólica. Su único objetivo es conseguir ese anhelado trago, por ello sus reacciones se vuelven descontroladas ya que pierden toda voluntad y solo sobreviven por el anhelo de volver a sentir esa euforia que un día le hizo experimentar ese primer trago.

El adicto no es consciente de que esa necesidad por consumir solo es el reflejo de todos los daños que ha ocasionado a su alrededor por eso prefiere enfocarse en seguir anestesiado que en buscar parar el consumo o recuperar lo que ya ha perdido.

2.2.3. Tolerancia

La tolerancia es la resistencia que adquiere el cuerpo del adicto donde las cantidades que consumía al principio ya no le causan el mismo efecto, una adaptación del organismo a una sustancia, se da una tolerancia condicionada por

el ambiente, estado emocional y estímulos que experimenta el adicto en el momento del consumo, situación determinante para identificar la intensidad de los efectos, algunos tienen expresiones como “ hoy no me agarro tanto o no me lo hiciste igual” pero realmente lo que ocurre es que químicamente su cuerpo ya está a la expectativa de la recompensa para poder sentir esa euforia y obviamente necesita más cantidad de alcohol para llegar al mismo nivel de placer y recompensa.

Es por ello que se debe mencionar la neuro adaptación, proceso por el que la acción repetida de consumo sobre las células neuronales provoca una serie de cambios destinados a recuperar la función del cuerpo previo al consumo. El alcohólico que pasa por esta etapa, tiene un carácter y temperamento sumamente volatín, impredecible e incontrolable, por ellos se desencadenan varios actos de violencia intrafamiliar ya que la familia desespera por querer parar el consumo y él solo busca poder volver a consumir.

2.2.4. Toxicomanía

Según la organización mundial de la salud, se define la toxicomanía como un estado de intoxicación periódica o crónica por un consumo repetido de una droga que tiene como consecuencia el deseo o necesidad imperiosa de seguir en la ingesta de la sustancia y obtenerla por cualquier medio. Carr (2018) hace referencia a las dos definiciones de intoxicar según el diccionario Collins donde, por una parte, se describe como emborracharse, pero por otra como excitarse en exceso, esto hace la mezcla perfecta para especificar la euforia que presenta el adicto cuando consumo alcohol.

Existen criterios específicos para diagnosticar una intoxicación alcohólica , la cual tiene como característica la siguiente sintomatología: el adicto presenta una reciente ingesta de alcohol que le provoca un caminado inestable, incapacidad para coordinar y mantener la orientación del cuerpo, ataxia cerebral, somnolencia, dificultad para respirar, mareos o nauseas, riesgo de alteración o paro de la

frecuencia cardiaca, nistagmos oscilación espasmódica del glóbulo ocular alrededor de su eje lo que produce una visión borrosa o doble, rubor facial, afasia, ecolalia o lenguaje alterado, excesiva y falsa familiaridad en el comportamiento, comportamiento desadaptativo, irritabilidad, inestabilidad y fragilidad emocional, amnesias o lagunas mentales, cambios de comportamiento volátiles.

2.3. Neurobiología de la adicción

2.3.1. Circuito de recompensa

Becoña (2011) establece que el circuito de placer o recompensa es una vía común de refuerzos naturales y artificiales como el consumo de alcohol, esto hace que tenga un papel de suma relevancia en la dependencia a sustancias, desde el inicio del consumo, el mantenimiento del mismo y las recaídas debido a que de él dependen las actividades placenteras como alimentarse y la reproducción, también se encarga de velar por el aprendizaje y las conductas de acercamiento, fundamentales para la supervivencia, sin embargo cuando el adicto consume alcohol, altera el circuito y lo condiciona para que el sujeto aprenda a realizar conductas de ingesta de alcohol y guarde en su memoria estímulos que posteriormente puedan servir para desencadenar el consumo.

El objetivo del circuito de recompensa es perdurar las conductas que le causen placer a la persona, por ello se fija la adicción ya que el consumo de alcohol causa un incremento del neurotransmisor dopamina, fundamental en este circuito, lo que provoca un efecto hedónico acrecentado. Se establecen cuatro pasos en este proceso el cual inicia con la recompensa, situado en el núcleo acupens y en el pálido ventral, seguidamente pasa a la motivación o impulso donde se activa la corteza orbitofrontal y la corteza sub callosa para después pasar a la memoria y aprendizaje donde interactúa la amígdala y el hipocampo lo que anula el control en la corteza prefrontal y el giro cingulado anterior, al llevar todo este proceso químico en el cerebro se fija la conducta adictiva.

Actualmente está bien establecido que el alcohol, al igual que otras sustancias de abuso, provoca un aumento del neurotransmisor dopamina en los circuitos de recompensa del cerebro. En particular, la dopamina desempeña un papel en la creación de sensaciones placenteras (refuerzo positivo), lo que aumenta la probabilidad de repetir el comportamiento de beber alcohol. Este centro se encarga, entre otras cosas, de convertir las señales recibidas desde dentro y fuera del cuerpo en conducta motivada y guía nuestra conducta para conseguir este refuerzo (Arias Horcajadas et al., 2021).

Los estudios realizados en animales de experimentación indican que la dopamina liberada en el centro de recompensa después de ver un estímulo relacionado con el alcohol es hasta 10 veces mayor que la dopamina liberada al comer un plato de buena comida con el estómago vacío. Es decir, el alcohol ha adquirido valor de supervivencia para los adictos, aunque tiene un valor motivacional más importante que los potenciadores naturales (Arias Horcajadas et al., 2021).

2.4. Variables psicológicas relacionadas con la adicción

Según Pérez, et al (2005) en el cuestionario de variables de interacción psicosocial define las siguientes variables psicológicas que se describen a continuación:

2.4.1. Autoestima

La baja autoestima se vincula a la adicción tanto como rasgo favorecedor del establecimiento de patrones desadaptativos de consumo, como un factor de mantenimiento de la conducta y como una consecuencia de la incapacidad percibida para mantener el control; ello no sólo se ha encontrado en adicción a sustancias, sino también en las denominadas adicciones comportamentales sin

sustancia (Sariyska et al., 2014). Su combinación con un bajo optimismo está en la base del modelo cognitivo de depresión de Beck (2008).

Los adolescentes con alta autoestima tienen menos probabilidades de consumir alcohol que los adolescentes con baja autoestima. Los adolescentes con alta autoestima son más capaces de expresar sus sentimientos, emociones y emociones positivas sobre sí mismos. (Noh-Moo et al., 2021). La autoestima proporciona las habilidades que se necesitan para resistir la presión de compañeros para consumir sustancias. Por lo tanto, se podrán tomar decisiones acertadas. La autoestima es una variable psicológica moderadora a través de la cual se adquieren conductas saludables o no saludables, y depende del nivel de autoestima que se tenga en el momento particular en que adoptan o cambian su estilo de vida. (Terrero et al., 2019).

2.4.2. Autoeficacia

La autoeficacia general, es decir, la capacidad estimada de enfrentarse las dificultades que evalúa cada sujeto, se relaciona con su capacidad real para enfrentarse a situaciones de riesgo, así como para mantenerse en tratamiento y alcanzar buenos resultados (Kadden y Litt, 2011).

Las personas con alta autoeficacia desarrollan la capacidad de pensar positivamente sobre el futuro, percibirse a sí mismas como más capaces y más resistentes a conductas de riesgo como el consumo de alcohol. Estas personas también tienen metas ambiciosas y perseveran para alcanzarlas. Tienen como objetivo aumentar el control y la confianza para cambiar situaciones que causan malestar o insatisfacción. (Noh-Moo et al., 2021).

La autoeficacia para rechazar el alcohol puede entenderse como la creencia de un individuo en su capacidad para rechazar bebidas alcohólicas y es un buen predictor del consumo de alcohol incluso en eventos concurridos. Los

jóvenes con baja autoeficacia para rechazar el alcohol tienen más probabilidades de beber y sufrir las consecuencias en comparación con los jóvenes con alta autoeficacia para rechazar el alcohol. Además, se ha encontrado que la autoeficacia media la relación entre las expectativas de consumo, el nivel y patrón de consumo de alcohol. La autoeficacia es una de las variables que influye en la adopción de estrategias de conducta protectora relacionadas con el consumo de alcohol, esto significa que las personas con alta autoeficacia tienen menos probabilidades de sufrir los efectos del consumo excesivo de alcohol porque utilizan estrategias conductuales protectoras con mayor frecuencia. (Taberero et al., 2019).

2.4.3. Locus de control

El locus de control interno es la creencia de que el sujeto está en condiciones (capacidades y esfuerzo) de modificar su conducta, mientras que si es externo tenderá a modificarla poco en espera de que circunstancias externas (intervención médica/psicológica, medicación, suerte, control parental) sean la clave del cambio; es pues vital considerar el sistema de creencias del individuo a la hora de proponer un tratamiento (Ersche, Turton, Croudace y Štochl, 2012).

2.4.4. Habilidades sociales

La falta de habilidades sociales se relaciona con el desarrollo de patrones de consumo desadaptativos, así como con otros problemas psicopatológicos asociados a la adicción (Beardslee, Chien y Bell, 2014).

2.4.5. Autocontrol

El autocontrol sería la dimensión opuesta a la impulsividad, y, más precisamente, la capacidad aprendida para inhibir respuestas irreflexivas sin

cálculo de consecuencias (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok y Baumeister, 2012).

2.4.6. Estilos de afrontamiento

Resolver los conflictos es una variable crítica en relación con el abuso de sustancias si lo deseable es una orientación al problema y su resolución, y la búsqueda de apoyo social es una segunda línea de afrontamiento, la orientación al malestar no sólo es ineficaz, sino que favorece la evitación y el escape, siendo el consumo de drogas el principal mecanismo de reducción del malestar (Corbin, Farmer y Nolen-Hoekesma, 2013).

2.5. Re-Alcoholización

Wallenhorst (2010) define la re-alcoholización como aquel periodo de tiempo en el que el adicto había dejado de consumir alcohol, pero vuelve a hacerlo, puede que sea un único evento a lo que se le llamara re alcoholización, sin embargo se debe tomar en cuenta que en otros casos, puede que la persona nunca allá dejado el consumo y este en constante ingesta solo que de forma escondida haciendo referencia a una recaída, lo que aumenta la ansiedad por el consumo y le hace caer en un auto engaño respecto a su enfermedad y condición de alcohólico.

El individuo en consumo puede recaer debido a diferentes factores, entre ellos se puede mencionar la obsesión por el consumo, esto hace que el adicto se sienta frustrado y vuelva a buscar la ingesta de alcohol tras no aceptar su enfermedad, también puede haber un evento que haya hecho que la persona se sienta con una tensión angustiada y esto le haga consumir de nuevo, a cada momento está latente el miedo a no poder mantenerse sobrio lo que lo pone a prueba. Otro factor es la soledad, se debe tomar en cuenta que la mayoría de los adictos que están en esta etapa han tenido como consecuencia problemas

familiares que lo han dejado asilado del núcleo familiar, social y laboral por lo que el alcohol llega a cumplir la función de relleno.

El desánimo le hace sentir al adicto que todo su esfuerzo ha sido en vano pues quizá no ha conseguido lo que el deseaba a la hora de abstenerse por determinado periodo de tiempo, puede sentir que solo se le ve con la lupa y el estigma de ser alcohólico, pero no se le reconoce como persona. El alcohólico se sabotea e intenta castigarse porque siente que avanza muy lento o que a la hora de volver a consumir no tendrá que enfrentar todas las situaciones que dejó pausadas por estar en consumo, su autoimagen esta por los suelos y esto lo puede llevar a una recaída suicida donde el volver a consumir sea con la finalidad de quitarse la vida. De la misma manera puede que utilice una recaída como forma de castigar a sus pares, porque según él lo abandonaron así sea solo por un momento, es una forma de llamar la atención de los demás o poder comprobar que realmente ya puede controlar el consumo y va a poder parar, pensamiento que solo lo lleva a repetir los elementos de una conducta adictiva.

2.6. Grupo terapéutico

Diaz (2000) indica que el grupo es un agente terapéutico por sí mismo, donde se presenta una realidad condicionada y planificada enfocada a un objetivo en específico programado por el psicoterapeuta quien utiliza la interacción entre los miembros para trabajar la salud mental, su misión es descubrir y transformar las conductas inadecuadas de sus integrantes y reformular la actitud de los mismos para que se vuelvan sanas. La convivencia se basa en las interacciones y comunicación en base a normas definidas previamente. Su finalidad es la intervención en los procesos inconscientes de cada uno de los miembros al trabajar en base a las conductas desadaptativas y creencias irracionales, el poder hablar tiene una función catártica que libera al miembro de la carga emocional de callar lo que lastima.

Los miembros del grupo cumplen con el rol de contención y apoyo para sus semejantes al lograr ese insight tan necesario en el abuso de sustancias, reconocer que no es el único que esta pasa este proceso y que hay otros que entienden lo que la persona experimenta a diario. La autorrevelación, actúa como un medio para reforzar la autoestima de la persona y su auto concepto. El clima del grupo está cargado de emociones, lo que permite que todos se den el permiso de sentir y dejar fluir lo que determinada situación les hace sentir lo que causa una liberación emocional.

Los grupos terapéuticos pueden ser estructurados o no estructurados, la diferencia se marca en la forma de llevar la sesión ya que puede que cada uno tenga un rol definido o sea de actuar libre. Se presenta un encuadre con reglas verbales y no verbales, horarios y lugar de reunión, también se debe hacer un contrato o consentimiento informado para validez y regular el actuar de los miembros, así como para garantizar la confidencialidad e integridad de los mismos.

2.7. Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos anónimos inicio en 1935 en Ohio con el encuentro de Bill W, un agente de la bolsa de valores de Nueva York y el Dr Bob S, un cirujano, ambos enfermos alcohólicos, los cuales definían su condición como una enfermedad de la mente, las emociones y el cuerpo. Es una modalidad de terapia de grupo donde los miembros pueden asistir libremente, la única condición es querer dejar de beber, se admiten hombres y mujeres sin importar su edad o estatus económico, social o religioso.

Existen grupos de alcohólicos anónimos llamados tradicionales y están los llamados de estudio. Los primeros son grupos de autoayuda donde existe una tribuna y puede pasar a compartir su testimonio quien lo desee mientras que, en los grupos de estudio, se lleva un proceso del estudio de los 12 pasos de AA, ambos tienen padrinos a los que pueden recurrir cuando venga ese deseo ingobernable de

volver a consumir. Un padrino por lo general es un alcohólico que ya lleva tiempo en sobriedad, alguien que puede servir de apoyo y freno para aquel adicto que empieza su proceso de no consumir por solo 24 horas como lo dice la biografía de Alcohólicos Anónimos. A continuación, se presentan los pasos:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente, le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Alcohólicos anónimos ha sido la salvación de muchos adictos al alcohol que encuentran en ellos un refugio y un lugar al cual pertenecer donde los aceptan sin condiciones, rechazos o estigmas lo que les permite trabajar sus vivencias sin sentir que serán sermoneados, solo es un testimonio de otro adicto que ya logro mantenerse sobrio solo por 24 horas más y siempre se debe de recordar que es ley de vida buscar ayuda con el padrino antes de tomar ese primer trago.

2.8. Consecuencias del consumo

La comisión Interamericana para control de abuso de drogas establece que existen diferentes áreas en la vida del adicto que pueden sufrir consecuencias catastróficas por el consumo de alcohol las cuales se describen a continuación:

Consecuencias en la salud:

- Degeneración y atrofia cerebral.
- Convulsiones por abstinencia de alcohol.
- Como inducido por el alcohol.
- Alteraciones de la consciencia.
- Anemia y disminución de las defensas
- Alteraciones cardiacas
- Alteración sensitiva y de los reflejos.
- Hepatitis o cirrosis en el hígado
- Gastritis o úlceras a nivel estomacal.
- Inflamación y degeneración del páncreas.
- Daño intestinal debido a la pobre absorción de vitaminas, hidratos y grasas que provocan deficiencias.

La condición genética de una mujer la hace menos propensa a sufrir alcoholismo, pero aumenta su riesgo de desarrollar cirrosis. Además, el alcohol, incluso en cantidades moderadas, inhibe significativamente el

desarrollo del sistema reproductivo en mujeres prepuberales y adolescentes. El consumo de alcohol también aumenta el riesgo de cáncer de mama. El consumo crónico de alcohol provoca menopausia precoz, osteoporosis, amenorrea e infertilidad con reducción del tamaño de los ovarios. También tienen más probabilidades de desarrollar cirrosis hepática y un mayor riesgo de desarrollar enfermedad vascular (Soto et al., 2018).

Los efectos incluyen daño hepático (especialmente hígado graso), hepatitis alcohólica o cirrosis. En el tracto gastrointestinal y puede provocar esofagitis y empeoramiento de las úlceras de estómago existentes. Además, aumenta el riesgo de cáncer de esófago y la frecuencia de gastritis atrófica crónica. El consumo excesivo de alcohol es una causa importante de pancreatitis crónica y se ha descubierto que es una causa común de pancreatitis aguda. El consumo excesivo de alcohol se asocia con deficiencias nutricionales, que también pueden provocar anemia, daño neurológico y disminución de la función celular y hormonal. El alcohol tiene importantes efectos metabólicos sobre los carbohidratos, las grasas y las proteínas. El consumo crónico de alcohol puede afectar el músculo cardíaco, provocando arritmias y presión arterial alta. El alcohol afecta el sistema inmunológico y el sistema hormonal. Puede causar complicaciones neurológicas como demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica (Soto et al., 2018).

Asociados al consumo habitual, también se pueden observar cambios en diversos órganos del sistema digestivo, entre ellos, fisuras en la parte inferior del esófago, gastritis (inflamación del revestimiento del estómago) o cambios en el tránsito intestinal. Todo ello va acompañado de desequilibrios nutricionales derivados de las enfermedades antes mencionadas. Por otro lado, las personas que beben alcohol habitualmente tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de esófago y estómago. El consumo regular, incluso en cantidades socialmente aceptables, puede afectar el páncreas y provocar una patología grave llamada pancreatitis, que se caracteriza por fuertes

dolores abdominales, vómitos y cambios en el metabolismo y las enzimas, lo que puede derivar en un proceso traumático y requerir tratamiento parcial. resección del páncreas afectado. Cuando se ingiere habitualmente durante al menos 8 o 10 años, los nervios periféricos se ven afectados, provocando un proceso llamado polineuritis alcohólica. Se caracteriza por cambios en los miembros inferiores, como fatiga al caminar, calambres, dolor nocturno y pérdida del conocimiento. Puede producirse parálisis refleja y muscular, y estos síntomas pueden extenderse a las extremidades superiores. El daño cerebral en los alcohólicos a menudo conduce a una pérdida irreversible de la capacidad intelectual. Se trata de demencias reales en las que predomina la inestabilidad emocional y la depresión, el afectado pierde el control sobre su vida y provoca cambios de comportamiento y regresión (Soto et al., 2018).

Consecuencias Psicológicas:

- Atrofia en el sistema límbico y alteraciones de los neurotransmisores.
- Bloqueo del sistema nervioso central responsable de controlar las inhibiciones.
- Irritabilidad.
- Trastornos alimentarios
- Trastornos del sueño.
- Delirios celotípicos.
- Delirios de persecución.
- Demencia alcohólica.
- Depresión.
- Trastornos somáticos.
- Emociones negativas.
- Suicidios.
- Manipulaciones.
- Trauma.

Después de beber en exceso, las mujeres obtienen peores resultados que los hombres en tareas de memoria a corto plazo. Las mujeres que beben alcohol tienen déficits importantes de memoria, atención dividida y habilidades motoras. La edad puede moderar los efectos del consumo de alcohol sobre la cognición. Los estudios que revelan diferencias de sexo en los efectos emocionales del alcohol en exceso revelan que las mujeres tienden a rendir peor que los hombres en tareas de alto nivel que requieren atención, memoria y trabajo de separación de decisiones, en comparación con tareas menos complejas como el tiempo de reacción o la toma de decisiones. El consumo excesivo de alcohol puede producir lagunas mentales, que se definen como periodos de amnesia (incapacidad para transferir información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo) experimentados mientras una persona está aparentemente consciente y puede realizar actividades como caminar, hablar y conducir. El consumo de alcohol se asocia con dificultades en las áreas de procesamiento emocional y cognición social, especialmente alexitimia, problemas para procesar las emociones de los demás, afectar el estado mental o los sentimientos de los demás y tener empatía (Fama et al., 2020).

Consecuencias sociales:

- Pérdida de trabajo.
- Conductas delictivas
- Alteraciones del orden.
- Rechazo de los pares.
- Accidentes vehiculares.

Aunque el alcohol suele ser un factor que contribuye a situaciones sociales negativas para los individuos y la sociedad, no las determina por completo. Por tanto, se ha sugerido que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de resultados negativos según el contexto en el que se mide. El deterioro social causado por el alcohol se refiere a la incapacidad para realizar diversas

funciones sociales, que pueden ser de corta duración o acumulativas en el tiempo; Sin embargo, se reconocen como problemas cuando alguien (que no sea el usuario) los reconoce como tales en un área determinada. En general, los problemas sociales con el alcohol son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, disminuyen con la edad de la persona, están asociados con la frecuencia del consumo excesivo de alcohol y el aumento del consumo de alcohol teniendo en cuenta factores sociodemográficos. El consumo regular de alcohol predijo malos resultados de consumo de alcohol independientemente de la cantidad de alcohol consumido, sin una asociación significativa entre el volumen y el patrón de consumo excesivo de alcohol. Particularmente y relativo a abstemios, uso diario de 40 o más gramos de alcohol se asocia 2,93 veces más a problemas sociales, uso semanal con ocasiones de uso intenso 4,88 veces. (Pizarro Muñoz, 2021).

Consecuencias familiares:

- Violencia
- Abusos
- Agresiones.
- Celos
- Perdida de rol activo.
- Desintegración familiar.
- Abandono.
- Muertes.
- Manipulación.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que afecta y destruye no sólo a la persona adicta, sino también a su familia. Este evento tiene un impacto negativo en la familia, porque hace que todos los miembros experimenten sentimientos negativos como incertidumbre, ansiedad y miedo de diversa índole como el habla violenta o abuso emocional, llegando incluso a la violencia física. La incertidumbre causada por el alcoholismo de un familiar es básicamente una

experiencia humana autodirigida de la falta de información, incertidumbre, inseguridad y dudas sobre eventos y situaciones relacionadas con la enfermedad de un familiar, como un cambio de comportamiento, pérdida de empleo, crisis financiera, violencia y problemas sociales que, al ser considerados peligrosos, pueden desencadenar reacciones emocionales o problemas que pueden afectar el bienestar psicológico y, por ende, la vida de la familia de la persona que bebe alcohol. Además del daño emocional, otro tipo de causa o pérdida que experimentan las familias es el impacto económico en las condiciones de vida (García & Castillo, 2019).

En el estudio llevado por García & Castillo (2019) encuentran que, el alto nivel de incertidumbre puede deberse a que el familiar adicto no puede comprender cómo lidiar con las emociones negativas como miedo, tristeza, ira, ansiedad, miedo y se siente enojado de vivir todos los días con un familiar adicto.

2.9. La familia del adicto

La primicia del adicto, es decir: “no quiero hacerle daño a la gente que amo, pero es lo primero que hago” cuando se está bajo efectos del alcohol, la persona no tiene control de sus acciones y forma de actuar, llegan a golpear, gritar, herir a sus pares y seres queridos. Stanton, M. D., Todd, T. C. (2018) describe un patrón prototípico en las familias de adictos, la madre tiene una relación tolerante, sobreprotectora, permisiva y apegada con el adicto mientras que el padre tiende a ser distante, ausente, débil y desapegado, el enfermo alcohólico describe que la relación con su padre es negativa con disciplina dura e ilógica, cree que los hermanos tienen una relación más cercana hacia la figura paterna, por lo general las familias han pasado por una separación o muerte de un progenitor. Aunque los adictos tienden a dejar a su familia por los amigos durante la adolescencia, mantienen estrechos lazos familiares, esto no quiere decir que sean sanos ya que las relaciones son disfuncionales con apegos excesivos y una comunicación esquizotípica.

Colli (2017) en su artículo la familia de la persona que presenta trastornos por uso de sustancias, una descripción de sus patologías más importantes y una propuesta sistémica de abordaje psicoterapéutico establece que las disfunciones familiares que más se presentan en una familia alcohólica son el doble vinculo descrito como una contraorden, esto quiere decir que el familiar da una orden, regla, condición o mandato pero a la vez descalifica al adicto, También se da una triangulación donde se juegan roles entre perseguidor, víctima y salvador.

La familia tiende a rechazar al adicto y lo abandona porque ya no saben qué hacer con su adicción, creen que han hecho todo lo que pueden y se dan por vencidos, de la misma manera llegan a temerle ya que el adicto se vuelve agresivo con sus pares y familiares más cercanos. Cuando se da un episodio de violencia, el adicto se siente sumamente culpable y es cuando el familiar tiende a utilizar una manipulación emocional que da como resultado patrones de huida, forman niveles de tensión y se producen síntomas psiquiátricos.

Kauffman, Yoshaika, 2005 como se citó en Colli (2017) establece que existen elementos básicos a trabajar con las familias de los adictos, entre ellos se puede mencionar el negativismo ya que la familia tiende a quejarse, criticar y presentar desagrado por la situación del enfermo alcohólico, de igual forma es importante hacer conscientes los límites amalgamados y conflictivos que han perjudicado la forma de relacionarse entre los miembros, debe de trabajarse la aceptación de la adicción que muchas veces tiene la familia al no querer reconocer la condición de su familiar, inteligencia emocional para enseñar a trabajar la ira reprimida.

Se plantea la hipótesis de que las familias que viven con adictos exhibirán una variedad de conductas de convivencia adaptativas caracterizadas por: el desarrollo de conductas encaminadas a proteger, controlar y cambiar a los adictos; intentar romper la adicción; reprimir o suprimir la expresión de sentimientos y emociones (Giron, 2007).

Esta serie de conductas sintomáticas crea inadvertidamente un sistema que perpetúa la adicción misma. Esta conducta se llama codependencia y se considera disfuncional en el sentido de que daña a quienes participan en ella e impide que el adicto asuma la responsabilidad personal de su conducta adictiva. Sin entrar aquí en una valoración de esta interpretación de la realidad, es posible demostrar que el sufrimiento que el alcoholismo provoca en las familias pasa por diversas vicisitudes y, de hecho, casi siempre conduce a desventajas. En busca de una solución al problema, las familias prueban diversas alternativas, normalmente con poco éxito (Giron, 2007). Así pues, resulta observable que la familia atraviesa por diferentes momentos:

- Al principio lo más frecuente es que la familia minimice o niegue el problema.
- En segundo lugar y cuando ya las señales de que existe el problema son demasiado evidentes, la familia suele intentar controlarlo
- El resultado de este movimiento de intento de control es que la conducta y la vida del familiar empieza a girar alrededor del problema
- Por último, a pesar de las soluciones intentadas se persiste en ellas y se cronifican.

El alcoholismo es una condición que puede convertirse en un principio organizador central de la vida familiar. Está claro que el alcoholismo tiene un impacto negativo en la mayoría de las familias. Y es extraño que, a pesar de la magnitud del impacto negativo, las familias estén tan acostumbradas al problema que tengan que soportar condiciones insoportables durante muchos años. Deben existir factores que promuevan el desarrollo de la conducta alcohólica y predispongan a los familiares al alcoholismo (Giron, 2007).

La conducta alcohólica influye en el ambiente interno de la familia a través de su influencia en los mecanismos reguladores. Por ejemplo, las familias distorsionan los hábitos existentes para adaptarse al comportamiento de beber y sus consecuencias. Respecto a los rituales familiares, hay que asumir que los actos

alcohólicos tienden a destruir la realización de estos rituales, por lo que, para mantenerlos, las familias deben evitar romperlos o dejarse influenciar, hay que hacer un esfuerzo especial si se quiere excluir a los miembros alcohólicos de estos rituales (Giron, 2007).

La consecuencia última del impacto del alcoholismo sobre los rituales familiares conduce en última instancia a una pérdida de flexibilidad familiar. Finalmente, ocurre un fenómeno interesante con respecto a los episodios de resolución de problemas a corto plazo: Varios aspectos importantes del proceso de resolución de problemas están fuertemente ligados al alcoholismo, que solo se producen cuando hay consumo de bebidas. Por ejemplo, el comportamiento de confrontación que los miembros de la familia deben desarrollar en circunstancias normales para protegerse de la manipulación de personas ajenas a ella pueden quedar vinculadas a los momentos de embriaguez. Por tanto, un episodio de intoxicación se convertirá en un elemento del proceso mediante el cual la familia puede protegerse de la hostilidad y agresión del entorno. Por tanto, la conducta alcohólica puede incluso tener alguna "función" positiva en el mantenimiento de la estabilidad interna de la familia (Giron, 2007).

Aunque el comportamiento alcohólico de un miembro de la familia pone en peligro la estabilidad interna de la familia, los cambios que algunas familias introducen en el comportamiento regulatorio para prevenir un eventual conflicto conducen en última instancia a una adaptación ex post. El propósito de este ajuste es restaurar la estabilidad interior sin eliminar al alcohólico, lo que tiene el efecto paradójico de promover, en lugar de obstaculizar, la conducta de beber. Por tanto, el alcoholismo, que inicialmente era un factor desestabilizador del equilibrio interno de la familia, con el tiempo, superando el sufrimiento que provoca, se convierte en un importante factor estabilizador (Giron, 2007).

Tratamiento psicológico del alcoholismo

De acuerdo con Sánchez (2001) indica que el alcoholismo es comprendido como un trastorno que se caracteriza por el consumo abusivo de la sustancia en momentos concretos, por lo cual el tratamiento psicológico es fundamental, se basa en el condicionamiento clásico con el desarrollo de refuerzos alternativos para reducir o eliminar el consumo.

Terapia cognitivo conductual

De acuerdo con Monasor (2003) 'la terapia puede ser un instrumento muy útil, para tratar trastornos de salud mental, eventos traumáticos y adicciones, es eficaz para la enseñanza del control de las situaciones estresantes de la vida. Con frecuencia es eficaz para ayudar de forma rápida en la identificación de aspectos personales que permiten afrontar desafíos específicos como los siguientes:

1. Control de síntomas de enfermedades mentales.
2. Prevenir recaídas a síntomas.
3. Tratamiento de enfermedad mental.
4. Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes.
5. Control de emociones.
6. Solución de conflicto.
7. Afrontar el dolor.
8. Superar traumas.
9. Afrontar enfermedades médicas.
10. Control de síntomas físicos crónicos.

De acuerdo con First (2022) entre los principales trastornos que mejoran por medio de la terapia cognitiva se encuentran:

1. Depresión.
2. Trastorno de ansiedad.
3. Fobia.
4. Trastorno de estrés postraumático.

5. Trastornos de sueño.
6. Trastornos de alimentación.
7. Trastorno obsesivo compulsivo.
8. Trastorno por consumo de drogas.
9. Trastornos bipolares.
10. Esquizofrenia.
11. Trastornos sexuales.

De acuerdo con Ruano (2023) por las cualidades que presenta la terapia cognitivo conductual, es una de las más utilizadas para el tratamiento de adicciones y en particular el alcoholismo, dentro de la terapia se realizan intervenciones que analizan los pensamientos y el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol. Con la finalidad de modificar creencias y conductas por la prevención de recaídas, auto control y entrenamiento de habilidades.

Terapia de entrenamiento en habilidades sociales

De acuerdo con Rovira (2027) la terapia en un inicio se centró en el tratamiento de problemas psicológicos severos como la esquizofrenia, alcoholismo, depresión, entre otras. Al paso del tiempo pasó a convertirse en una herramienta para mejorar la calidad de vida, así como para la prevención de aparición de problemas.

Caputo (2011) indica que por tratarse de comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción con otras, las técnicas de entrenamiento de habilidades constituyen respuestas específicas para cumplir con las exigencias que se plantean en situaciones donde se hace necesario que las personas desarrollen repertorios flexibles y variados de conductas sociales en vez de patrones que fuese solo rígidos y uniformes.

Terapia mindfulness aplicado a las adicciones

De acuerdo con Ferreira et al. (2020) indican que este tipo de terapia tiene fundamento en la psicología budista y es considerada un proceso en el cual la persona puede aprender una nueva forma de relacionarse acorde a la propia experiencia y aumenta la capacidad de responde de forma efectiva ante eventos inevitables de la vida.

De acuerdo con Bien (2011) las vías por las que se integra la salud mental proceden de hacer conscientes los patrones de condicionamiento adquiridos, los cuales de una u otra forma afectan la percepción de las experiencias en el presente, así como eliminar o reducir las conductas que están dirigidas al deseo, considerado como la principales fuente de sufrimiento para la persona, la solución consiste en la sustitución del deseo por una actitud de aceptación de la realidad.

El mismo autor explica que en el ámbito de adicciones donde implica el consumo de sustancias para alcanzar un estado de animo alterado y ello se realiza de forma compulsiva y destructiva, el dolor proviene de no aceptar la naturaleza de la realidad, la diferencia está en que el adicto lo hace desde una perspectiva, en la cual emplea conductas que están dirigidas a la alteración de a experiencia en sí, por lo cual se prolongan los periodos de consumo y crece la tolerancia a la sustancia donde al final el propósito es no sentir dolor.

De acuerdo con Castillo (2013) cada individuo tiene diversos estadios y niveles de conciencia:

- a. Pre contemplación : Implica falta de conciencia (por lo que aún no puede existir la negación). En este estadio la labor del terapeuta no es convencer, sino resaltar las pruebas disponibles acerca de la existencia de ese problema.

- b. Contemplación: Se define por la Ambivalencia. Hay al tiempo un rechazo y una admisión del problema. El terapeuta deberá destacar los puntos problemáticos de la conducta, pero de forma que sea el sujeto el que

encuentre los motivos de preocupación. Es importante no intentar convencerlo de que debería preocuparse y de qué tendría que preocuparse.

c. Determinación: Hay una preparación para el cambio, queda conseguir que el sujeto perciba que existen opciones reales para llegar al cambio, el terapeuta deberá orientarlo en ese proceso.

d. Acción: Inicio de acciones que lleven al cambio.

e. Mantenimiento: Necesidad de mantener el cambio y prevenir la recaída. Implica estrategias y actividades diferentes a la etapa anterior.

f. Recaída: Ante ella se hace preciso encontrar un camino que guíe al sujeto de nuevo a través de todas las etapas anteriores sin que se aferre a sentimientos de culpa o vergüenza. Puede que sea necesario establecer un nuevo plan de acción y quizás también el establecimiento de nuevas habilidades

Ferreira (2022) indica que las técnicas de meditación o atención plena es útil para el tratamiento de adicciones y recaídas, la practica se centra e las técnica de tipo cognitivo-conductual, donde se reduzca el estrés por medio de mindfulness, la probabilidad de recaída disminuye debido a que la persona es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas que le permitan que el individuo tenga una sensación de control que se asocie a una expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento de conflicto que se le presente.

El programa utilizado por Ferreira (2022) incluye las siguientes pasos:

Identificación: las personas que participan en el grupo de sanación comprenden cuales son los desencadenantes personales y las situaciones ante las que son vulnerables, así mismo identifican sus habilidades practicas para confrontar las situaciones de riesgo. En el cual es un punto clave como parde el tratamiento de

aprendizaje de practicas de la atención consciente y producir un cambio en la forma de relacionarse con todas las experiencias internas.

Mantenimiento: en esta fase se fortalece la motivación personal así como mantener los objetivos del tratamiento con el fin que las personas estén dispuestos a organizar los cambios que son necesarios para su estilo de vida que le conduzcan a mantener su bienestar y recuperación.

Con esas dos fases del plan se favorece una mayor percepción de los desencadenantes como pautas habituales y las reacciones que se producen de forma automática, dichas practicas fomentan la capacidad de detenerse y observar la experiencia y se tiene mayor conciencia al momento de activar las posibilidades de respuesta, con ello se alivia el sufrimiento excesivo que proviene de la propia mente.

Asimismo, Castillo (2013) la función del terapeuta toma el papel de enseñar a gestionar los impulsos, que desde las premisas de la terapia mindfulness no es que la persona se centre en un estado de negación, sino por lo contrario que cada vez adquiera una mayor conciencia y como desvincular el estado interno a la conducta externa. Además el terapeuta debe considerar la empatía como uno de los fundamentos de la relación positiva en el proceso terapéutico.

Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a las adicciones

De acuerdo con García (2022) la terapia de aceptación y compromiso tienen como objetivo que la persona sea capaz de crear una vida significativa, donde se acepta el dolor y se puede vivir con él. Es una alternativa a la psicología tradicional y es un modelo donde se utilizan técnicas como paradojas, ejercicios experimentales, metáforas, trabajo con valores personales y mindfulness.

La terapia es una muestra de que a intervención psicológica no tiene que estar centrada en mitigar o eliminar los síntomas, sino en ofrecer herramientas para que la persona sea capaz de convivir con el malestar y no obsesionarse por tener el control de todo lo que experimenta. De forma que la personas no se preocupe por bloquear las preocupaciones y comenzar a centrarse en fijar la atención en otros aspectos que acontecen en el presente.

La parte de compromiso de acuerdo con García (2022) hace referencia a los valores, puesto que parte del sufrimiento viene de las creencias de lo que está bien o mal, las cuales se aprenden dentro de la cultura y se fundamenta en los valores que promueve la sociedad, mientras que la mayoría de terapias comprenden que el sufrimiento es algo anormal, mientras la terapia ACT comprende que el sufrimiento es parte de la vida y por tal razón cuestiona la ideología social y los modelos normales de salud, donde la felicidad es comprendida como la ausencia de dolor, ansiedad y preocupación.

Los principios de la terapia que permiten el desarrollo de la flexibilidad mental que es necesaria para el bienestar emocional de acuerdo a García (2022) son:

1. Aceptación: Reconocer y aprobar la experiencia emocional, de pensamientos y sentimientos que tiene que ver con tratarse con cariño y compasión a pesar de no ser perfectos. Se trata que la persona luche con los eventos y no aprenda a huir de ellos. La aceptación del presente contribuye a los diversos aspectos de la vida y que son percibidos como problemas, cuando se deja de percibir de esa forma se disminuye el nivel de ansiedad y de los factores que estén asociados al mismo.
2. Difusión cognitiva: Este principio se centra en la observación de los pensamientos y cogniciones propias, entre los que priorizan trozos del lenguaje, palabras, imágenes entre otros sin intención de juzgar, con el objetivo de adoptar un visión distanciada y racional de las cosas.

3. Experiencia presente: Comprensión del aquí y ahora con un mentalidad abierta y conciencia plena, ello implica que se participe con toda la atención debida a lo que ocurre en si mismo y con los demás es clave para el bienestar.
4. El yo observador: Desprenderse del yo que ha sido conceptualizado, es decir del apego que se ha creado a las narraciones propias, desde una perspectiva de yo como observador se puede ver las cosas desde un punto de vista sin enjuiciar.
5. Claridad de valores: Implica el trabajo de autoconocimiento, donde se permita clarificar los valores propios desde los más profundo del ser, con honestidad debe identificarse ¿Qué es lo verdaderamente valioso para la persona? ¿Dónde en realidad quiere estar? Ello brindará una claridad de lo que se desea.
6. Acción comprometida: La persona determina la dirección que desea seguir en base a sus propios valores y no por imposiciones de tipo social, implica que la persona se involucrará en acciones significativas para sí mismo. De tal modo que serán más propensos a comprometerse con los propios proyectos y establecer el ritmo de progreso acorde a los propios deseos.

El tratamiento a personas con adicción de acuerdo a Luciano y Valdivia (2010) por medio de la terapia de aceptación y compromiso inicia con comprender la relación del cliente con los eventos internos como los pensamientos, sentimientos, emociones e imágenes mentales, de tal forma que comprenda que el control es una necesidad o prerrequisito para una vida en bienestar.

En ese sentido la persona debe aprender a usar el control como forma de evitar determinados eventos, dicha actitud está investida por el uso de la autoridad, la cual estuvo limitada debido a todo un sistema cultural donde se aprende a interiorizar

sentimientos como miedo, soledad, enfado, los cuales son naturales ante el enfrentamiento a una situación y no son precisamente nocivos o como motivo de rechazo o menosprecio sino también parte de la producción de pensamientos de la persona.

El proceso anterior es conocido como desesperanza creativa, la cual tiene su fundamento sobre el hecho inequívoco de que todo el esfuerzo realizado para obtener el control ante eventos es condenado al fracaso, el alcoholismo es comprendido como una forma de control externo de como se siente la persona, lo cual causa que la persona obtenga un tipo de satisfacción al usarla.

El cliente debe comprender que el no está desesperado por la situación, sino que hasta el momento continúa utilizando estrategias que tiene base en la desesperanza que de acuerdo a Castillo (2013) está integrada por los siguientes aspectos:

- Los valores: El cliente debe contactar de forma de experimental con los costes que los intentos de control han tenido sobre aquello que para él es importante, de forma que el proceso de desesperanza creativa le lleve a descubrir una nueva dirección, un nuevo lugar desde el que orientarse: es más importante lo que hace respecto de lo que valora que los sentimientos que aparezcan mientras lo hace.
- Exposición: La desesperanza creativa es un proceso de exposición al dolor psicológico que permite desarrollar la tolerancia a él, de forma que no incapacite a la persona para llevar a cabo acciones bien orientadas y valiosas.
- Desactivación de funciones y distanciamiento: Respecto de las funciones verbales. El mismo proceso de exposición ofrece la posibilidad de distinguirse tanto de los contenidos de su pensamiento como del propio proceso de pensar, sentir.
- Fortalecimiento: Éste surge de la experiencia del cliente ante la posibilidad de hacer cualquier cosa en el momento que es capaz de

sentir también cualquier cosa, es entonces cuando entra en contacto con su propia responsabilidad (p.29).

Asimismo García (2022) indica que en una segunda fase se realiza la evaluación de los valores, donde se clarifican y se identifica su procedencia, se realiza brindando ayuda a la persona a clarificar sus propios valores y como reseña sus propias acciones es decir propiciar el cambio a las pautas aprendidas, las personas suelen comenzar por un proceso en el que exponen el valor y contacta la experiencia comprensiva y no como como un ejercicio de lógica, al evaluar la narrativa se conduce a la persona a compromiso del cambio de conducta.

En una tercera fase se trabaja el control como un problema, se le explica al cliente que esta percepción responde a los casos donde no funciona, pero al hacer ver al cliente que los sentimientos y emociones no deben ser eliminados, son parte de la vida, por lo cual se necesita estar dispuesto aun cuando se sienta que no a ver el problema desde una perspectiva de aprendizaje la cual conectará con sus valores.

La cuarta fase es el distanciamiento respecto al lenguaje, en el cual se le explica al cliente que en ocasiones se termina actuando en función a las contingencias de tipo verbal, es decir que la personas responde a sus emociones u pensamientos ante hechos similares, el cliente debe aprender a aceptar pensamientos y las respuestas de tipo emocional donde no se distingue el contexto ni el contenido, que a largo plazo limitan la adaptación a nuevas contingencias.

La terapia utiliza como técnicas la meditación, metáforas y ejercicios de tipo experienciales donde se busca hacer a la persona consciente del proceso aleatoria y constante de la vida y que se debe posicionar ante ella sin prejuicios, sin reacción hasta que se efectuó el proceso de actividad cognitiva, en ese sentido se busca que las personas pareciesen estar condicionados a responder automáticamente sin hacer una reflexión antes de actuar.

Terapia Dialéctico-Conductual de Linehan

De acuerdo Vega (2013) la terapia fue creada por Marsha Linehan en el año 1993, fue instituida con la finalidad de tratar síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad, inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultad en las relaciones sociales, parte de un modelo biosocial donde se combinan terapias cognitivo conductual, aproximaciones zen y budistas fundamentadas en la aceptación de la realidad.

Vega (2013) explica que la perspectiva dialéctica de la terapia supone un factor diferenciado en cuanto a la conducta de la siguiente forma:

1. La realidad está formada de partes que se interrelacionan y que funcionan como un todo: las conductas de un individuo no pueden entenderse de forma individual, sino como partes de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo. Si un sujeto aprende habilidades, por tanto, deberá aprender también otras relacionadas y capacitarse, al mismo tiempo, para influir sobre el ambiente para poder llevar a cabo su aprendizaje.
2. La realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí. El sujeto con TLP está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr una síntesis viable, entre, por ejemplo, su necesidad de aceptarse a sí mismo tal cual es y su necesidad de cambiar.
3. La naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o proceso, el individuo y el ambiente llevan a cabo una transacción continua; la terapia se concentra en ayudar al paciente a estar cómodo con el cambio (p.5).

La psicoterapia individual es la piedra angular del tratamiento, dentro de la cual se articulan el resto de componentes como la motivación y la búsqueda de no repetir los ambientes patológicos que el paciente ha experimentado, en el caso de atención

de adicciones se presentan otros patrones de conducta que pueden afectar el resultado de la terapia y que son precursoras a que el paciente tolere el malestar extenso y extremo y por tal razón se fijan los siguientes objetivos:

1. La vulnerabilidad emocional: La persona debe comprender cuando se brindan respuestas excesivas y reactivas ante los estímulos, experimentan pérdida de control por lo que intentan evitar las emociones desagradables y responden al malestar por medio de la retirada, huida o agresividad. Se busca que la persona minimice los patrones negativos y empiece a poner en marcha habilidades donde predomine la tolerancia al malestar.
2. La auto invalidación: según Linehan citada por Vega (2013), es la adopción de las propias características de un entorno donde prevalece la invalidación, es decir que se repite lo que se ha aprendido, lo que da lugar a tres patrones principales de respuestas:
 - a. La inhibición de experiencias y expresiones emocionales (ej. silencio y expresión seria como respuesta a la rabia)
 - b. La percepción negativa de uno mismo (insultos, odio por sí mismo, falta de respeto)
 - c. Exageración de la facilidad de resolución de problemas actuales (p.12)

Con ello se ayudará a los pacientes a entender cuando las respuestas tienen sentido o son un esfuerzo desesperado para enfrentarse a intensas emociones.

Vega (2013) indica que es normal que personas que presentan un sentimiento negativo al sufrimiento y al conflicto el cual es conocido como vacío existencial, la persona suele experimentar episodios de angustia y en consecuencia puede presentar arranques agresivos hacia sí mismo o a otras personas. Suele estar asociado a la falta de identidad, las personas no muestran un yo centrado y

estable, por lo que carecen de metas propias e independientes, además mantiene una impresión de no encaja donde experimentan un vacío emocional.

El vacío emocional de acuerdo con Blanco (2020) en la adicciones está presente como un favor precipitante al consumo, puesto que la persona experimenta la sensación de que le falta algo, así como carece de identidad personal, lo cual explica el consumo como el momento donde obtienen la sensación de identidad o plenitud de la que carecen.

Cabe destacar que este tipo de terapia conlleva un año de tratamiento intensivo. En estadios que se presenten posteriormente los objetivos están orientados a construir una experiencia emocional completa, así como construir la vida propia y resolución de problemas familiares, laborales y sociales que se presenten.

Terapia familiar

De acuerdo con Recio (2023) la terapia familiar es un enfoque psicoterapéutico cuyo objetivo es la modificación de las dinámicas de relación que existen en la familia, con la finalidad de mejorarlas y que tengan la capacidad de aportar bienestar. La familia es visualizada como un sistema verdadero y propio donde se incluye a todas las personas que la integran y como se relacionan entre sí, parte del principio de que el terapeuta no investiga las causas de las dificultades actuales, sino establece diferentes patrones de comportamiento en el que se puedan modificar las dinámicas de relación que existe entre los miembros.

La familia es esencial para el tratamiento de las adicciones, ello es debido a que tiene la capacidad para formar un apoyo sólido al paciente y promover el bienestar para todos los miembros de la familia. La terapia aborda la complejidad existente por la adicción a nivel personal y familiar, lo cual manifiesta dentro de las relaciones tensión, conflictos y disfunciones.

Además el tipo de terapia familiar permite la construcción de sistemas de apoyo sólidos para la persona que sufre de la adicción, las personas miembros de la familia aportan comprensión y tiene la facilidad de motivar y fortalecer al individuo durante el proceso terapéutico, por medio de la comunicación abierta, empatía y la resolución de problemas, lo que ayuda a la reconstrucción de la confianza y vínculos que se han dañado por la adicción.

La terapia desempeña un papel clave durante el proceso de tratamiento de adicciones, debido a que provee a la persona una serie de beneficios desde una perspectiva sistémica donde se reconoce que el problema no afecta únicamente al individuo adicto sino a todo el sistema familiar, donde se establece un ambiente de apoyo y comprensión que favorece de forma directa la recuperación de la persona.

La terapia familiar promueve la comunicación, resolución de conflictos en el ámbito hogareño, ello es debido que las adicciones generan dinámicas conflictivas y rupturas de los lazos en la familia, la terapia resulta un espacio adecuado en el que se pueden abordar esas dificultades y aprenden a establecer límites saludables y e familia decidir sobre las posibles soluciones, bajo parámetros de apoyo mutuo, debido a que la adicción puede generar sentimientos de culpa, resentimiento y desconfianza.

La terapia permite sanar las heridas emocionales que se han producido en los miembros de la familia, donde se aprende a comprender la adicción como una enfermedad y la familia debe desarrollar empatía para apoyarlo e el proceso de recuperación.

Terapia Gestalt

De acuerdo con Álvarez (2019) la terapia Gestalt es un tipo humanista donde se comprende a la persona como un todo, integrando a la misma en sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales, se caracteriza por tener la prioridad en que la persona tome conciencia, así como la integración, demás del

autodescubrimiento, la autorrealización y el desarrollo del potencial de cada individuo.

Se fundamenta en una filosofía de vida en que la persona tiene un constante contacto con el presente continuo “el aquí y ahora”, donde se le otorga un mayor peso al progreso que al contenido, se toma conciencia del cómo y por qué. Dicha visión no se centra en lo que ocurre si no de la forma en como se reacciona ante el evento, desde una posición orientada a la honestidad, autoestima, responsabilidad y respeto.

La terapia está anunciada por una serie de leyes que rigen la doctrina de acuerdo con Álvarez (2019) son las siguientes:

1. Ley de la semejanza en la cual la mente hace agrupaciones acorde a similitudes
2. Ley de la Pregnancia donde la percepción es resultado la experiencia de una forma simple
3. Ley de la proximidad donde los elementos se reúnen de acuerdo a distancias
4. Ley de cierre donde no puede quedar un elemento fuera se debe obtener la figura completa.

La terapia al ser utilizada para el tratamiento de las adicciones facilita que la persona se muestre como es en realidad consigo mismo y con el resto de personas, así mismo que sea capaz de identificar la forma en como puede fortalecer su yo interior, donde no se olvide que como los demás también tiene necesidades y debe valorarse a si mismo, la terapia por ser de tipo de aprendizaje y cognitivo conductual se enfoca a destacar aspectos que expresa la experiencia de vivir.

Terapia narrativa

De acuerdo con Ojeda (2020) es un estilo de terapia centrada en ayudar a la personas a ser exertas sobre sus propias vidas, la idea es identificar el significado que cada persona le da a los acontecimientos e interacciones que de alguna forma influyen a cada individuo y el mundo que le rodea, el enfoque tiene como premisa

que los problemas no definen a las personas y puede ver su vida como una historia, donde no se vean como rotas o sufran impotencia ante las circunstancias que se les presentan.

Los fundamentos centrales son el respeto por el paciente, evitar sentimientos de culpa y que el paciente es quien más experiencia tiene de sí mismo. De acuerdo con Nadurille (2011) los principios básicos de la terapia narrativa son:

1. La realidad se construye socialmente: el individuo comprende que de la forma en la que interactúa con los demás afecta como se experimenta la realidad y al transcurso del tiempo se convierten en una realidad conocida.
2. La realidad está influida por el lenguaje: Cuando se interpretan las experiencias se realiza a través del lenguaje el cual tiene diversas interpretaciones.
3. La narrativa ayuda a organizar la realidad: cuando se crea una narrativa se puede entender mejor las propias experiencias.
4. La realidad objetiva no existe: Las personas pueden tener diferentes realidades sobre una misma experiencia por lo cual dicha realidad no es la misma para otra.

Cuando la terapia es utilizada para el tratamiento de las adicciones se debe comprender que la personas presenta vergüenza, soledad, aislamiento y creencias básicas negativas donde se han generado traumas, por ello la terapia es eficaz cuando se aborda el problema desde la visión de capacitar al paciente a identificar cuales son sus puntos fuertes, así como ayudar al aumento de la autoestima y generar conexiones sana y significativas que le permitan enfrentar una situación.

De acuerdo con Payne (2022) las técnicas utilizadas dentro de la terapia narrativa para adicciones son:

1. Construir la propia narrativa: en ese sentido el terapeuta ayuda a las personas a encontrar su propia voz ante los acontecimientos de su vida y los diversos significados que se añaden a su historia, que conforme la

construcción de las mismas empiezan a identificar las verdaderas historias que se relacionan con su problemática.

2. Externalización: El ejercicio es utilizado para que los paciente establezcan una distancia entre ellos y sus problemas, de tal forma que podrán centrarse en mejorar y orientar el comportamiento a lo que desean puesto que ellos no son el problema son los comportamientos no deseados.
3. Desconstrucción: El ejercicio ayuda en que las personas tengan claridad, puesto que cuando una problemática ha sucedido por un periodo largo de tiempo es común que las personas se sientan confundidas con sus propias historias, por ello cuando la misma es segmentada permite clarificar el problema y será viable abordarlo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Diseño

Achaerandio (2010) define la investigación cuantitativa como un tipo de investigación que utiliza un enfoque deductivo que hace una pregunta, observa y mide de manera objetiva la relación entre dos variables de investigación, recopila y analiza datos utilizando los métodos estadísticos especificados en el estudio de investigación.

El diseño descriptivo, tiene como función la descripción de los fenómenos que establecen en el entorno del investigador. Su finalidad es poder describir la manera en la que se presenta un fenómeno. El método estadístico utilizado fue significación y fiabilidad de la media aritmética.

3.2. Sujetos

La población de estudio para la actual investigación, está conformada por 24 adultos alcohólicos, de distintas creencias religiosas, nivel socioeconómico variado, de etnia ladina y maya, con distintos niveles educativos y diversas labores. La mayoría provienen del casco urbano de Quetzaltenango y sus alrededores, se reúnen en el grupo, Alcohólicos Anónimos Una luz en el camino, dos veces por semana en el horario de 19:00 a 21:00 horas, para llevar a cabo sesiones basadas en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Todos comparten el objetivo de dejar de beber por 24 horas y apoyarse entre ellos mismos.

3.3. Instrumentos

El test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT), surge como un proyecto de la Organización mundial de la salud,

seguidamente fue estandarizado por los autores Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M, su objetivo es detectar problemas relacionados con el comienzo del consumo de alcohol, antes de que se presenten dependencia física y otros problemas crónicos asociados, consta de 10 ítems, los cuales evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad de controlar la bebida, abandono de aficiones, síntomas de abstinencia y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Su fiabilidad es de 0.80 y su validez con un índice de correlación de 0.88, se califica por medio de puntuaciones que le designan nivel de riesgo bajo si la puntuación esta entre 0-7 puntos, riesgo medio si la puntuación esta entre 8-15 puntos, riesgo alto si la puntuación esta entre 16-19 puntos o una probable adicción si sus puntuaciones son mayores a 20 puntos. Su tiempo de aplicación es oscila entre 5 y 10 minutos, puede ser aplicada de forma individual o colectiva.

El cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), fue creado por Pedrero EJ, Pérez M, de Ena S, Garrido C, su finalidad es investigar con precisión y fiabilidad los elementos de los rasgos y trastornos de la personalidad en sus aspectos cognitivos, permite la caracterización de modelos de personalidad desadaptativos y la identificación de metas psicoterapéuticas, comprende el valor funcional de las conductas adictivas en relación con el patrón conductual general de los sujetos, evalúa inicialmente los niveles de dichas variables, y seguidamente la capacidad de medir los cambios debido al tratamiento, explora variables psicológicas relacionadas con la adicción: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento. Contiene 84 ítems, que se contestan en base a una escala de cuatro posiciones: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo, las cuales se corrigen 2, 1, -1 y -2, se deben invertir las puntuaciones de los ítems negativos. Las escalas se puntúan entre el máximo posible (+100) y el mínimo posible (-100) para cada escala, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{(\text{Puntuación directa} * 100)}{2 * (\text{Ítems respondidos})}$$

Cuando una respuesta se encuentra en blanco o cuando se responda entre dos opciones centrales, se corrige como 0. Se considera válido cuando no hay más de cinco respuestas en blanco.

Hernández, Fernández y Baptista (2012) refieren que la pauta de observación es un método de recolección de información y datos que consiste en el registro sistemático, validez y confiabilidad del comportamiento y situaciones observables del grupo de estudio, contiene los datos que se puedan percibir en base a la observación de las pautas de comportamiento del grupo evaluado, así como las reacciones verbales y no verbales durante el estudio de investigación.

La ficha de datos personales es un instrumento utilizado para la recolección de los datos de cada uno de los participantes del estudio o investigación a realizar, su finalidad es tener ordenada de forma sistematizada aquellas características que lo hagan participe de la población en evaluación.

Domínguez Luelmo, A. (2007). Derecho Sanitario y responsabilidad médica (e-book). España: LEX NOVA, S.A.U.

Domínguez, (2007) define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un consultante, manifestada en el pleno uso de sus facultades mentales después de recibir la información adecuada sobre determinada participación, aceptación y confirmación del mismo, en un estudio ya sea con una finalidad puramente científica o el beneficio de la misma por alguna condición determinada.

3.4. Procedimiento

- Aplicación de consentimiento informado.
- Aplicación de test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT).
- Aplicación de cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP)
- Realizar tablas de cortejo para ordenar la información.
- Aplicar método estadístico.
- Orden de resultados.

3.5. Diseño y metodología del análisis de la información

El método estadístico utilizado fue significación y fiabilidad de la media aritmética, para lo cual Lima (2015) establece los siguientes pasos:

Significación de la media aritmética

Nivel de confianza 99% entonces $Z = 2.58$

Hallar el error típico de la media

$$\sigma_{\bar{x}} = \sigma \sqrt{N-1}$$

Encontrar la razón crítica

$$Rc = \bar{x} \sigma_{\bar{x}}$$

Comprobar la razón crítica con el nivel de confianza

$RC = \geq 2.58$ Es significativa

Fiabilidad de la media

Calcular el error maestro máximo

$$E = Z_{99\%} (2.58) \times \sigma_{\bar{x}}$$

Calcular el intervalo confidencial

$$IC = \bar{x} + E$$

$$IC = \bar{x} - E$$

Porcentaje total

$\% = f \cdot 100 / \text{Total general}$

Porcentaje por categoría

$\% = f \cdot 100 / \text{Total de columna}$

Se utilizó el complemento de análisis de datos de Excel

Según Pedrero Pérez et al, (2005). Menciona que la fórmula utilizada para poder determinar los valores de variables de interacción social (VIP) fue la siguiente:

V.I. P= (puntuación directa*100)

2* ítem respondidos

Tabla 2.

Clasificación de puntajes del cuestionario V.I.P

1 a 34	Puntaje muy bajo
35 a 44	Puntaje bajo
45 a 54	Puntaje promedio
55 a 64	Puntaje Alto
65- a 100	Puntaje muy alto

Nota: Adaptado de Corrección del cuestionario V.I.P, por Pedrero Pérez et al, 2005

Tabla 3.

Clasificación de puntajes del cuestionario AUDIT

0-7 puntos	Riesgo Majo
8-15 puntos	Riesgo Medio
16-19	Riesgo Alto
20-40	Probable Adicción

Capítulo 4

Resultados del trabajo de campo

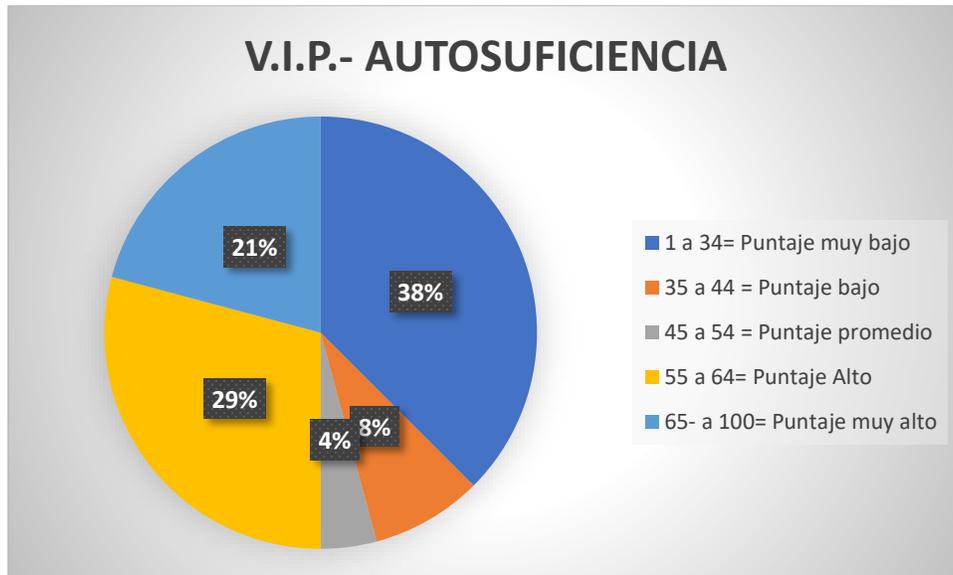
Tabla 4.

Estadísticos descriptivos del V.I.P (N=24)

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	CLASIFICACIÓN
AUTOEFICIENCIA	-50	100	39.12	BAJO
AUTOESTIMA	-75	70	11.97	MUY BAJO
OPTIMISMO	-31	50	7.76	MUY BAJO
LOCUS	-100	83	54.16	ALTO
HABILIDAD SOCIAL	-80	55	0	MUY BAJO
AUTOCONTROL	-45	77	10.98	MUY BAJO
AFRONTAMIENTO DE TAREAS	-90	100	33.90	MUY BAJO
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	-100	58.33	-6.25	MUY BAJO
AFRONTAMIENTO APOYO SOCIAL	-50	100	24.16	MUY BAJO

Gráfica 1

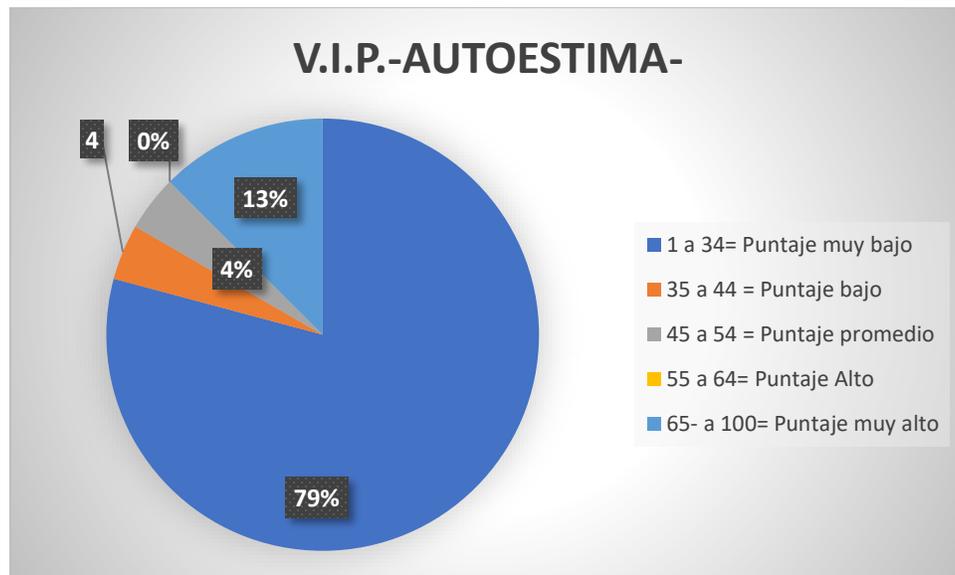
V.I.P.- Autosuficiencia



A autosuficiencia radica en desarrollarse en el ámbito emocional donde la persona vive con mayor conciencia en si misma y genera sus propios momentos de felicidad y gestiona mejor los limites que impone a si mismo cuando en realidad depende de otros en es sentido, las personas entrevistadas presentan en un 30% en un parámetro de muy bajo, el 29% se encuentra del rango de alto y el 21% se encuentra en el rango de muy alto.

Gráfica 2.

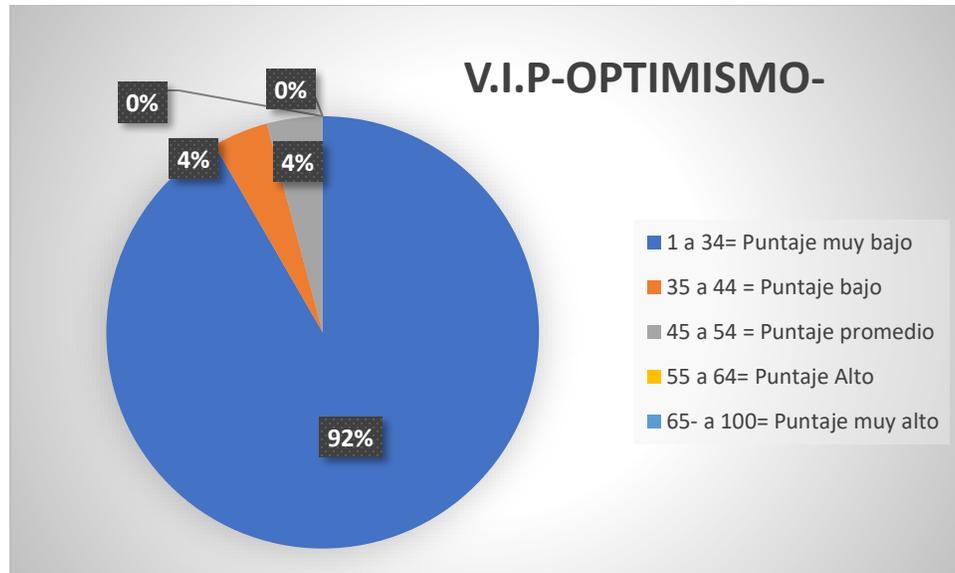
V.I.P. Autoestima



La autoestima responde a la valoración que la persona tiene de si misma, cuando es positiva se presenta una alta autoestima, la cual refleja una persona que se siente bien consigo misma, siente que vale y está orgullosa de ser quien es con sus capacidades y logros. La misma se desarrolla a o largo de la vida. La información obtenida indica que el 79% de las personas entrevistadas se encuentran dentro del rango de muy bajo.

Gráfica 3.

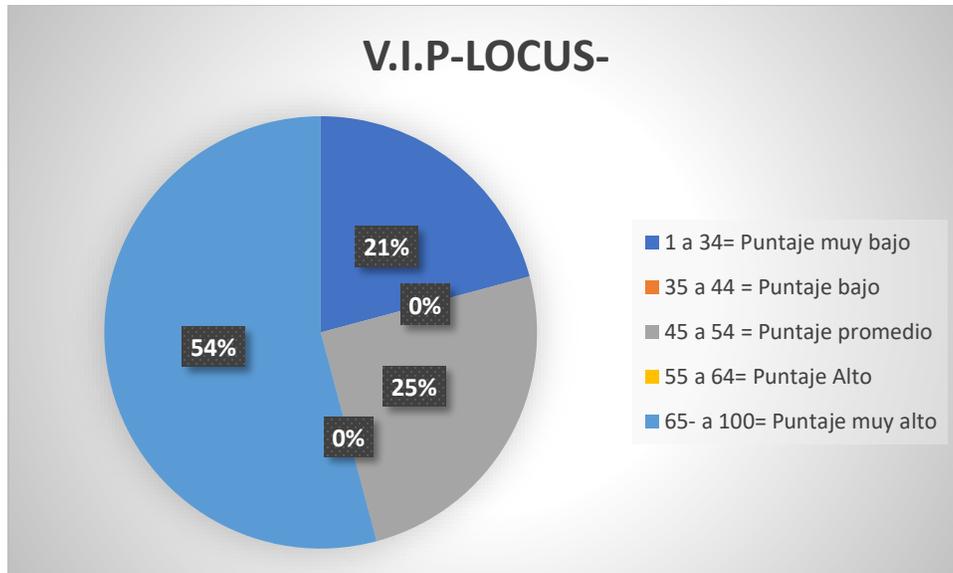
V.I.P. Optimismo



El optimismo es una actitud positiva a que las persona tengan una sensación de felicidad y en consecuencia exitosas, dicha actitud protege a las personas de la depresión, puesto que son más resistentes al estrés, el mismo se genera a lo largo de la vida como parte de la propia naturaleza y los modelos familiares que aportan maneras de pensar y practica de hábitos. Las personas entrevistadas se encuentran en el 92% dentro del rango de muy bajo.

Gráfica 4.

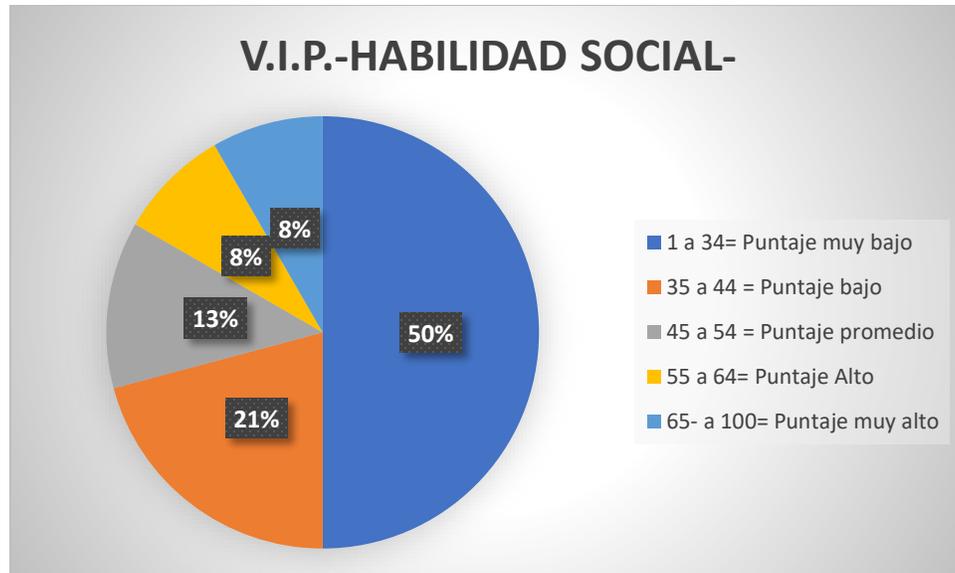
V.I.P. Locus



El locus de control hace referencia a lo que la persona cree y tiene control de la vida, en es sentido puede ser interno el cual se refleja cuando la personas siente que tiene el control de todo lo que les pasa y el externo es cuando las personas creen que hay personas en el exterior que dominan su vida. Cuando uno de los dos es excesivo se generan problemas con parálisis de la voluntad, resignación pasiva e incluso apatía. Las personas entrevistadas se encuentran en un nivel muy alto con un porcentaje de 54%, un 21% se encuentra en el nivel muy bajo y el 25% dentro del nivel promedio.

Gráfica 6.

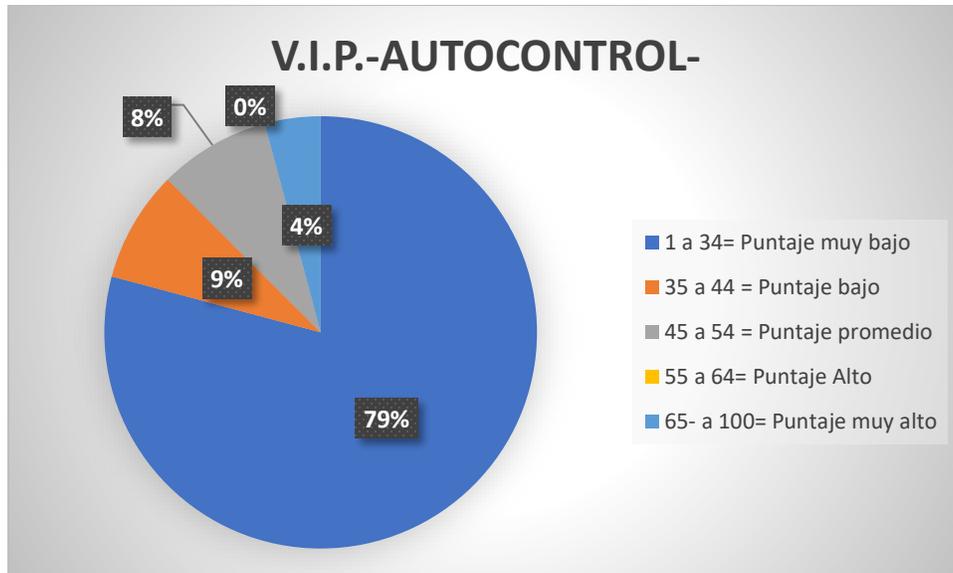
V.I.P. Habilidad social



Habilidad social es parte de los hábitos que tiene una persona en su conducta, se centra en mantener relaciones interpersonales, de tal forma que es capaz de gestionar conversaciones reuniones, conflictos y facilita o limita el trabajo en equipo. En ese sentido las personas entrevistadas se encuentran dentro del nivel muy bajo con un porcentaje del 50%, el 21% dentro del nivel bajo, 13% en un nivel promedio. Y con un 8% dos niveles alto y muy alto.

Gráfica 7.

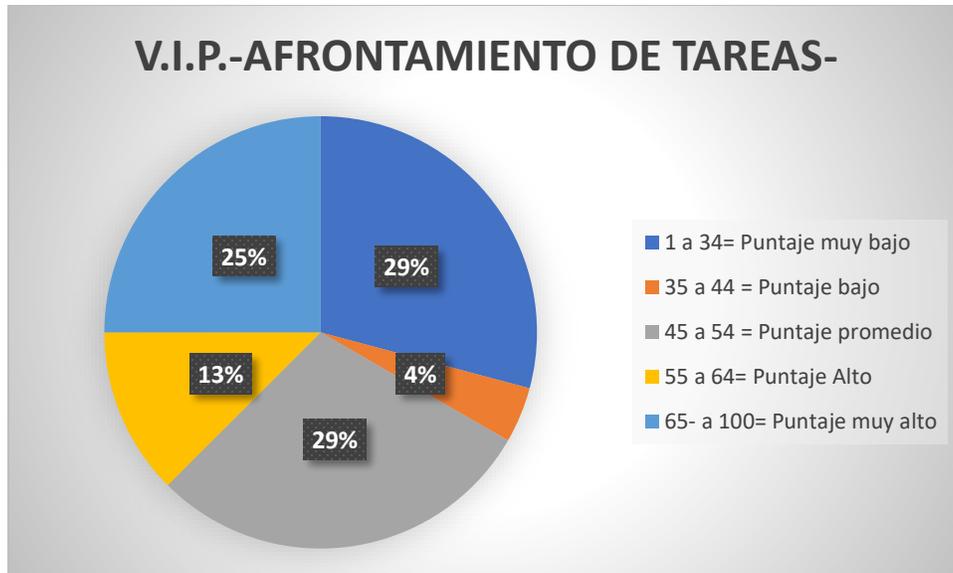
V.I.P. Autocontrol



El autocontrol emocional consiste en como la forma gestiona sus sentimientos y comportamientos y depende de cómo se encuentre y así controlará las emociones positivas y podrá expresarlas de forma adecuada. Así mismo se puede decir la capacidad de encontrar y/o generar sentimientos cuando éstos faciliten el pensamiento y la capacidad de comprender y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Las personas entrevistadas se encuentran dentro del nivel muy bajo en un porcentaje de 79%.

Gráfica 8.

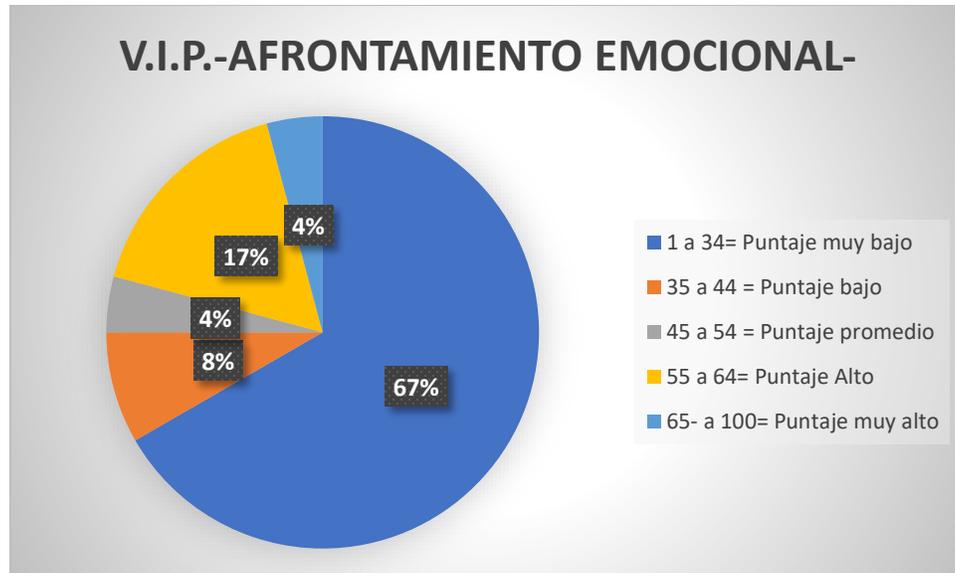
V.I.P. Afrontamiento de tareas



Representa la capacidad, innata o adquirida, de conseguir, ante cualquier acontecimiento, situación, o pensamiento, mantener las emociones y la activación fisiológica dentro de unos límites adaptativos. Las personas entrevistadas se encuentran en un nivel muy bajo en un 29%. El 25% en un nivel muy alto, el 13% dentro de un nivel alto.

Gráfica 9.

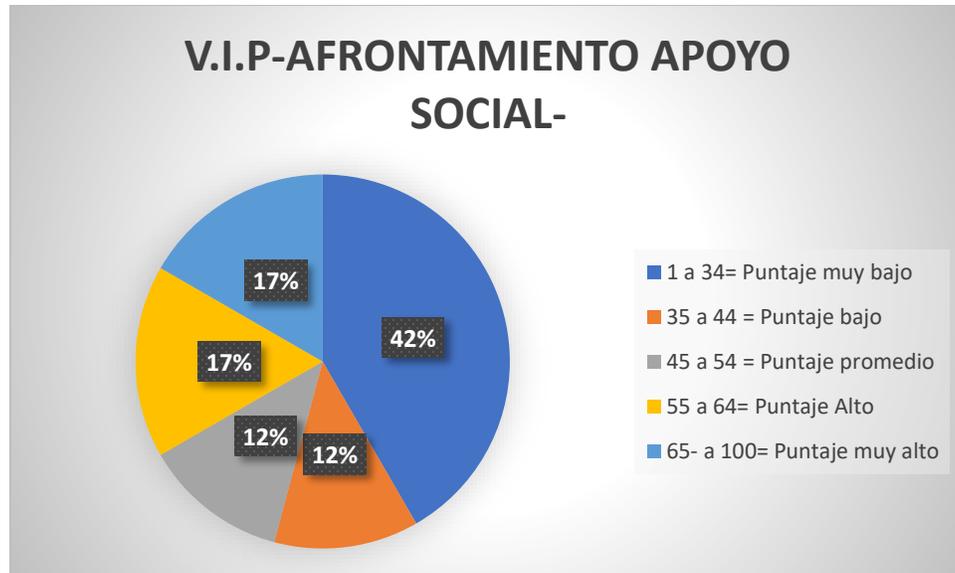
V.I.P. Afrontamiento emocional



Son los esfuerzos que realiza una persona para adaptarse y tolera emociones que pueden provocarle estrés y demuestra si es capaz o no de responder ante el evento de forma constructiva. Las personas entrevistadas se encuentran dentro de un nivel de muy bajo en un 67%.

Gráfica 10.

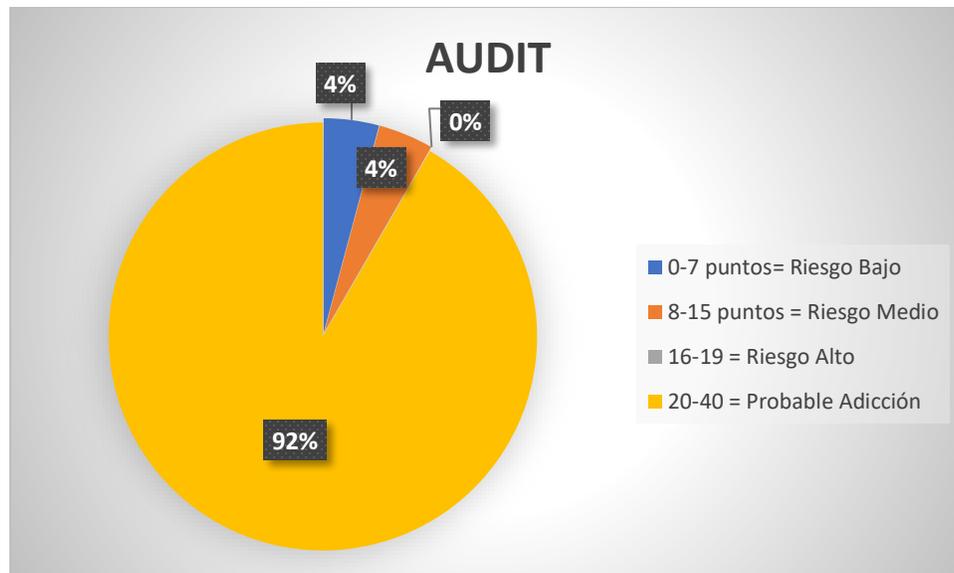
V.I.P. Afrontamiento apoyo social



El afrontamiento social se define como aquellos pensamientos y comportamientos que la persona realiza para gestiona situaciones que le provocan estrés interno o externo, ello es debido a que cada persona tiene su estilo de afrontamiento, los cuales representan el conjunto de rasgos estables que determinan el comportamiento de la persona como respuesta. Las personas que se les aplicó el test se encuentran en un nivel bajo con un 42%,

Gráfica 10.

Audit



La adicción es el consumo de alguna sustancia que con frecuencia modifican el funcionamiento del cerebro y conllevan a tener conductas peligrosas, las personas que integraron la muestra se encuentran en un 92% dentro del nivel de probable adicción. Lo cual indica que se encuentra en un riesgo muy alto.

Capítulo 5

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Se identificó que el nivel de autoestima que presentan los miembros del grupo se encuentra en un 79% dentro del nivel de muy bajo, lo cual indica que la mayoría de ellos tiene una valoración negativa de sí misma, no se sienten bien consigo mismos. Lo cual en general representa una debilidad en el ser humano para enfrentar desafíos que se le presentan a lo largo de la vida.

Se distinguió que los miembros del grupo en lo relacionado al locus de control se encontraban en un nivel muy alto con un porcentaje de 54%, un 21% se encuentra en el nivel muy bajo y el 25% dentro del nivel promedio. Lo cual indica que las personas creen o tienen el control de su vida. Lo cual les permite poder tomar decisiones bajo su propio dominio.

En lo relacionado al nivel de consumo se estableció que el grupo se encuentra en 92% dentro del nivel de probable adicción. Lo cual indica que se encuentra en un riesgo muy alto.

A la información obtenida indicó que el porcentaje de población que está en riesgo de incidir en el consumo de alcohol en base a su clasificación de consumo es de 0% por lo cual no hay personas en riesgo alto, el 4% se encuentra en un riesgo medio y el 4% se encuentra en un riesgo bajo.

Se estableció que en lo relacionado a la existencia de dependencia al alcohol en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos se encuentran dentro del nivel muy bajo en un porcentaje de 79% en autocontrol, por lo cual las personas gestionarán sus sentimientos y emociones de acuerdo al estado de ánimo en el que

se encuentren, ello es debido a que carecen de la capacidad y pensamiento para la regulación de emociones que promuevan el crecimiento personal.

5.2. Recomendaciones

El alcoholismo al ser reconocido como uno de los hábitos nocivos para la salud más preocupantes se recomienda que se continúe con los programas de alcohólicos anónimos, ello es debido al soporte social y emocional que aportan a la persona que se encuentra en esta situación y necesita del compañerismo para sobrellevar sus emociones.

A los profesionales de la salud, se les recomienda aplicar instrumentos básicos que les permitan detectar si las personas se encuentran en riesgo y referirlos a profesionales específicos para apoyarles en la recuperación de la enfermedad.

A los profesionales de la salud mental, aplicar la propuesta de intervención que permite fortalecer las capacidades emocionales de personas en alto riesgo de adicción al alcohol.

Capítulo 6

Propuesta

“Propuesta de Programa de intervención en personas con conductas adictivas”

6.1. Fundamentación teórica

6.1.1. El alcoholismo

Wallenhorst (2010) establece que el alcoholismo es una enfermedad que produce una decadencia pausada y gradual de la energía de la persona que consume alcohol, la cual daña sus órganos vitales, modifica su carácter, forma de pensar y actuar, debilita su intelecto, por lo que lo vuelve una persona sin criterio propio ni voluntad, de igual manera.

Las principales consecuencias a la salud son:

- Degeneración y atrofia cerebral.
- Convulsiones por abstinencia de alcohol.
- Como inducido por el alcohol.
- Alteraciones de la consciencia.
- Anemia y disminución de las defensas
- Alteraciones cardíacas
- Alteración sensitiva y de los reflejos.
- Hepatitis o cirrosis en el hígado
- Gastritis o úlceras a nivel estomacal.
- Inflamación y degeneración del páncreas.
- Daño intestinal debido a la pobre absorción de vitaminas, hidratos y grasas que provocan deficiencias.

El principal síntoma característico de la conducta adictiva es la pérdida de control. Esta es una expresión conductual de la incapacidad del cerebro para controlar su comportamiento. Los impulsos se expresan sin procesamiento modulador, ya sea por condiciones genéticas, afectación en el neurodesarrollo, experiencias traumáticas personales, complicaciones emocionales, disfuncionalidades familiares y sociales, se crean condiciones favorables que aumentan el riesgo de ingestión y permiten la posibilidad de una ingestión continua durante largos períodos de tiempo, posiblemente con alta frecuencia o en grandes cantidades. La susceptibilidad al consumo también puede permanecer latente durante largos períodos de tiempo hasta que se cumplan las condiciones personales y ambientales que precipitan el inicio del consumo y la progresión de un trastorno adictivo, como un evento o situación psicológica traumática o un entorno favorable al consumidor (Sandí Esquivel & Castillo Araya, 2021).

El consumo crónico prolongado causa disfunciones en la comunicación neuronal dopaminérgica, lo que le hace creer al adicto que al consumir alcohol va a lograr las mismas sensaciones placenteras que tenía cuando estaba al inicio de su consumo, esto lo lleva a consumir cada vez más lo que establece una conducta adictiva.

Núñez (2018) en la edición 27, de la revista colombiana de psicología establece que existen factores psicológicos que predisponen a la persona a embriagarse o a tener un consumo de alcohol dañino, entre ellos se mencionan: el alta autoestima, alta impulsividad, bajo locus de control interno, tener una relación distante con el padre, estrés y tabaquismo, también se debe tomar en cuenta aquella población que ha tenido ideación suicida, depresión o problemas de la conducta alimentaria unido a una relación distante con la madre.

Según Becoña (2011), define la conducta adictiva como la dependencia física y psíquica de sustancias psicoactivas que, al ser consumidas por el individuo, dan

como resultado la pérdida de control sobre el consumo de las mismas y sobre su propio comportamiento.

El principal síntoma característico de la conducta adictiva es la pérdida de control. Esta es una expresión conductual de la incapacidad del cerebro para controlar su comportamiento. Los impulsos se expresan sin procesamiento modulador, ya sea por condiciones genéticas, afectación en el neurodesarrollo, experiencias traumáticas personales, complicaciones emocionales, disfuncionalidades familiares y sociales, se crean condiciones favorables que aumentan el riesgo de ingestión y permiten la posibilidad de una ingestión continua durante largos períodos de tiempo, posiblemente con alta frecuencia o en grandes cantidades.

El consumo crónico prolongado causa disfunciones en la comunicación neuronal dopaminérgica, lo que le hace creer al adicto que al consumir alcohol va a lograr las mismas sensaciones placenteras que tenía cuando estaba al inicio de su consumo, esto lo lleva a consumir cada vez más lo que establece una conducta adictiva.

Redolar (2011) en su libro cerebro y adicción establece la relación que existe entre los niveles de dopamina en el núcleo accumbens y la forma en la que la persistencia y compulsividad fijan la conducta de ingesta de alcohol, en la persona; las dos regiones del núcleo accumbens, shell, es necesaria para la adquisición de una conducta de autoadministración mientras que, core, es la responsable de la adquisición de las conductas de búsqueda de la droga, cayendo en los círculos viciosos.

La conducta adictiva se caracteriza por elementos que la constituyen, los cuales se describen a continuación: el primero es la compulsión por consumir, más cuando la sustancia no está disponible, el segundo elemento es el detener el consumo repentinamente, el tercer elemento consta de la tolerancia, los cambios

de humor y malestar generalizado, no logra el mismo efecto o le impiden continuar con el consumo y el cuarto elemento es el continúan el consumo a pesar de las consecuencias graves que le están produciendo al individuo, quedar intoxicado. En otras palabras, la conducta adictiva se evidencia en la dependencia a una sustancia adictiva, en este caso al alcohol, el síndrome de abstinencia, la tolerancia y el vivir y funcionar en base al consumo.

El valor que una persona otorga al consumo de alcohol está determinado principalmente por la sociedad en la que vive. La sociedad influye en el conocimiento de las personas sobre si está bien beber alcohol o la cantidad recomendada de alcohol. Independientemente de si el comportamiento de bebida de un sujeto se ajusta a las normas sociales, el comportamiento del sujeto es explícita o implícitamente reforzado o censurado. Estas reacciones sociales al estilo de bebida de una persona ayudan a solidificar el valor que cada persona le da al alcohol (Arias Horcajadas et al., 2021).

Diferentes tipos de consumo de alcohol:

Tipo de consumo	Definición
Consumo abusivo	Patrón de consumo que excede el estándar de un consumo moderado o de un consumo social. Causa serios daños en la salud de la persona.
Consumo de riesgo	Consumo de una sustancia que hace muy probable que dicho consumo tenga consecuencias nocivas para el individuo.
Consumo experimental:	Consumo infrecuente de una sustancia. Puede hacerse por curiosidad.

Consumo moderado:	Consumo de alcohol bajo que no crea consecuencias como problemas físicos o psicológicos en la persona.
Consumo perjudicial:	Consumo de una sustancia que produce consecuencias negativas en la persona.
Consumo social:	Consumo que se considera normal en una sociedad concreta.

Nota: Esta tabla muestra los tipos de consumo que existen en base a la cantidad y frecuencia de la ingesta. Becoña (2011).

Tipos de bebedores:

Tipo de bebedor en base al consumo	Cantidad a consumir y sus características.
Bebedores excesivos regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Consume alcohol regularmente • 3 a 4 litros de vino al día • Logra controlar el consumo. • Se deja influenciar por situaciones laborales o fraternales. • Consume por consolidación social. • Llega con facilidad a alcoholizarse. • Presenta un patrón de consumo excesivo.
Bebedores enfermos psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen de base un trastorno psíquico entre los frecuentes se encuentra el trastorno de

	<p>ansiedad o trastornos depresivos y distimias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el alcohol para contrarrestar su sintomatología. • Consume para la reducción o exaltación de los síntomas.
Alcoholómanos	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo impulsivo, incapaz de parar. • Embriaguez constante. • Pierde el control, una vez que inicie la ingesta, puede abstenerse por algún tiempo, pero al comenzar no puede parar. • Personalidad pre-alcohólica caracterizada por soledad desde su infancia, lazos afectivos inestables, aislamiento progresivo, desesperanza y sensación de frustración repetidas veces. • Intensa dependencia psíquica. • Consume por evasión.

Nota: tipos de bebedores en base a su forma de consumo. Camacho (2019).

Ruppert (2017) establece que la conducta adictiva puede estar ligada a un trauma por las sensaciones que están presentes en la persona y desea

anestesiárlas, consume para ocultar la experiencia traumática y los sentimientos que esta le provoca, para reemplazar la falta de sueño, ansiedad o causa, así como para evadir la sensación de vacío. En algunos casos, el consumo de drogas se utiliza con la finalidad de suprimir la sintomatología traumática, lo que trae como consecuencia una manipulación en la química cerebral, alteración que desencadena la tolerancia a la droga. El tipo de adicción está sujeta a la naturaleza del trauma que presente el adicto. El consumo adictivo puede ser por un severo temor a la muerte lo que da consecuencia que la persona quiera escapar de esta sensación.

El principal síntoma característico de la conducta adictiva es la pérdida de control. Esta es una expresión conductual de la incapacidad del cerebro para controlar su comportamiento. Los impulsos se expresan sin procesamiento modulador, ya sea por condiciones genéticas, afectación en el neurodesarrollo, experiencias traumáticas personales, complicaciones emocionales, disfuncionalidades familiares y sociales, se crean condiciones favorables que aumentan el riesgo de ingestión y permiten la posibilidad de una ingestión continua durante largos períodos de tiempo, posiblemente con alta frecuencia o en grandes cantidades. La susceptibilidad al consumo también puede permanecer latente durante largos períodos de tiempo hasta que se cumplan las condiciones personales y ambientales que precipitan el inicio del consumo y la progresión de un trastorno adictivo, como un evento o situación psicológica traumática o un entorno favorable al consumidor (Sandí Esquivel & Castillo Araya, 2021).

El manual de criterios diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, DSM 5, (2011) indica que la compulsión por consumir es un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un gran malestar clínicamente significativo y se mantiene al menos en un plazo de 12 meses. Los criterios se mencionan a continuación:

- Consumo de alcohol frecuente, En grandes cantidades y por un tiempo prolongado.

- Deseo persistente por consumir.
- Fracasos reiterados a la hora de desear, abandonar o controlar el consumo.
- Uso de lapsos de tiempo prolongados para aquellas actividades que permitan conseguir el alcohol, consumirlo y recuperarse de los efectos.
- Deseo poderoso e incontrolable por consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva a el incumplimiento de las responsabilidades del individuo, así como de los compromisos sociales y laborales.
- Consumo de alcohol recurrente a pesar de tener consecuencias físicas.
- Se continúa con el consumo de alcohol, a pesar de que se sabe que ya se tiene. Una enfermedad o condición desarrollada por ingerir alcohol.
- Una tolerancia marcada por un consumo que tiene que ser mayor para lograr los efectos deseados.
- Abstinencia.

6.1.2. Técnicas terapéuticas para personas alcohólicas

El grupo:

Diaz (2000) indica que el grupo es un agente terapéutico por sí mismo, donde se presenta una realidad condicionada y planificada enfocada a un objetivo en específico programado por el psicoterapeuta quien utiliza la interacción entre los miembros para trabajar la salud mental, su misión es descubrir y transformar las conductas inadecuadas de sus integrantes y reformular la actitud de los mismos para que se vuelvan sanas. La convivencia se basa en las interacciones y comunicación en base a normas definidas previamente. Su finalidad es la intervención en los procesos inconscientes de cada uno de los miembros al trabajar en base a las conductas desadaptativas y creencias irracionales, el poder hablar tiene una función catártica que libera al miembro de la carga emocional de callar lo que lastima.

Los miembros del grupo cumplen con el rol de contención y apoyo para sus semejantes al lograr ese insight tan necesario en el abuso de sustancias, reconocer que no es el único que esta pasa este proceso y que hay otros que entienden lo que la persona experimenta a diario. La autorrevelación, actúa como un medio para reforzar la autoestima de la persona y su auto concepto. El clima del grupo está cargado de emociones, lo que permite que todos se den el permiso de sentir y dejar fluir lo que determinada situación les hace sentir lo que causa una liberación emocional.

De acuerdo con Colli y Prendes (s/f), los grupos de alcoholismo puede iniciar con técnicas de tipo participativa, es clave que estén acorde a las necesidades de las personas que participan, una de las dinámicas primordiales dentro del grupo es plantearse objetivos, a corto plazo que se efectúan en los primeros tres meses se aplica la terapia cognitiva, ello es debido a que permite fundamentar los pilares para la abstinencia en e futuro, además permite al paciente comprender y conocer lo irreversible de su enfermedad, así mismo como cuidarse de las situaciones que de alguna forma le representen un peligro. La etapa se centra en explicar al paciente sobre sus juegos patológicos dentro de la familia y como recuperar al adulto responsable (p.5).

Objetivos a corto plazo:

Necesidad del paciente	Técnica a utilizar	Marco teórico
1. Aceptación de la enfermedad 2. Comprensión de la abstinencia total	Impartir información	Terapia cognitiva; terapia analítica breve
3. Aceptación de Si-mismo	Aceptación incondicional	Terapia centrada en el cliente: Análisis Transaccional

4. Desaprendizaje del hábito	Aprendizaje de habilidades sociales: asertividad	Conductismo social; terapia cognitiva
5. Resistencia a la sobriedad	Impartir información: terapia racional emotiva	Terapia analítica; terapia cognitiva
6. Depresión, desesperanza	Aceptación incondicional; apoyo social; terapia Racional Emotiva	Terapia centrada en el cliente
7. Apoyo de pareja	Impartir información esposa, amigo; terapia sistémica	Terapia cognitiva; terapia sistémica
8. Conducta verbal y física agresiva	Entorno asertivo; habilidades sociales; terapia racional emotiva; reconocimiento del estado Padre (Padre cerdo)	Terapia cognitiva; Análisis Transaccional; terapia Gestalt
9. Juegos patológicos	Recuperación de los estados del yo; aprendizaje de los tipos de transacciones	Análisis Transaccional

Nota: Colli y Prendes (s/f), www.infoadicciones.net

La segunda etapa donde se plantean los objetivos de mantenimiento o a largo plazo, es decir en esta fase comienzan a operar los factores curativos, por lo cual se centran en la explicación del modelo de prevención y tratamiento de rociadas, como se muestra a continuación:

Necesidad del paciente	Técnica a utilizar	Marco teórico
------------------------	--------------------	---------------

1. Aprendizaje del conocimiento Sobre la enfermedad	Factores curativos de grupo de Yalom*	Modelo Interaccional
2. Asimilación-interiorización del aprendizaje	Potenciar el cambio	Modelo interaccional
3. Fortalecimiento del Yo	Aprendizaje de habilidades sociales: asertividad	Modelo interaccional
4. Comprensión del modelo Modelo interaccional patológico del alcoholismo	Factores curativos	Modelo interaccional
5. Conocimiento de la prevención y tratamiento de recaídas	Enseñanza grupal	Modelo cognitivo-conductual de Marlatt-Gordon
6. Etapas de cambio	Enseñanza de grupo	Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente

Nota: Colli y Prendes (s/f), www.infoadicciones.net

De acuerdo con Blanco y De la Fuente (s/f) la terapia grupal tiene un alto impacto en el seguimiento a personas con adicción al alcohol, se puede considerar como principal logro el hecho que se disminuyen las recaídas, la intervención resulta como una oportunidad donde las persona puede expresar las dificultades que experimenta durante el proceso de deshabitación. El avance del estadio de cambio se mide de acuerdo al logro de no recaer.

El estado de cambio radica en la motivación que la persona muestra sobre la abstinencia, así como mejor manejo e la enfermedad, pero el beneficio del grupo es brindar un proceso terapéutico a corto, mediano y largo plazo. Donde en la primera fase se centra en la adicción y avanza a temas centrados en la familia, pareja y el trabajo.

De acuerdo con Colli y Zaldívar (2002) en lo relacionado a los factores curativos en la psicoterapia de grupo en pacientes alcohólicos, existen una serie de ítems en base a el Cuestionario de Yalom para Factores Curativos de grupo (1986) que se establecen como mecanismos curativos funcionales para el paciente, los cuales son:

- 1) Altruismo.
- 2) Cohesión de grupo.
- 3) Universalidad.
- 4) Aprendizaje interpersonal Insumo.
- 5) Aprendizaje Interpersonal Producto.
- 6) Guía.
- 7) Catarsis.
- 8) Identificación.
- 9) Revalidación de la familia.
- 10) Comprensión de sí mismo.
- 11) Infundir esperanzas.
- 12) Factores Existenciales.

Así mismo indican que el estudio realizado sobre la eficacia de la terapia de grupo en comparación a la experiencia demuestra que la terapia grupal presenta resultados efectivos con la presencia de factores curativos como” 1) Altruismo; 2) Comprensión de Sí-mismo; 3) Revalidación de la Familia; 4) Aprendizaje Int.; 5) Cohesión grupal” (p.9). Además, añaden que el factor dominante como clave para el proceso es el altruismo.

6.2. Identificación de las necesidades

Autoestima: La baja autoestima se vincula a la adicción tanto como rasgo favorecedor del establecimiento de patrones desadaptativos de consumo, como un

factor de mantenimiento de la conducta y como una consecuencia de la incapacidad percibida para mantener el control.

- Autoeficacia: La autoeficacia general, es decir, la capacidad estimada de enfrentarse las dificultades que evalúa cada sujeto, se relaciona con su capacidad real para enfrentarse a situaciones de riesgo, así como para mantenerse en tratamiento y alcanzar buenos resultados (Kadden y Litt, 2011).
- Locus de control: El locus de control interno es la creencia de que el sujeto está en condiciones (capacidades y esfuerzo) de modificar su conducta, mientras que si es externo tenderá a modificarla poco en espera de que circunstancias externas.
- Habilidades sociales: La falta de habilidades sociales se relaciona con el desarrollo de patrones de consumo desadaptativos, así como con otros problemas psicopatológicos asociados a la adicción (Beardslee, Chien y Bell, 2014).
- Autocontrol: es la dimensión opuesta a la impulsividad, y, más precisamente, la capacidad aprendida para inhibir respuestas irreflexivas sin cálculo de consecuencias (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok y Baumeister, 2012).
- Estilos de afrontamiento: Resolver los conflictos es una variable crítica en relación con el abuso de sustancias si lo deseable es una orientación al problema y su resolución, y la búsqueda de apoyo social es una segunda línea de afrontamiento, la orientación al malestar no sólo es ineficaz, sino que favorece la evitación y el escape, siendo el consumo de drogas el principal mecanismo de reducción del malestar.

6.3. Objetivos

Objetivo general:

Disminuir el riesgo de recaídas en personas con conductas adictivas

Objetivos específicos:

- Impulsar el conocimiento en la prevención y tratamiento de las recaídas.
- Fortalecer las actividades grupales con personas con las mismas problemáticas.

Para los fines del programa se integran las terapias:

- Terapia cognitiva conductual.
- Gestalt.
- Narrativa.

Las sesiones se realizarán por medio de terapia grupal e individual unificada con las reuniones de Alcohólicos Anónimos con sesiones una vez por semana en un periodo de 10 meses.

6.4. Actividades

Nº de sesión	Tema	Técnicas	Actividades
1	Presentación de los participantes y objetivos de la terapia grupal	Identificación de conducta verbal y control instruccional (terapia Cognitivo conductual)	Crear un ambiente de confianza y seguridad

2	Técnicas de relajación	Modelamiento (terapia Cognitivo Conductual y Mindfulness)	Realizar ejercicios de relajación muscular, para experimentar la reducción de ansiedad y estrés.
3	Círculos sociales nocivos	Autoevaluación (Terapia Cognitivo Conductual)	Analizar cuando ellos mismos se introducen en círculos sociales problemáticos que se impulsa el consumo de alcohol.
4	Psicoeducación sobre la adicción como consecuencia emocional.	Reconociendo los eventos familiares o del pasado que no logre expresar. Dialogo socrático. (Técnica cognitiva)	Identificar los guiones de mi vida.
5	Tipos de apego	Ejemplos de cada uno de los apegos. Contar historias sobre cada tipo de apego y las consecuencias (Terapia narrativa)	Test de apego.
5.6.7	Psicoeducación sobre el tipo de apego del consultante.	Diálogo socrático. (Terapia Cognitivo Conductual) Trabajar un apego seguro PNL. (Terapia Cognitivo Conductual) Comunicación asertiva.	Relacionarse con personas de una forma más asertiva

		(Terapia Cognitivo Conductual)	
8.9.10.11.12	Sanando mi niño interior. Sesión 8, grupal. Sesión 8, 9,10,11, individual. Sesión 12, grupal.	Visualizaciones guiadas. Niño. Madre. Padre. (Terapia cognitiva y narrativa) Figura importante o cuidador. Pérdidas. Duelos. Reformulación. Recursos Yoicos. (Terapia cognitiva)	Diario de emociones
13	En busca de la salud en general	Autocontrol (Terapia cognitiva)	Definir horarios de sueño y actividades físicas y de diversión.
14	Sentimientos dolorosos	Autoconocimiento (Terapia cognitiva)	Las personas inician con la elaboración de un diario donde puedan volcar lo que les preocupa y ocasiona ansiedad.
15	Identificando a las personas que les hice daño.	ATT, Víctima, victimario y salvador. (Terapia cognitiva)	Identificar las ocasiones en las que actuó como víctima, victimario y salvador.
16	Carta de perdón	Escribir una carta pidiéndole perdón a las personas que he lastimado (Terapia Gestalt)	Hacer carta
17	Resolución eventos culposos.	Silla vacía	Se les pedirá a los participantes que imaginen a una

	Sesión individual	Silla caliente (Terapia Gestalt)	persona que no es necesario decir el nombre pero que con libertad digan lo que han dejado pendiente, lo que ha dolido ese es el momento para liberar los sentimientos reprimidos.
18	Trauma y su diferente tipo. Sesión grupal.	Psicoeducación (Terapia Cognitivo Conductual)	Lista de familiares o ejemplos de vida que son alcohólicos.
19.20.21.22	Identificando traumas. Sesiones individuales.	Los propios. Los generacionales. (Terapia Narrativa)	Ficha autobiográfica con datos sobre los eventos traumáticos de mis padres, abuelos e hijos. Identificar eventos repetitivos.
23	Reformulación del trauma. Sesión grupal.	Visualización guiada. MDR. (Terapia Cognitivo Conductual)	
24	Conductas alternativas al consumo.	Escribir una carta (Terapia Gestalt)	Practicar la sustitución de círculos sociales y eventos de riesgo con actividades que promuevan una actitud positiva
25	Compartiendo experiencias de vida. Sesión grupal.	Compartiendo historias (Terapia narrativa)	

26	Validando experiencia del psicodrama. Sesión individual.	Psicoeducación (Terapia Cognitivo Conductual)	
27	Sedentarismo	Autoevaluación (Terapia cognitivo conductual)	Las personas realizarán un cronograma de actividades diarias y lo analizarán para verificar si hay horarios donde estén sedentarios y sustituir ese tiempo por actividades que promuevan el bienestar.
28	Altruismo	Psicoeducación (Terapia cognitivo conductual)	Lista de familiares o ejemplos de vida que son alcohólicos.
29	Cohesión de grupo	Juego de roles (Terapia Gestalt)	Cada uno de los participantes decidirá el rol de un compañero de grupo y los demás adivinarán de quien se trata, la idea es fortalecer los lazos que los unen.
30	Aprendizaje interpersonal	Autorreconocimiento (Terapia cognitivo conductual)	Actividades de practica de empatía, escucha activa y cualidades de cada una de las personas que participan en el grupo.
31	El grupo como guía	Autoevaluación (Terapia cognitivo conductual)	El grupo analizará como y que cosas han aprendido y ese aprendizaje que

			produjo en lo personal.
32	Catarsis	Silla vacía (Terapia Gestalt)	Se les pedirá a los participantes que imaginen a una persona que no es necesario decir el nombre pero que con libertad digan lo que han dejado pendiente, lo que ha dolido ese es el momento para liberar los sentimientos reprimidos.
33	Identificación grupal	Espaldas pegadas (Terapia cognitivo conductual)	Los participantes se pondrán en parejas y se sentarán en el las sillas, pero con las espaldas pegada y tratarán de levantarse sin soltarse, el mensaje es que cuando se unen esfuerzos se pueden lograr grandes cosas.
34	Revalidación de la familia	Reflexión (Terapia cognitivo conductual)	Hablar con los participantes sobre como la adicción les hace acreedores de una serie de estigmas sociales y atributos negativos, se les puede preguntar que experiencia tiene en dicha situación, después se les pide que imaginen como se siente su familia y si alguien sabe lo que sienten que lo comparta con el grupo, al finalizar reivindicar la

			importancia de la familia y el acompañamiento que brindan durante los procesos de recaída y recuperación.
35	Comprensión de sí mismo	Autoevaluación (Terapia cognitivo conductual)	Se le pedirá que cada persona realice un FODA de sí mismo, se les explica cada uno de los componentes y luego lo puede compartir con el grupo.
36	Infundir esperanzas	Reflexión (Terapia cognitivo conductual)	Se les pedirá a los participantes que recuerden cuando sintieron desesperanza y cuando llegaron al grupo recobraron el sentimiento. Pedir que lo compartan. Al finalizar el terapeuta fortalece la importancia del grupo como un espacio alentador.
37	Pertenencia	Autoevaluación	Se les pide a los participantes que piensen y compartan cuando ellos realizaron las siguientes actividades: Priorizar las relaciones de calidad entre miembros.

			<p>Participar en el grupo como una persona activa para contribuir al aprendizaje solidario.</p> <p>Ofrece apoyo a sus compañeros.</p> <p>Ser sensible a las necesidades de los demás.</p>
38	Ya no estoy solo	Confrontamiento (Terapia cognitivo conductual)	<p>Cada uno de ellos escribirá cuáles son sus objetivos a corto plazo de acuerdo a lo que se han abordado en las sesiones anteriores, se les pedirá que los socialicen con el grupo y los demás prometen apoyarlo para que alcance sus objetivos planteados.</p>
39	Que podemos hacer para mejorar nuestro grupo	Autoevaluación (Terapia cognitivo conductual)	<p>Se les pide a los participantes que piensen cuales podrían ser algunas mejoras para una mejor cohesión del grupo, cada uno evalúa su empatía, solidaridad y todos los atributos del grupo, al final se discute y se busca el compromiso del cumplimiento por todos los integrantes.</p>
40	Cierre	Retroalimentación (Terapia narrativa)	<p>Se les pide a los participantes que traten de recordar lo que se abordó en las</p>

			<p>sesiones y lo más importante que recuerdan y entre todos van construyendo una recisión general del contenido de las actividades.</p> <p>Posterior a ello se les agradece la participación.</p>
--	--	--	---

6.5. Operatividad del plan. Evaluación

Evaluación del programa	
Tipo	Descripción
Previa	Es la que se realiza antes del inicio del programa en el caso de personas con alcoholismo se pueden utilizar el test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT) y el cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), fue creado por Pedrero EJ, Pérez M, de Ena S, Garrido C, su finalidad es investigar con precisión y fiabilidad los elementos de los rasgos y trastornos de la personalidad.
Durante	La evaluación durante el proceso se realiza en base a la aplicación del programa donde el terapeuta tiene claro cuál es la sesión, objetivo y si

7. Referencias

- Achaerandio, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación*. (7a ed.) Guatemala: Cara Parens.
- Álvarez, N. (2019). *Terapia Gestalt*.
<https://www.institutocastelao.com/terapia-gestalt-y-adicciones/#:~:text=La%20terapia%20Gestalt%20aplicada%20al,a%20valorarse%20a%20s%C3%AD%20mismo>.
- Anónimo, (2008). *Libro Azul*. Alcohólicos Anónimos.
- Antoni, M., y Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas*. España. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.
- Asociación América de Psiquiatría, (DMS-V). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – V*. Barcelona: Masson.
- Barnes-Holmes, D.; Rodríguez Valverde, M.; Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37: pp. 255 - 275.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M. T. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Blanco, L. y De la Fuente, A. (s/f). *Psicoterapia grupal de seguimiento en adicciones: de la hospitalización al tratamiento ambulatorio*.
- Blanco, M. (2020). *Sentirse vacío*.
[https://psicologosoviedo.com/especialidades/depresion/sentirse-vacio/#:~:text=El%20sentimiento%20de%20vac%C3%ADo%20\(tambi%C3%A9n,%E2%80%9Cno%20tener%20nada%20dentro%E2%80%9D.&text=Publicado%20el%2026%2F03%2F2020](https://psicologosoviedo.com/especialidades/depresion/sentirse-vacio/#:~:text=El%20sentimiento%20de%20vac%C3%ADo%20(tambi%C3%A9n,%E2%80%9Cno%20tener%20nada%20dentro%E2%80%9D.&text=Publicado%20el%2026%2F03%2F2020).
- Canastuj, D. (2018). *Alcoholismo y personalidad (tesis de licenciatura)*. Universidad Rafael Landívar. Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala. Recuperada de <http://repositorio.biblioteca.uned.edu.gt/tesis/2018/05/22/Cana%20stuj%20-%20Daniela.pdf>

- Camacho Laraña, M. (2019). *Anotaciones sobre Psicopatología y Psiquiatría Clínica*. España: Bubok Publishing.
- Castillo, M. (2013). *Intervención psicológica para el tratamiento de las adicciones en el Centro de Psicología Clínica Olivencia*.
<https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3081/IntervencionPsicologicaOlivencia.pdf?sequence=6>
- Caputo, D. (2011). *Taller de entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la reinserción social Para pacientes de "ProgramaCambio"*
https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10238/Taller_de_Entrenamiento_en_Habilidades_Sociales_para_favorec.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carr, E. (2018). *Es fácil controlar el consumo de alcohol*. Madrid, España, editorial Espasa libros.
- Colli, M. y Prendes, M. (s/f). *Terapia de grupo en alcoholismo: un modelo ambulatorio para su abordaje*.
- De la Campa, J. (23 de septiembre de 2016). *La culpa y el resentimiento que tienen los alcohólicos* [Mensaje de blog]. Recuperado de <https://centroatlantida.com/la-culpa-resentimiento-que-tienen-los-alcoholicos/>
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*, Editorial pax México. Recuperado de https://www.google.com.gt/books/edition/Bases_de_la_terapia_de_grupo/hDtB0l7FsxkC?hl=es&gbpv=1&dq=terapia+de+grupo+definicion&pg=PR8&printsec=frontcover
- Dyer, W. W. (2008). *Tus zonas erróneas*. Estados Unidos: B.Webcindario. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.
- Ferreira, M. (2020). *Aplicación grupal de mindfulness en drogodependencias*.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Aplicacion_grupal_de_mindfulness_en_drogodependencias_M.Ferrerira.pdf
- García, A. (2013). *El sentimiento de culpa asociado a determinados trastornos psicológicos*, Psicia. Edición electrónica, Madrid, España: Recuperado

- <https://psicia.wordpress.com/2013/03/08/el-sentimiento-de-culpa-asociado-a-determinados-trastornos-psicológicos/>. 18 de febrero del 2018.
- García, A. (2022). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): principios y características*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-aceptacion-compromiso>
- Godoy, J. (2015). *Incidencia del alcoholismo en la violencia intrafamiliar en la Villa de Tactic, Alta Verapaz*, (Tesis de licenciatura) Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_13009.pdf. 16 de febrero del 2018.
- Gutiérrez, R. Medina, M. Jiménez, A. Casanova, L. Natera, G. (2015). *Estilo de afrontamiento a la obsesión mental por beber, (Craving) en bebedores en proceso de recuperación*, Scielo, edición electrónica 0185-3325, México Distrito Federal, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000300177. 18 de febrero del 2018.
- Hayes, S. (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior therapy*, 35: pp. 639 - 665.
- Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.) México: Mc Graw Hill. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Instituto Nacional de Estadística Guatemala. (INE, 2009). *Estadísticas hospitalarias*. Guatemala. Recuperado de <https://www.ine.gob.gt/estadisticasine/index.php/usuario/hospitalarias>.
- Jiménez, M. Pascual, F. Florez, G y Contel, M. (2008). *Alcoholismo. Guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. (2a. Ed). Barcelona, España: Sociodrogalcoholo I.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.
- Lazarus, R. (2009). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>.

- Lima, G. (2015). *Metodología estadística*. (2 ed.). Quetzaltenango, Guatemala: Copymax.
- Lindenfield (2016). *Libérate de la trampa de la culpabilidad*, Estados Unidos de América: Harper Collins español.
- Lorenzo, P. Ladero, J. Loza, J Lizasoan, L (2009). *Drogodependencias*. (3a. Ed). España: Panamericana.
- López, D. (2021). *Terapias Familiares en Adicciones*.
<https://rehably.es/terapias/terapias/terapias-familiares>
- Lucio, C. (2017). *El consumo moderado de alcohol, también daña el cerebro, El mundo*, edición electrónica, Madrid, España. Recuperado <http://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2017/06/07/5936cea746163ff03e8b4596.html>. 16 de febrero del 2018.
- Luciano, M.. y Valdivia, M. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27: pp. 79 - 91.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33712017009.pdf>
- Mara, F. y Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo. Teoría, técnica e investigación*. Barcelona, España: Octaedro S.L.
- Martínez, J. (2020). *Evaporando la adicción, entender superar y sustituir una adicción por una vida saludable*. (1ª Ed). Julio Juez. IBN 9788835834410.
- Massachusetts General Hospital. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. (2017). España: Elsevier España, S.L.U. Recuperado de https://www.google.com.gt/books/edition/Massachusetts_General_Hospital_Tratado_d/NdzQDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
- Monason, R. (2003). *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*.
<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervenciones-psicosociales-alcoholismo-13045023>
- Montejo, S. (2016). *Psicología de las emociones: la culpa*, Psicoglobal. Edición electrónica. Madrid, España. Recuperado <http://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa>. 18 de febrero del 2018.

- Montes, Y. (2015). *La unidad y el apoyo son vitales cuando existe una adicción*, Prensa libre, edición electrónica, Guatemala, Centro América. Recuperado <http://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/la-unidad-y-el-apoyo-son-vitales-cuando-existe-una-adiccion>. 16 de febrero del 2018.
- Morgado, I. (2017). *Emociones corrosivas. Como afrontar la envidia, la codicia, la culpabilidad, la vergüenza, el odio y la vanidad*. Madrid, España: Ariel.
- Ojeda, E. (2022). Uso de terapia narrativa en el tratamiento de la adicción. <https://centrointegraldepsicologia.com/uso-de-terapia-narrativa-en-el-tratamiento-de-la-adiccion/>
- Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*, Washington D.C. recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/EI_alcohol-producto_de_consumo_no_ordinario.pdf porqué la culpa hace todo más placentero? (2015). British Broadcasting Corporation, recuperado de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150102_vert_fut_culpa_placer_finde.
- Roberts, D. (2017). *El alcoholismo resuelto. No es tu culpa: la ciencia se pronuncia*. Bloomington INN, Estados Unidos: Balboa Press.
- Rodríguez, E. (2015). *Conocer la enfermedad mental (salud mental para el siglo XXI: cuidar, rehabilitar e integrar)*, España. Ediciones Díaz de Santos, Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/la-librera-familia/ndivarsp/detail.action?docID=4183826>.
- Recio, A. (2023). *¿Qué es la terapia familiar?* <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-familiar#:~:text=La%20terapia%20familiar%20es%20un,c%C3%B3mo%20se%20relacionan%20entre%20s%C3%AD>.
- Redolar Ripoll, D. (2011). *Cerebro y adicción*. España: Editorial UOC, S.L.
- Rivadeneira, J. (2013) *El funcionamiento familiar, los estilos parentales y el estímulo al desarrollo de la teoría de la mente*. Barcelona, España. (Tesis de doctorado). Universidad autónoma de Barcelona, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117201/jrv1de1.pdf;sequence=1>

- Roveira, I. (2017). *5 técnicas para entrenar tus habilidades sociales*.
<https://psicologiaymente.com/social/tecnicas-entrenar-habilidades-sociales>
- Ruppert, F (2017). *Trauma, duelo y constelaciones familiares*, Editorial Paidós, México.
- Saiz, M. (2015). *El alcohol y su efecto depresivo*, *Revista especializada en adicciones, edición electrónica*, Colombia. Recuperado <http://revistaindependientes.com/el-alcohol-y-su-efecto-depresivo/>. 18 de febrero del 2018.
- Sandua, D. (2023). *Superar las adicciones*. (n.p.): Amazon Digital Services LLC - Kdp.
- Sánchez, E. (2001). *Intervención psicológica en conductas adictivas*.
<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>
- Souza, V. (2011). *Psicoterapia de grupo: ejercicios a la mano volumen 1*. Estados Unidos: Vacir De Souza.
- Stamateas, B. (2012). *Emociones tóxicas*. Barcelona, España: B, S, A.
- Stanton, M. D., Todd, T. C. (2018). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: GEDISA.
- Tzoc, M. (2017). *Caracterización epidemiológica del alcoholismo crónico en hombres y mujeres residentes de la cabecera del municipio de Santa Catarina Ixtlahuacán, Sololá, Guatemala*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala. Recuperada <http://recurso.sbiblio.uriedu.gt/tesis/jrcd/2017/09/02/Tzoc>
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite*.
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005#:~:text=La%20terapia%20dial%C3%A9ctico%](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005#:~:text=La%20terapia%20dial%C3%A9ctico%20)

20conductual%20(TDC)%20(Linehan%2C%201993a%2C,en%20act
os%20suicidas%20y%20parasuicidas.

Wallenhorst, T. (2009). *La dependencia del alcohol: un camino de crecimiento*.
España: Desclee de Brouwer. Recuperado de
<https://ebookcentral.proquest.com>.

8. Anexos

8.1. Apéndices

TEST AUDIT

Para determinar el **nivel de abuso o dependencia al alcohol** aplique el siguiente cuestionario.
Marque el puntaje correspondiente a la respuesta que más se acerque al comportamiento del paciente.

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>0=nunca 1=una vez al mes o menos 2=de 2 a 4 veces por mes 3=2 ó 3 veces por semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?</p> <p>Cuantificar el número de tragos estándar (*) 0=una o dos 1=tres o cuatro 2=cinco o seis 3=de siete a nueve 4=diez o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?</p> <p>0=no 1=sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?</p> <p>0=no 1=sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>

(*) Para determinar la cifra que debe ser elegida, hay que considerar que un trago estándar contiene de 10 a 12grs de alcohol. En caso de dudas, consulte la tabla "¿cómo medir un trago estándar?".

VIP(Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial)

(Pábrera E.E, Pérez M. de Eca S, González)

Por favor, lee cada frase y diga si está **muy de acuerdo, sólo de acuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo** con ella. Conteste a todas las frases de la manera más sincera posible. Si tiene algún problema consulte con el profesional. Agradecemos sinceramente su colaboración.

MA = Muy de acuerdo

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

MD = Muy en desacuerdo

POR FAVOR, RELLENE LOS SIGUIENTES DATOS:
 - EDAD:
 - SEXO: Varón Mujer

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO:
 Sin estudios (Estudios Primarios)
 Formación Profesional
 ESO/BUP/COU
 Universitario

	MA	A	D	MD
1. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por ser demasiado emocional ante la situación				
2. Tengo algunas actitudes paranoicas en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente				
3. Riesgo real confío en que las cosas buenas me ocurran a mí				
4. Vanjo lo que vanjo, por lo general soy capaz de manejarlo				
5. Tengo emociones intensas que me hacen sentir desconfortado/a				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque tengo la habilidad necesaria para manejar situaciones difíciles	MA	A	D	MD
7. Siento que si algo puede irme mal, me ocurre				
8. A veces pienso que no valgo para nada				
9. Cuando me encuentro frente a un problema procuro planificar mejor mi tiempo				
10. Estoy seguro de que mis problemas contribuirán bien a estar en el futuro				
11. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí	MA	A	D	MD
12. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
13. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi mismo				
14. Cuando me encuentro frente a un problema procuro estar con otras personas				
15. Cuando me encuentro frente a un problema suelo plantear distintas soluciones al problema	MA	A	D	MD
16. He aprendido a ser paciente con los demás				
17. Puedo evitar caer en ciertas "tentaciones" del momento a fin de conseguir luego algo mejor				
18. Evito hacer preguntas a personas que no conozco				
19. Sé manejar los imprevistos bien				
20. Generalmente siento que soy inferior al resto de la gente	MA	A	D	MD
21. Cuando me encuentro frente a un problema suelo preocuparme mucho				
22. Soy capaz de posponer gratificaciones a fin de alcanzar mis metas, en lugar de dejarme llevar por el impulso de actuar inmediatamente				
23. Me es fácil decidir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
24. Cuando me encuentro frente a un problema suelo emprender inmediatamente una acción que corrija la situación				
25. Cuando se me acaba la paciencia me pongo ofensivo/a	MA	A	D	MD
26. A menudo me gustaría ser cualquier otra persona				
27. La mayoría de la gente es mejor que yo				
28. Cuando me encuentro frente a un problema suelo tratar de ser organizado para estar por encima de la situación				
29. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
30. Me resulta difícil hacer nuevas amistades	MA	A	D	MD
31. Cuando me encuentro frente a un problema procuro ajustar mis prioridades				
32. No me importa lo que me suceda en el futuro, es la suerte la que decide lo que ocurrirá				
33. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir				
34. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables				
35. Soy una persona tímida				

	MA	A	D	MD
36. Cuando tengo problemas prefiero dormir para olvidarlos				
37. Tengo una mala opinión de mí mismo				
38. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar				
39. Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte				
40. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	MA	A	D	MD
41. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar a un amigo				
42. Como que nunca llegará a ser una solución de mi vida				
43. Cuando tengo problemas me escondo en casa para no pensar en ellos				
44. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decidir una acción a seguir y llevarla a cabo				
45. Sin duda alguna, no tengo confianza en mí mismo	MA	A	D	MD
46. Cuando me encuentro frente a un problema suelo ponerme muy serio				
47. Siempre soy optimista cuando me enfrento a un futuro				
48. Cuando me encuentro frente a un problema suelo marcar mis prioridades				
49. Algunas veces pienso que soy una carga para los demás				
50. Siento tener que volver hacer las cosas por obrar precipitadamente	MA	A	D	MD
51. En general, agrego que me ocupan más cosas buenas que malas				
52. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hacer un esfuerzo extra para resolver las cosas				
53. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				
54. Como que soy importante como persona				
55. Cuando tengo problemas,ifico la terapia para imaginar que se resuelven satisfactoriamente	MA	A	D	MD
56. Cuando estoy muy intrido sé lo que tengo que hacer para tranquilizarme				
57. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
58. Cuando me encuentro frente a un problema suelo analizar el problema antes de actuar				
59. Espero mi punto de vista aunque sea impopular				
60. Cuando me encuentro frente a un problema suelo lograr controlar la situación	MA	A	D	MD
61. Estoy muy contento de ser como soy				
62. Cuando me encuentro frente a un problema suelo sentirme nervioso por no ser capaz de afrontarlo				
63. Pienso que soy una persona capaz, en todo para los demás				
64. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar con alguien cuyos consejos valore				
65. Cuando me encuentro frente a un problema suelo culparme por aplazar la toma de decisiones	MA	A	D	MD
66. Siempre miro el lado positivo de las cosas				
67. Cuando me encuentro frente a un problema suelo irme a ver a algún amigo				
68. Tengo la seguridad de que me será posible ser feliz				
69. Las cosas nunca ocurren como yo quiero				
70. Tengo demasiados defectos	MA	A	D	MD
71. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente quiero hacer				
72. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decirme a mí mismo que eso no me puede estar sucediendo a mí				
73. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
74. Cuando me encuentro frente a un problema suelo emborracharme para no saber qué hacer				
75. Tengo miedo del futuro, no sepa que me espera el futuro	MA	A	D	MD
76. Cuando me encuentro frente a un problema suelo centrarme en el problema y ver cómo puedo resolverlo				
77. Cuando me encuentro frente a un problema suelo emborracharme				
78. Tomo decisiones de forma rápida que después siento				
79. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño				
80. Cuando me encuentro frente a un problema suelo pasar un tiempo con una persona especial	MA	A	D	MD
81. La mayor parte de los problemas que se resuelven no son por el esfuerzo que pongas en conseguirlos, sino por suerte o por azar sobre las soluciones				
82. Cuando tengo problemas me siento culpable cosa que me haga olvidar				
83. Con frecuencia descargo mi ira con violencia				
84. Suelo equivocarme por hacer cosas de modo precipitado				

