

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS
EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**KARLA JOSELYNE CHÁVEZ GONZALEZ
KAREN GABRIELA RODRIGUEZ LUNA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2017

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. Below the shield is a figure on horseback. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

Licenciada Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello
Mario Estuardo Sitaví Semeyá
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.024-2016
CODIPs.2519-2017

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

17 de noviembre de 2017

Estudiantes

Karla Joselyne Chávez Gonzalez
Karen Gabriela Rodriguez Luna
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUARTO (4º) del Acta OCHENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (82-2017), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 17 de noviembre de 2017, que copiado literalmente dice:

“CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Karla Joselyne Chávez Gonzalez
Karen Gabriela Rodriguez Luna

CARNÉ: 2012-16618
CARNÉ: 2012-16635

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Mgtr. Leslie Agustin Sechel Vela y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UG-524-2017

Guatemala, 14 de noviembre de 2017

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM



Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes **KARLA JOSELYNE CHÁVEZ GONZALEZ, CARNÉ NO. 2302-03264-0101, Registro de Expediente de Graduación No. EPS-32-2017-C** y **KAREN GABRIELA RODRIGUEZ LUNA, CARNÉ NO. 2301-69139-0101, Registro de Expediente de Graduación No. EPS-31-2017-C**, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 23 de octubre del año en curso.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,


M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.
CC. Archivo
ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

INFORME FINAL

Guatemala, 10 de noviembre de 2017

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Helvin Velásquez Ramos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS
EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y SU EVOLUCIÓN CON EL
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”.**

ESTUDIANTES:

Karla Joselyne Chávez Gonzalez

Karen Gabriela Rodriguez Luna

CARNE No.

2012-16618

2012-16635

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 23 de octubre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 09 de noviembre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.

“Mayra Gutiérrez”



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 10 de noviembre de 2017

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”.

ESTUDIANTES:
Karla Joselyne Chávez Gonzalez
Karen Gabriela Rodriguez Luna

CARNÉ No.
2012-16618
2012-16635

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de octubre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala 15 de mayo del 2017

Licenciado
Estuardo Espinoza
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS-
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado: **“Nivel de Ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en Centros de Rehabilitación y su evolución con el tratamiento Cognitivo Conductual”** realizado por las estudiantes **KARLA JOSELYNE CHÁVEZ GONZALEZ, CARNÉ 201216618** y **KAREN GABRIELA RODRIGUEZ LUNA, CARNÉ 201216635.**

El trabajo fue realizado a partir del 24 de febrero del 2016 hasta el 21 de abril del 2017.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el centro de investigaciones en psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Licenciado Leslie Agustin Sechel Vela
Psicólogo y Orientador Vocacional y Laboral
Colegiado No. 02343 (dos mil trescientos cuarenta y tres)
Asesor de Contenido

Mgtr. Leslie A. Sechel V.
Psicólogo Clínico
Colegiado No. 2343

Guatemala 24 de marzo del 2017

Licenciada

Miriam Elizabeth Ponce Ponce

Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPS-

"Mayra Guitierrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes **Karla Joselyne Chavez Gonzalez, carnè 201216618 y Karen Gabriela Rodriguez Luna, carnè 20121663**, realizaron en esta institución "Hogar de Rehabilitación La Luz de Jesús" 10 sesiones de terapia grupal como parte del trabajo de investigación titulado: "**Nivel de Ansiedad en pacientes masculinos adictivos internos en el hogar de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual**" en el periodo comprendido del 23 de noviembre al 14 de diciembre del 2016, en horario de 8:00 am a 10:00 am.

Las Estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular me suscribo.



Rolando Arriola Castillo

Director General

Hogar de rehabilitación La luz de Jesús

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR KARLA JOSELYNE CHÁVEZ GONZÁLEZ

LUIS ARNOLDO ZEPEDA LÓPEZ

MÉDICO Y CIRUJANO, MAGÍSTER ARTIUM EN DOCENCIA SUPERIOR

COLEGIADO No. 3296

POR KAREN GABRIELA RODRÍGUEZ LUNA

FLOR DE MARÍA PALENCIA HERNÁNDEZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO No. 1813

Karla Joselyne Chávez González

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por ser el padre amoroso, que ha estado en cada momento de mi vida levantándome con su amor y su presencia, llenándome de su gracia, paciencia y voluntad.

A mis padres: Heidy Gonzalez y Douglas Chávez, por ser mis dos pilares en la vida, por enseñarme el camino de la humildad, el amor y el esfuerzo durante mi formación como profesional; por acercarme al amor de Dios en los momentos difíciles y de incertidumbre.

A mi prometido: Javier Zepeda por fortalecerme con tu amor y paciencia cuando me sentía tan frustrada. Llegaste justo en el momento perfecto y te has convertido en mi bendición más grande.

A mis Hermanos: José David y Esteban por su amor y apoyo incondicional a mi vida, y por las sonrisas y bromas para alegrar mis tardes de arduo trabajo.

A mis abuelos: Lisandro Gonzalez (q. e. p. d.), Teresa de Gonzalez y Cristina Barrios por creer siempre en que llegaría a este momento y honrarme con su amor y apoyo. A mi abuelo Lisandro, aunque físicamente ya no estás conmigo viven en mi cada uno de los recuerdos que tengo en donde tú me animabas y motivabas mi esfuerzo.

A mi familia en general: Tías, tíos, primos, primas por compartir conmigo esta meta cumplida, es una bendición para mi tenerlos en mi vida.

A Andrea Juárez: Por ser esa amiga fiel de quien aprendí mucho todo este tiempo y en quien encontré apoyo y amor como el de una hermana.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por ser mi alma máter y casa de estudio, por mi formación académica y profesional, y por desarrollar en mi un sentido de humanidad y servicio a los demás.

Karen Gabriela Rodríguez Luna

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por ser mi protector y guía en la vida, en especial en esas ocasiones que ya no veían la luz y él siempre estaba allí para acompañarme y fortalecerme.

A mis padres: Sara Luna porque siempre has sido mi más grande ejemplo de fortaleza, humildad, sensatez y amor. Gracias pues este camino que he recorrido, lo hecho tomada de tu mano y amor incomparable.

Erwin Rodríguez porque has llenado de luz mi vida; tu determinación, esfuerzo y respeto siempre han sido para mí un ejemplo. Valoro esas lecciones de vida que me has enseñado y sé que nadie podría enseñármelas mejor que tú.

A mis Hermanos: Bryan Rodríguez por ser mi ejemplo de alegría, esfuerzo y amor. Sigue luchando por tus sueños como siempre lo haces, sé que los harás realidad.

Michelle Rodríguez por tu amor, ternura y apoyo siempre hacia mí. Valora todo aquello que aprendas y continúa con éxito y dedicación tu vida.

A mis abuelos: Por ser un pilar en la familia, llenos de aprendizaje, lecciones de vida y amor que siempre supieron enseñarnos.

A mis tíos y primos: A todos ustedes que incondicionalmente me han dado amor, alegría y apoyo. Sin su compañía mi vida no estaría completa.

A mi novio: Mario Motta, por tu amor, paciencia y respeto que durante años me han conquistado y jamás me han faltado. Día a día se suman las experiencias a tu lado que llenan de alegría mi corazón y sobre todo se va construyendo esa historia que un día iniciamos juntos y seguimos construyendo con tanto amor.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por ser mi amada casa de estudios, a la cual siempre quise pertenecer, por formarme como profesional, como persona y brindarme sin condición alguna, todo ese conocimiento que valoro como un gran tesoro.

AGRADECIMIENTO

A Dios: Porque todo lo que hoy hemos alcanzado es gracias a ti, solo tu mereces la gloria y la honra por este logro y por los que vienen, también te agradecemos por resguardarnos siempre en tu gloria y amor eterno.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Por formarnos como profesionales y como personas sensibles a nuestra sociedad y a nosotras mismas; por permitir que nos desarrolláramos en cada una de las áreas de nuestra vida y por darnos la oportunidad de crear conocimiento y valorar el aprendizaje.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas: Por ser nuestro segundo hogar durante todos estos años de formación, por brindarnos conocimientos y experiencias únicas de trascendencia; porque aquí conocimos a personas que marcaron nuestras vidas y que nos han hecho crecer con su acompañamiento. por permitirnos formar parte de una experiencia inolvidable.

A nuestros catedráticos: Por enseñarnos a amar la psicología a través de sus enseñanzas, por demostrarnos el valor que tiene el ser humano y por brindarnos los conocimientos que a lo largo de sus vidas han aprendido y adquirido con tanto esfuerzo.

A nuestro asesor: Leslie Sechel por su acompañamiento durante este arduo trabajo y motivarnos a dar lo mejor de nosotras como profesionales en el campo de la investigación.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	
Prólogo	
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del Problema.....	14
1.2 Marco Teórico.....	17
1.2.1 Contexto Social América Latina.....	17
1.2.2 Sociedad Guatemalteca.....	17
1.2.3 Clases Sociales.....	18
1.2.4 Institución.....	19
1.2.5 Personalidad.....	21
1.2.6 Estructura de la Personalidad.....	22
1.2.7 Ansiedad.....	24
1.2.8 Dependencia.....	26
1.2.9 Adicciones.....	27
1.2.10 Modelo Transteórico.....	28
1.2.11 Terapia Cognitivo Conductual.....	30
1.2.12 Terapia Grupal.....	31
CAPÍTULO II	
2.1 Enfoques y Modelos de Investigación.....	32
2.2 Técnicas	
2.2.1 Técnica de Muestreo.....	32
2.2.2 Técnicas de Recolección de Datos.....	33
2.2.3 Técnicas de Análisis de Datos.....	34
2.3 Instrumentos.....	35
2.4 Operacionalización de Objetivos.....	45
CAPÍTULO III	
3.1 Características del Lugar y de la Muestra	
3.1.1 Características del Lugar.....	46

3.1.2 Características de la Muestra.....	46
3.2 Presentación y Análisis de Resultados.....	47
3.3 Análisis General.....	83
CAPÍTULO IV	
4.1 Conclusiones.....	112
4.2 Recomendaciones.....	114
➤ Bibliografía y E-grafía.....	116
➤ Anexos.....	118

RESUMEN

“Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”

Autores: Karla Joselyne Chávez González, Karen Gabriela Rodríguez Luna.

El propósito de la siguiente investigación fue aportar conocimientos sobre la efectividad de la teoría cognitivo conductual en pacientes adictos internos en centros de rehabilitación que presentan ansiedad durante su proceso de recuperación. Para llevar a cabo el proyecto de investigación se tomó como muestra a 10 sujetos del género masculino internos en el centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” ubicado en 4ta. Avenida 8-46 zona 6, San Lucas; el cual alberga aproximadamente a 47 individuos, todos del género masculino, que presentan problemas de alcoholismo u otras adicciones, se llevó a cabo en un lapso de dos meses, comprendidos entre noviembre y diciembre del año 2016.

Se utilizó un enfoque cuali-cuantitativo, con el fin de obtener dos conjuntos de datos, el primero, previo al tratamiento cognitivo conductual, y el segundo, luego de haber recibido el tratamiento. Dentro de la recolección de datos se realizó un grupo focal, entrevista mixta y la observación para obtener información subjetiva, los instrumentos comprendían un cuestionario y una escala de medición de la ansiedad de Zung.

Se tuvo como finalidad que el proceso investigativo permitiese obtener información respecto a la efectividad de la terapia grupal cognitivo conductual en ansiedad de pacientes adictos internos en centros de rehabilitación.

Según los resultados obtenidos se comprende que la terapia cognitivo conductual es una corriente psicoterapéutica muy eficaz en el tratamiento de ansiedad por adicciones, ya que trabaja directamente en la modificación de pensamientos distorsionados e ideas irracionales dentro del sistema de creencias de los pacientes convirtiéndolo así, en ideas racionales y pensamientos positivos y adecuados sobre sí mismos y el entorno social.

PRÓLOGO

La investigación “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual” tuvo como objetivos aportar conocimientos sobre la efectividad de la teoría cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes adictos que sufren de ansiedad durante el proceso de rehabilitación; también se tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes dentro de su proceso de recuperación y reinserción social en el centro de rehabilitación “La luz de Jesús”; además de establecer los mecanismos psicoterapéuticos de la terapia cognitivo conductual necesarios para el manejo de la ansiedad; y comprobar la efectividad del plan terapéutico cognitivo conductual.

Para la realización de la investigación se tomó como muestra a 10 sujetos del género masculino internos en el centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” ubicado en 4ta. Avenida 8-46 zona 6, San Lucas; el cual alberga aproximadamente a 47 individuos, todos del género masculino, que presentan problemas de alcoholismo u otras adicciones, se llevó a cabo en un lapso de dos meses, comprendidos entre noviembre y diciembre del año 2016.

Al llevar a cabo esta investigación no solo se trabajó en la mejora de una problemática social de fuerte impacto dentro de Guatemala, que va vinculada con la violencia y la pobreza como lo son las adicciones; sino también se brindaron nuevos conocimientos a la psicología, a la vez que aporta una herramienta de apoyo teórico y práctico para todos los estudiantes y profesionales que deseen trabajar con el factor social de las adicciones y no tengan suficiente conocimiento con respecto a los sentimientos y pensamientos más influyentes dentro de un adicto.

El presente trabajo se justificó al ayudar a pacientes adictos a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la sustancia psicoactiva; la drogadicción suele ser un trastorno crónico, caracterizado por recaídas ocasionales, por lo cual, es necesario implementar no solo un ciclo de tratamiento a corto plazo, sino una terapia integrativa, como la que se llevó a cabo.

Esta investigación tuvo como alcance a diez sujetos, adictos a diversas sustancias psicoactivas, del género masculino, con un tiempo de internamiento de dos meses en adelante, dentro de la institución La Luz de Jesús, ubicada en el municipio de San Lucas Sacatepéquez, departamento de Sacatepéquez.

Algunos de los logros obtenidos dentro de la investigación fueron, la mejora de los niveles de ansiedad en un 80% de la muestra, ya que de los diez sujetos ocho disminuyeron los índices de molestias físicas y afectivas. También se modificaron de forma positiva los sistemas de creencia y modo de pensar de cada uno de los pacientes, ya que se trabajó en la terapia desde la modificación de ideas irracionales hasta los hábitos y rutina.

Algunas de las limitaciones que se encontraron al iniciar la terapia fueron los cambios constantes de humor de los pacientes, ya que esto perjudicaba la motivación para realizar las tareas que se les brindaron y en algunos casos la asistencia a la terapia, así mismo también otra de las limitaciones fue la desconfianza de los pacientes al iniciar la terapia grupal ya que algunos tenían temor a confiar sus temores o sentimientos tanto del pasado como en el presente.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema a investigar fue “Nivel de ansiedad en pacientes adictos de 25 a 50 años, masculinos internados en el Centro de Rehabilitación La Luz de Jesús durante el 2016”, el cual fue de gran importancia debido a que, dentro de esta institución, los pacientes constantemente referían gran inquietud, desesperación, una intensa excitación y una extrema inseguridad, que les generaba obstáculos en su proceso de rehabilitación. La ansiedad de estos pacientes había sido difícil de tratar para la institución, porque no poseían un programa que se basara en el cambio de conducta y cognición para su aplicación constante, sino sólo la atención psicológica individual, que es un nuevo programa que se implementó hace 10 meses y no todos los internos podían recibir la atención debido a la gran demanda.

Guatemala es un país en el cual las limitaciones educativas, sociales y económicas se encuentran en más del 50% de la población. Según análisis sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2014), en vez de ir en vías del desarrollo se va en retroceso, lo cual afecta en diversos aspectos sociales, principalmente a las clases sociales bajas.

El problema social más común y que ha aumentado en los últimos años, es el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Lamentablemente, Guatemala no ha desarrollado programas de seguridad y prevención social para el consumo de drogas en las diversas poblaciones. Uno de los grupos sociales más afectados actualmente son los jóvenes, debido a que buscan vivir nuevas experiencias y son inestables a causa de estar en etapa de desarrollo y de ausencia de madurez; sin embargo, la cantidad de personas adultas con este problema es significativa e influyente, pues en la mayoría de los casos son padres de familia, esto repercute en los factores de crianza, dinámica y estructura familiar, que involucra en muchos casos violencia doméstica o desintegración.

Una de las consecuencias más comunes que se generan en los adictos es la desadaptación social; esto debido a que la droga, independientemente del tipo que sea, es una sustancia que altera el organismo del individuo, y genera síntomas y reacciones anormales, que le impiden continuar con sus responsabilidades y roles sociales. Dentro de los cambios conductuales y fisiológicos más recurrentes en los adictos se encuentra la ansiedad, esta es una emoción poco agradable que se caracteriza por sensaciones de temor, tensión, preocupación, etc. y que va acompañada de diversos síntomas físicos, como sudoración, temblores, paralización, etc. Esta emoción influye de manera negativa a nivel conductual y fisiológico en el sujeto, impidiendo o retardando su rehabilitación y su reinserción social.

A nivel nacional aún se cuenta con muy pocos profesionales de la salud mental enfocados en el tratamiento y la rehabilitación de adictos, por lo que el abordaje de estas personas, suele ser escaso o deficiente, por tal razón, es sumamente importante que los futuros psicólogos tengan herramientas y conocimientos que los ayuden y orienten a trabajar dicha problemática.

En esta investigación se hizo referencia a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. La adicción se consideró en esta investigación como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, que se caracteriza por una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas. En la investigación, se entendió por rehabilitación a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral.

La temática seleccionada dio lugar a una serie de interrogantes, que se respondieron durante el curso de la investigación y, específicamente, con los resultados obtenidos y su respectivo análisis e interpretación. Tales preguntas eran: ¿Qué nivel de ansiedad generan los adictos a causa de su internación?, ¿Cuáles

son los mecanismos psicoterapéuticos necesarios para el manejo de la ansiedad en pacientes adictos?, ¿Qué efectividad tiene la terapia cognitivo conductual en pacientes adictos?

Al tomar en cuenta lo anterior, el proceso de investigación estuvo orientado a determinar el nivel de ansiedad en pacientes adictos internos y su influencia en la rehabilitación, se utilizó como muestra a 10 sujetos del género masculino que presentaban adicción a sustancias lícitas o ilícitas, con edades de 25 a 50 años y tiempo de internamiento de dos meses en adelante. El trabajo de investigación se realizó en el centro de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos “La Luz de Jesús”, en San Lucas Sacatepéquez.

MARCO TEÓRICO

1.2.1 Contexto Social de América Latina

En el XXI, cinco siglos después de las conquistas europeas, América Latina procura reafirmar su independencia. Con el pasar del tiempo se ha observado el avance de una nueva etapa que busca abrir brechas hacia una integración política, económica, social y cultural en América Latina.

En los primeros diez años del siglo XXI, América Latina estuvo sumergida en revolución y resistencia al imperialismo y al neoliberalismo, lo cual, a pesar de buscar abrir nuevas brechas al desarrollo, ha dejado secuelas como una débil estabilidad política, niveles de integración y de cohesión social muy bajos, altos índices de pobreza y frustración, incongruencias entre las aspiraciones y su factibilidad, estructuras sociales compuestas de élites con una amplia formación, que acumulan la mayoría de los recursos, y unas grandes masas con variados grados de posibilidad de acceso a algunos servicios básicos de salud, educación y protección social. En América Latina, la desigualdad en la distribución del ingreso es altamente notoria en comparación con otras regiones del mundo con similares niveles de desarrollo.

1.2.2 Sociedad guatemalteca

El contexto actual guatemalteco no es la excepción al referirse a una débil estabilidad política, niveles de integración y de cohesión social muy bajos, altos índices de pobreza y frustración. Guatemala tiene uno de los mayores índices de pobreza de América Latina, por lo cual un acercamiento a la sociedad guatemalteca implica también un acercamiento al plano económico del país. La división de clases en Guatemala resulta ser uno de los inconvenientes más notorios antes de alcanzar el bienestar, los grupos indígenas han sido tradicionalmente excluidos en la económica y política del país desde la época de la colonización.

A pesar de la característica de ser multiétnica, en la sociedad guatemalteca predomina la concepción de dividir a la población en dos grandes grupos étnicos:

indígenas y ladinos. Debido a esta discriminación racial desde la colonización hasta las secuelas del conflicto armado interno, las comunidades indígenas se han mantenido aisladas del resto del país en las altas montañas y densos bosques, y aquellos que se estabilizaron dentro del perímetro capitalino fueron marginados y restringidos de educación y recursos.

Según Jean Loup Herbert “la relación de explotación existente del ladino para con el indígena constituye la contradicción dominante en la estructura de clases”.¹ En las comunidades indígenas muchos no hablan español lo cual también ha influido en la pobreza crónica y siglos de aislamiento y abandono. La alfabetización no es una prioridad para muchos de los guatemaltecos pobres, los niños son importantes para trabajar y contribuir al ingreso familiar. Solamente el 44 por ciento de los niños asisten a clases y solamente 55.6 por ciento de la población total puede leer y escribir.

Las oportunidades de empleo, especialmente en las zonas rurales de Guatemala, son escasas. Muchos guatemaltecos han emigrado hacia el norte en busca de empleo en México y en los Estados Unidos.

1.2.3 Clases Sociales

Martin Baró hace referencia a la formación de una clase social como “una estructura de relaciones determinada por el sistema de producción imperante, y que aflora en forma de vida, intereses y esquemas culturales comunes”.²

Según Marx, tres son los elementos característicos de una clase social: “el papel fundamental de los modos de producción existentes en cada sociedad, las clases sociales solo existen en cuanto estén enfrentadas unas a otras y la realidad de la clase social así como la pertenencia de un individuo a ella son hechos

¹ GUZMAN, Böckler y JEAN-LOUP, Herbert. Guatemala: una interpretación histórico-social. Primera ed. México, D.F : Siglo XXI editores S.A, 1970 . 94 p.

² MARTÍN-BARÓ, Ignacio. Acción e ideología. 4ª. Ed. El Salvador : UCA editores, 1990. 78-81p. ISBN: 8484050513

objetivos, que no dependen en principio de la conciencia ni de la voluntad subjetiva de la persona”.³

La estructura de clases sociales en la Ciudad de Guatemala se elabora siguiendo el enfoque de Wright, se utiliza la condición socio ocupacional como variable operativa de las clases sociales. La estructura de clases elaborada en esta investigación comprende seis clases agrupadas en tres categorías. La estructura fue elaborada con base en criterios de propiedad de medios de producción, contratación de trabajo ajeno, cualificación del trabajo y la ocupación. Siguiendo a Portes y Hoffman, “la primera categoría es la de **clase dominante** que comprende las clases que poseen el control de los medios de producción, en lo que se refiere a propiedad y a autoridad sobre el trabajo de otros. La **categoría clase media** agrupa a las clases profesionales y técnicos por cuenta propia y a la de empleados Expertos. La categoría **clase trabajadora** se integra por las clases de trabajadores calificados y de trabajadores no Calificados”.⁴

1.2.4 Institución

“La Luz de Jesús” es un centro de rehabilitación para hombres con dependencia al alcohol o a cualquier tipo de sustancia o droga.

El día 07 de noviembre del año 2001, inició el trabajo de rehabilitar a los jóvenes inmersos en el problema de las drogas, maras y alcoholismo. Inició su trabajo en la calle, al transcurrir del tiempo se fueron sumando otro sin número de elementos necesarios como una casa habitacional, que inicialmente estuvo ubicada en la 5ta. avenida y 5ta. calle zona 2, posteriormente en la 13 calle y avenida Centroamérica zona 1.

Para un mejor trabajo de rehabilitación se alquiló una granja en Santo Tomás Milpas Altas, Sacatepéquez y actualmente están ubicados en una granja en la 4ta.

³ MARTÍN-BARÓ, Ignacio. Acción e ideología. 4ª. ed. El Salvador : UCA editores, 1990. 78-81p. ISBN: 8484050513

⁴ DÍAZ, Guillermo. Las clases sociales en ciudad de Guatemala 1964-2002. Primera ed. Alemania : Editorial academia española, 2011. 19-30p. ISBN: 9783848473649

Av. 8- 46 zona 6 San Lucas Sacatepéquez. Con trabajo de personas profesionales y voluntarias cuyo deseo ha sido colaborar en este proyecto, al día de hoy existe un programa establecido con el que se trabaja con cada paciente que ingresa al centro.

La visión del centro es ver a Guatemala sin hombres atrapados por vicios y maras. Su misión es transformar a jóvenes pandilleros con adicciones, en hombres que le sirvan a Cristo y a Guatemala a través de un tratamiento espiritual psicológico y físico.

Los objetivos son, ser un hogar de restauración integral de personas con problemas adictivos y ser un apoyo para las familias en lo que se refiere al cuidado y tratamiento del miembro con problemas adictivos.

El centro de rehabilitación tiene un tratamiento dividido por fases, en el cual incluyen un proceso de desintoxicación para sacar al paciente adicto de su estado en el que llega ya sea alcoholizado o drogado para que pueda recibir las demás terapias. Luego aplican sus programas como: Terapia espiritual (individual), se le invita a recuperar o iniciar una relación con Dios en forma individual y grupal para tener una nueva relación con Dios. Cuentan con el apoyo de varios ministerios que los visitan y comparten la palabra de Dios.

Otro de los tratamientos es la terapia de la autoestima, donde se le enseña al interno a valorarse como hijo de Dios. La terapia ocupacional se enfoca en que el interno utilice sus cinco sentidos en la realización de algo productivo y beneficioso a nivel mental, con lo que desvía sus pensamientos del consumo de drogas. Por último la terapia psicológica (individual), que es una atención psicológica personalizada para sanar la raíz que lo llevó al consumo y (grupal) para poder compartir con sus compañeros, con dirección psicológica; las causas que lo llevaron al consumo. Este tratamiento está enfocado a devolver al paciente ya rehabilitado a la sociedad de Guatemala como persona normal.

1.2.5 Personalidad

Para Horney, la estructura del carácter no está basada en el efecto duradero de la compulsión repetitiva, por medio de la cual el hombre se ve obligado subconscientemente a repetir infantilismos previos a lo largo de su vida, con el objeto de obtener los placeres que esa conducta alguna vez le pudo haber producido; Horney sugiere que no se debían ni se podían negar las condiciones existentes de la sociedad y de la cultura, que consideraba prevalecientes y fuertes en el análisis.

“La estructura del carácter es el total de las experiencias que el adulto acumula durante su vida, en la que se combinan la totalidad de los hábitos infantiles, viéndose que estas pueden circunscribir las capacidades del sujeto. La estructura del carácter no solo limita las habilidades del hombre, puede aún aumentar sus potencialidades, dependiendo esto de los efectos de ese caudal acumulado”.⁵ Por lo que, para Horney, la personalidad no queda establecida en la infancia, sino que estas experiencias infantiles son solo parte de la estructuración continuada de la personalidad.

Para Jung, la personalidad consiste de varias partes o sistemas, algunos de los cuales son el yo, el self, los estados de conciencia e inconsciencia, las funciones, la persona, las actitudes de introversión y extraversión, los sistemas de energía psíquica y física, la culminación de todos estos en el self, tal como se realizan en forma total a través de la cualidad polar de la existencia. Como sinónimo del término personalidad, Jung utiliza el vocablo psique, aunque a veces en forma confusa. El nivel de interacción más alto dentro de la psique es el self.

Para Allport, “la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo, que determinan su ajuste único al medio. La

⁵ CUELI, José y REIDL, Lucy. Teorías de la Personalidad. Primera edición. México, D.F. : Editorial Trillas, S.A., 1972. 78–193p. ISBN: 9682402301

organización dinámica enfatiza el hecho de que la personalidad está en continuo cambio y desarrollo”.⁶ El término psicofísico le recuerda al lector que la personalidad no es exclusivamente mental o psicológica. La organización se refiere a aquella de ambos aspectos, cuerpo y mente, intrínsecamente fundidos en la personalidad del individuo. La inflexión determinante nos indica que la personalidad está encaminada hacia metas concluyentes que juegan un papel importante en la conducta del individuo. Allport nos dice que el carácter constituye la personalidad evaluada y la personalidad es el carácter devaluado.

1.2.6 Estructura de la Personalidad

Skinner ha demostrado una gran indiferencia hacia las variables estructurales, y enfoca su atención principalmente hacia la conducta modificable. Consecuentemente, se interesa muy poco en las características conductuales que parecen relativamente estables. Su actitud es principalmente consecuencia de su énfasis en el control de la conducta. Se pueden lograr la predicción y la explicación conociendo los aspectos duraderos y modificables de la personalidad. Pero el control se logra únicamente por medio de la modificación, implica que el ambiente puede ser variado a fin de que produzca diferentes patrones conductuales. Al hablar de los determinantes genéticos de la conducta, Skinner dice que “aun cuando se puede demostrar que algún aspecto de la conducta se debe a la época del nacimiento, al tipo corporal o a la constitución genética, el hecho es de utilidad limitada”.⁷

Skinner muestra sólo un ligero disgusto por los conceptos dinámicos o motivacionales. Reconoce que una persona no siempre exhibe la misma conducta en el mismo grado cuando se encuentra en una situación constante y cree que el

⁶ CUELI, José y REIDL, Lucy. Teorías de la Personalidad. Primera edición. México, D.F. : Editorial Trillas, S.A., 1972. 78–193p. ISBN: 9682402301

⁷ GAUTIER, Roques Rafael E. y BOEREE, George. Teorías de la Personalidad una selección de los mejores autores del Siglo XX. Primera edición. Santo Domingo : Editorial UNIBE (Universidad Iberoamericana), 2006. 1-16p. ISBN: 9789993448181

reconocimiento general de esto es la razón principal para el desarrollo del concepto de motivación entre los psicólogos.

En la teoría freudiana sobre la estructura de la personalidad, ha de considerarse a partir del nacimiento del niño. En el momento de nacer del niño su personalidad está compuesta principalmente por el id, en ese momento el id es y seguirá siendo el depósito de los instintos que pueden definirse como los representantes mentales de urgencias que tienen una base somática.

“Al nacer el niño tiene apenas un ego rudimentario, luego el ego va creciendo e incrementándose alcanzando gradualmente en las primeras semanas de la vida la separación entre lo consciente y lo inconsciente, la vigilia y el sueño. Es el asiento de la conciencia y la porción de la personalidad a la que denominamos el YO”.⁸

Entre el ego y el id se establecen las primitivas fronteras entre lo consciente y lo inconsciente. Una gran área del funcionamiento mental siempre permanece por debajo de la noción consciente y por fuera de la capacidad del individuo para elevarla al plano consciente a voluntad. Esta división entre lo consciente y lo inconsciente, al principio es indistinta en el lactante y, solo gradualmente, cobra nitidez a medida que la persona se va haciendo mayor. A la actividad mental inconsciente se le aplica el término de proceso primario, tipo de pensamiento éste que se distingue de la actividad mental consciente que se denomina proceso secundario. En el inconsciente ilógico pueden coexistir los opuestos y el mundo externo no tiene efecto sobre él. El ego donde se asienta la conciencia del lactante en crecimiento y del niño de corta edad tiene varias funciones, es el centro receptor de los sentidos de la audición, la vista, el tacto y el olfato. Los instintos del niño actúan sobre este ego, como también las sensaciones del mundo externo. “El ego es la porción de la personalidad infantil en el desarrollo que representa el centro que dirige la musculatura voluntaria y es la estructura que interviene en la memoria, el

⁸ FINCH, Stuart M. Fundamentos de psiquiatría infantil. Primera edición. Buenos Aires : Editorial Paidós, 1973 .14–24p. ISBN: 9788475420752

juicio y el pensamiento de la persona”.⁹ En suma, el ego asume gradualmente su jerarquía como la porción racional, consciente y lógica de la personalidad, rige los métodos por los cuales el niño maneja sus impulsos instintivos, la forma en que confronta el mundo externo y su actividad motora, la persona basa sus reacciones en la experiencia del pasado y al mismo tiempo en la situación actual.

1.2.7 Ansiedad

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y supone una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y desagradable que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

✓ Rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad:

La ansiedad como rasgo es una característica de personalidad relativamente estable tanto en el tiempo como en situaciones. El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa, también hace referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad. Las personas más ansiosas tienen un marcado rasgo de ansiedad, por lo que tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, y a responder a estas situaciones amenazantes con estados de ansiedad de gran intensidad. La ansiedad como estado en la personalidad hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante.

⁹ FINCH, Stuart M. Fundamentos de psiquiatría infantil. Primera edición. Buenos Aires : Editorial Paidós, 1973 .14–24p. ISBN: 9788475420752

Diversos estudios señalan que un porcentaje elevado de personas que padecen trastornos de ansiedad presentan también un trastorno de personalidad.

Freud habla de tres tipos de ansiedades:

- I. **Ansiedad de realidad:** La cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo.
- II. **Ansiedad moral:** Se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo sino del mundo social interiorizado del Superyo. Es decir culpa, vergüenza y miedo al castigo.
- III. **Ansiedad neurótica:** Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Ansiedad nerviosa es su otro nombre y este es el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simplemente *Ansiedad*. Algunos de los síntomas mentales que se presentan en estado de ansiedad son:
 - Miedo
 - Irritabilidad
 - Tensión
 - Dificultad para concentrarse.

Algunos de los síntomas físicos que se manifiestan en el sujeto son:

- Hiperactividad vegetativa
- Dolor y tensión muscular
- Insomnio
- Mareos

✓ **Relación de ansiedad y adicción:**

La ansiedad puede provocar un grado mayor o menor de malestar, la cual es fruto de la amenaza tanto interna como externa sobre el consumo que el sujeto no pudo afrontar con éxito.

Salvando las diferencias individuales, determinadas situaciones, especialmente de carácter social, están asociadas con el consumo de algunas sustancias que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad, mejorar el estado de ánimo, etc. Así, por ejemplo, una fiesta o reunión social, salir de copas, estar con una persona del otro sexo, etc.

Algunas personas experimentan fuertes reacciones de ansiedad en su vida cotidiana e intentan reducir su malestar tomando algún tranquilizante o ansiolítico. Muchas personas llegan a convertirse en grandes adictos de estas drogas legales.

Aunque, inicialmente, el alcohol, los ansiolíticos o el tabaco puedan reducir el nivel de ansiedad, aumenten la seguridad personal o cambien el estado de ánimo hacia unas sensaciones más agradables, a la larga, el consumo de estas sustancias puede hacerse más necesario para conseguir los mismos efectos, o puede generalizarse a otras situaciones y los síntomas de ansiedad pueden llegar a ser más intensos, especialmente cuando no es posible seguir consumiendo, por las razones que sean, dichas sustancias. Se produce así un incremento en espiral, tanto de la necesidad de consumir, como de la ansiedad que se intenta eludir. Si se produce 'dependencia' con respecto a esa sustancia, la ansiedad será especialmente intensa en las fases de abstinencia. De esta manera, el consumo persigue conseguir tanto los efectos de la sustancia como la evitación de los síntomas de ansiedad. En el tratamiento de algunas adicciones, la ansiedad es por lo tanto un fenómeno importante a tratar. El objetivo será reducir las manifestaciones de ansiedad sin consumir las drogas. A lo largo del tratamiento van a ser varias las técnicas que se emplearán para reducir el nivel de ansiedad.

1.2.8 Dependencia

“Es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, junto con la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida

diaria; o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal”.¹⁰

La dependencia a sustancias psicoactivas conlleva a un patrón desadaptativo de consumo que se manifiesta en un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los síntomas siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

- Tolerancia a la sustancia
- Abuso de la sustancia
- Dependencia de la sustancia
- Síndrome de abstinencia
- Recuperación
- Recaída

1.2.9 Adicciones

Droga es una sustancia que puede entrar a un organismo y modificar o alterar sus funciones. Dentro de los distintos tipos de drogas se encuentran: estimulantes, depresores y alucinógenos.

Alcohol “es una droga depresora-tranquilizante de acción intermedia con características especiales”.¹¹ En muchos aspectos el alcohol se comporta como otro depresor; pequeñas cantidades disminuyen la ansiedad, y dosis mayores producen desinhibición.

Es la droga con mayor impacto en la sociedad y constituye la droga más utilizada por adolescentes y aproximadamente un 70% de los adultos la consumen.

¹⁰ OBLITAS, Luis Armando. Psicoterapias Contemporáneas. Primera edición. Querétaro, Qro : Servicios Editoriales 6Ns, S.A de C.V 2010. 93-108p. ISBN-13: 9789706869166

¹¹ MOTHNER, Ira y WEITZ, Alan. Cómo abandonar las drogas. Primera ed. Barcelona, España : Martínez Roca S.A, 1986. 185p. IBN: 8427010338

Entre los estimulantes están, cocaína, anfetamina, metanfetamina y éxtasis.

Entre los depresores se encuentran los derivados del opio como la morfina, heroína y codeína. También se encuentran los tranquilizantes e inhalantes. Por últimos están los alucinógenos, entre estos se encuentran la marihuana, el peyote, los hongos y ácido lisérgico.

1.2.10 Modelo Transteórico

Al tratar la adicción como una enfermedad, el termino rehabilitación entra en juego como una serie de programas divididos en fases enfocados, a la eliminación de sustancias toxicas en el organismo del paciente y a al mantenimiento de un largo periodo sin ella.¹²

- **Fase de desintoxicación:** en esta primera fase el paciente adicto es intervenido, para la prevención de volver a consumir la sustancia. La desintoxicación puede generar síntomas de abstinencia que son en la mayoría de los casos totalmente opuestos a los efectos producidos por la droga.
- **Fase de intervención:** esta segunda fase los diversos programas de intervención están enfocados a prevenir que la persona recaiga en su conducta de consumo. Estos programas de intervención pueden ser comunitarios y clínicos entre los cuales podemos encontrar, alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, centros de internamiento con tratamiento farmacológico, psicoterapia con tratamiento ambulatorio etc. un factor emocional que se muestra indispensable para el tratamiento de personas con problemas de adicciones en la fase de intervención para la recuperación es la motivación.

¹² SUE, David, SUE, Derald y SUE, Stanley. Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. 9ª. Ed. México D.F : Cengage Learning Editores, S.A., 2010. 255-261p. IBN: 139786074812848

Un modelo que ha sido útil para la comprensión del cambio en el tratamiento de pacientes adictos a través de la motivación es el modelo transteórico elaborado por James Prochaska y Carlo DiClemente. Ambos investigadores se han dedicado a comprender si las personas cambian por si mismas o a partir de la ayuda terapéutica.

Este modelo fue elaborado en 1984 y está basado en la hipótesis de que los cambios de conducta de los adictos para el proceso de recuperación siguen una serie de etapas, aseguran que muy raras veces surge un cambio espontaneo en la vida del adicto para el abandono de la adicción. Estas etapas son nombradas “etapas del cambio”.¹³

La rueda del cambio es un esquema estructurado que incluye las seis etapas de este modelo las cuales son:

- **Etapas de pre-contemplación:** es el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar. en esta etapa el adicto sabe que tiene un problema pero aun no es consciente de él. Es importante que a una persona en esta etapa se le brinde un *feedback* a fin de despertar a la conciencia y motivar al cambio.
- **Etapas de contemplación:** es el estado en el cual la gente tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. En esta etapa entra un proceso de ambivalencia en el que la persona rechaza y estima a la vez el deseo de cambio. Muy frecuentemente el paciente en esta etapa dará las razones de por qué debe abandonar su conducta adictiva y también de por qué no es tan dañina como se plantea. La persona contempladora experimenta razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar.

¹³ SUE, David, SUE, Derald y SUE, Stanley. Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. 9ª. Ed. México D.F : Cengage Learning Editores, S.A., 2010. 255-261p. IBN: 139786074812848

- **Etapas de determinación:** es el estado en el cual la gente tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. La persona que genera un buen grado de motivación es aquella que está preparada para iniciar en esta etapa.
- **Etapas de acción:** es el estado en el cual la gente ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. En esta etapa se implican todas las técnicas y herramientas que el terapeuta ha programado para la recuperación del paciente.
- **Mantenimiento:** es el estado en el cual la gente se esfuerza en prevenir las recaídas. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la gente en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.
- **Recaída:** la recaída es considerada otra etapa normal en la rehabilitación de adictos. En esta etapa se vuelve a iniciar el ciclo de etapas anterior, pero motivando al paciente a no dar por vencido sus esfuerzos y a evaluar los factores posibles que propiciaron a la recaída.

1.2.11 Terapia Cognitivo – Conductual

La terapia cognitivo conductual es uno de los tratamientos psicológicos de primera elección para muchos trastornos mentales no psicóticos. Según esta corriente de tratamiento, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el efecto, así como también a su vez se da un papel central a las cogniciones.

Los elementos más relevantes dentro de la terapia cognitivo-conductual han sido la filosofía griega sobre todo la socrática y epicúrea; el conductismo mediacional.

La terapia cognitivo conductual puede ayudar al sujeto a cambiar la forma cómo piensa y cómo actúa, y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor.

Se ha demostrado que es útil tratando: Ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias, fobia social, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y esquizofrenia.

1.2.12 Terapia Grupal

Según Freud “La psicoterapia psicoanalítica de grupo es un dispositivo terapéutico que permite establecer un espacio, en donde puedan hacerse accesibles al terapeuta y a los integrantes del grupo, los fenómenos intrapsíquicos y transpersonales relacionados con el sufrimiento humano”.¹⁴

Irvin Yalom indica que “para trabajar terapia de grupo con pacientes alcohólicos es necesario un programa especializado, ya que muchas veces este un proceso de grupo puede ser desalentador por las características de su personalidad”.¹⁵

La terapia grupal con alcohólicos debe ser un complemento de alcohólicos anónimos y no un sustituto, ya que ésta no ayuda a concientizar y estar sobrios, sino a analizar los conflictos de la personalidad subyacentes que producen la compulsión alcohólica.

¹⁴ GUIMÓN, José. Manual de terapias de grupo tipos, modelos y programas. Primera ed. España : Rogar, S.A, 2003. 25p. IBN: 8497421132

¹⁵ YALOM Irvin. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Primera ed. New York : Paidós Ibérica S.A., 2000. 139p. IBN 8449309506

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Enfoques y modelos de investigación

Para la investigación que se llevó a cabo, se utilizó un enfoque mixto, esto con el fin de conocer mediblemente el nivel de ansiedad de los sujetos y también cualitativamente conocer cómo le afectaba al sujeto esta ansiedad en su proceso de rehabilitación.

Por medio del enfoque cualitativo se revisaron y analizaron las observaciones realizadas para luego fundamentar las mismas por medio del enfoque cuantitativo ya que la combinación de ambos métodos significa la aplicación de la deducción en la elaboración de la investigación y la aplicación de la inducción en los hallazgos. Una de las características de la investigación mixta es que es empírica sistemática de los fenómenos sociales, y cuasi - inductiva, ya que está orientada al hallazgo y al descubrimiento. Además, permitió obtener una perspectiva de totalidad, es decir, las personas y el escenario en el que se encuentra, como un todo integral, debido a que es holística, interactiva y reflexiva; esto implica que el investigador podía involucrarse directa o indirectamente con el fenómeno de estudio.

2.2 Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

Para la selección de la muestra de estudio se utilizó el muestreo no aleatorio por conveniencia; se eligieron a 10 sujetos del género masculino, que presentaran adicción a sustancias lícitas o ilícitas, con edades de 25 a 50 años, y tiempo de internamiento de dos meses en adelante, que se encuentran internados en el centro de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos “La Luz de Jesús” de San Lucas Sacatepéquez, durante el año 2016.

Los criterios de selección que se tomaron en cuenta para elegir dicha muestra incluían a sujetos con alta dependencia al alcohol y drogas y que dicha dependencia no permitiera su reinserción social. Los individuos debían llevar un mínimo de dos meses de internamiento en el centro de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos “La Luz de Jesús” y estar disponibles en el momento de la aplicación de los instrumentos durante el año 2016.

2.2.2 Técnicas de Recolección de datos

A. La observación directa: Es un complemento de las otras técnicas utilizadas. Se hizo uso la observación directa, por parte del equipo de investigación, durante la aplicación de los instrumentos. Se utilizó como medio de recolección de mayor número de datos, así como el registro del lenguaje no verbal del participante, lo que se tomó como un aspecto relevante, pues permitió evaluar la existencia de coherencia entre lo que pensaron, dijeron, escribieron y proyectaron. Se aplicó martes en el centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” durante el horario de 8:00am a 10:00am, haciendo uso de la guía de observación.

B. Escala de autovaloración de la ansiedad de Zung: La escala de autovaloración de la ansiedad de Zung, es una Escala destinada a la medición del nivel de ansiedad de forma cuantitativa. Es breve y fácil de aplicar, calificar e interpretar. La ansiedad fue medible al observar la frecuencia o la intensidad de las reacciones de ansiedad que tuvieron normalmente, como las preocupaciones, inseguridad, temor, palpitaciones, aceleración cardíaca, evitación de situaciones, etc. Esto con el fin de conocer su nivel de ansiedad y de esta forma verificar cómo influía en el tratamiento de rehabilitación. Se aplicó martes en el

centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” durante el horario de 8:00am a 10:00am, haciendo uso de la escala de Zung.

C. Grupo focal: Se utilizó el levantamiento de información a través de la entrevista grupal abierta, con el fin de recolectar datos significativos desde las experiencias de las personas, para rescatar aspectos subjetivos significantes de los sujetos. Se aplicó martes en el centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” durante el horario de 8:00am a 10:00am, haciendo uso del cuestionario del grupo focal.

2.2.3 Técnica de análisis

A. Análisis de datos recabados por medio de Excel: Se utilizaron gráficas de barras por cada enunciado de la escala para la autovaloración de la ansiedad de Zung, que permitieron hacer una comparación de las respuestas de cada uno de los sujetos. De esta forma se facilitó el proceso de análisis e interpretación de los datos recabados.

B. Matriz de doble entrada: Se utilizaron dos cuadros que permitieron comparar las respuestas dadas a cada una de las preguntas planteadas en la entrevista con el fin de determinar semejanzas y diferencias entre cada uno de los sujetos. Cabe resaltar que cada columna de la matriz correspondió a una entrevista realizada a un participante, asimismo, cada fila correspondió a un ítem planteado en el cuestionario que se utilizó de guía para la entrevista, no obstante, la última hacía referencia a “aspectos complementarios” del proceso llevado a cabo, en el cual se incluyó todo lo relacionado a reacciones y conductas que manifestaron los colaboradores.

2.3 Instrumentos

- A. **Guía de observación:** Es un instrumento de registro que evaluó síntomas y signos. En esta se establecieron categorías con rangos más amplios que en la Guía del grupo focal y Escala de Zung. Permitió registrar los datos observados.
- B. **Cuestionario con 20 reactivos de la escala de autovaloración de la ansiedad de Zung:** Se utilizó el cuestionario con preguntas de medición que permitieron identificar los distintos grados de intensidad de la ansiedad que presentaban los individuos, esto con el fin de plasmar de una forma más directa y objetiva las emociones de los sujetos.
- C. **Guía de discusión para grupo focal:** Este es un instrumento que se aplicó de forma colectiva con una guía semi- estructurada para la recolección de la información a través del grupo focal. En este instrumento, se plasmaron las experiencias subjetivas de consumo de los sujetos de forma general.



Universidad de San Carlos de Guatemala
 Centro Universitario Metropolitano CUM
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO	CATEGORIA	ASPECTO A OBSERVAR	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE									
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación	Físico	Fatiga										
		Dificultad para estar quieto - Intranquilidad										
		Crujir de dientes o Bruxismo										
		Fatiga										
		Temblor de Cuerpo										
		Inquietud Psicomotriz										
		Incapacidad de Relajarse										
		Voz temblorosa										
		Suspiros										
		Boca seca										
		Palidez										
		Rubor										
		Pupilas dilatadas										



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS
 EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL
 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”**

ANEXO 1 - FICHA TÉCNICA ESCALA DE ZUNG

Nombre:	Escala de autovaloración de la ansiedad EAA
Autor:	Doctor William W. K. Zung
Aplicación:	Individual o colectiva
Duración :	5 a 10 minutos de trabajo efectivo
Finalidad:	Medir cuantitativamente la ansiedad
Población:	Adolescentes y adultos
Material:	Lápiz. Cuestionario de autovaloración de la ansiedad EAA, manual y parrilla de calificación Zung.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

GUÍA PRIMER GRUPO FOCAL

Objetivo(s) investigación
• Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación.
Objetivo(s) Grupo focal
• Identificar pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias en común relacionadas con la ansiedad que los pacientes generan en el proceso de internamiento para su rehabilitación.

Nombre Moderador
Karen Gabriela Rodríguez Luna
Nombre Observador
Karla Joselyne Chávez González

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

OBJETIVO	PREGUNTA ESTÍMULO	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE									
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de Rehabilitación	1. ¿Cómo se siente al estar en el centro de Rehabilitación durante el día?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado										
			Tranquilo										
			Ansioso										
			Otro										
	2. ¿Cómo se ha sentido en los últimos dos meses?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado										
			Tranquilo										
			Ansioso										
			Otro										
			Sudor										
			Agitación										
			Irritabilidad										
			Náuseas										
			Temblor de Cuerpo										
			Temblor de voz										
			Otro										
			Ninguno										
			Tranquilidad										
			Angustia										
			Ansiedad										
			Otro										
			Desesperado										
			Tranquilo										
			Ansioso										
			Otro										
	5. ¿Cómo se siente al llegar la noche o al dormir?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado										
			Tranquilo										
			Ansioso										
			Otro										



Universidad de San Carlos de Guatemala
 Centro Universitario Metropolitano CUM
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

GUÍA SEGUNDO GRUPO FOCAL

Objetivo(s) investigación
• Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación.
Objetivo(s) Grupo focal
• Identificar pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias en común relacionadas con la ansiedad que los pacientes generan en el proceso de internamiento para su rehabilitación.

Nombre Moderador
Karen Gabriela Rodríguez Luna
Nombre Observador
Karla Joselyne Chávez González

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

OBJETIVO	PREGUNTA ESTÍMULO	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE							
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de Rehabilitación	1. ¿Cómo se siente al estar en el centro de Rehabilitación durante el día después de llevar el proceso de psicoterapia grupal ?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado								
			Tranquilo								
			Ansioso								
			Otro								
			Sudor								
			Agitación								
			Irritabilidad								
			Náuseas								
			Temblor de Cuerpo								
			Temblor de voz								
			Otro								
			Ninguno								
			Desesperado								
			Tranquilo								
			Ansioso								
			Otro								
	2. ¿Qué malestares físicos ha sentido después de llevar el proceso de psicoterapia grupal	Expresión afirmativa o negativa expresada inmediatamente									
	3. ¿Cómo se siente al llegar la noche o al dormir después de llevar el proceso de psicoterapia grupal?	Expresión inmediata expresada verbalmente									

2.4 Operacionalización de Objetivos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CATEGORÍA	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación.	- Nivel de Ansiedad - Adicción - Rehabilitación	Escala de autovaloración de la ansiedad de ZUNG	Cuestionario de 20 reactivos de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de ZUNG
Establecer los mecanismos Psicoterapéuticos necesarios para el manejo de la ansiedad en pacientes adictos.	Mecanismos Psicoterapéuticos	- Observación Directa - Grupo Focal	- Guía de Observación - Guía de Discusión para Grupo Focal
Comprobar la efectividad del Plan Terapéutico Cognitivo Conductual en pacientes adictos.	Terapia Cognitivo Conductual	Escala de autovaloración de la ansiedad de ZUNG.	Cuestionario de 20 reactivos de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de ZUNG

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la muestra

3.1.1 Características del lugar

El trabajo de campo se realizó en el centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” ubicado en 4ta. Avenida 8-46 zona 6 San Lucas, Sacatepéquez. El cual alberga aproximadamente a 47 individuos del género masculino que presentan problemas de alcoholismo o adicción.

El centro de rehabilitación, recibe apoyo con donativos en comida y material de cuidado personal por parte de diversas instituciones, cuenta con espacios abiertos y naturales rodeados de naturaleza, con cancha de fútbol, cocina y habitaciones en donde residen los internos.

También cuentan con apoyo psicológico de forma individual, sin embargo este no logra cubrir y abarcar a todos los internos.

El grupo focal, guía de observación y aplicación del test de ansiedad de Zung se llevó a cabo con 10 sujetos del género masculino, internos dentro de la institución.

3.1.2 Características de la muestra

La muestra estuvo representada por 10 sujetos del género masculino que presentaban adicción a sustancias lícitas o ilícitas, con edades de 25 a 50 años y tiempo de internamiento de dos meses en adelante. Todos participaron en el grupo focal, y se les fue aplicada la guía de observación y el test de Zung.

3.2 Presentación y análisis de Resultados

3.2.1 Análisis y resultados de la Primera Evaluación

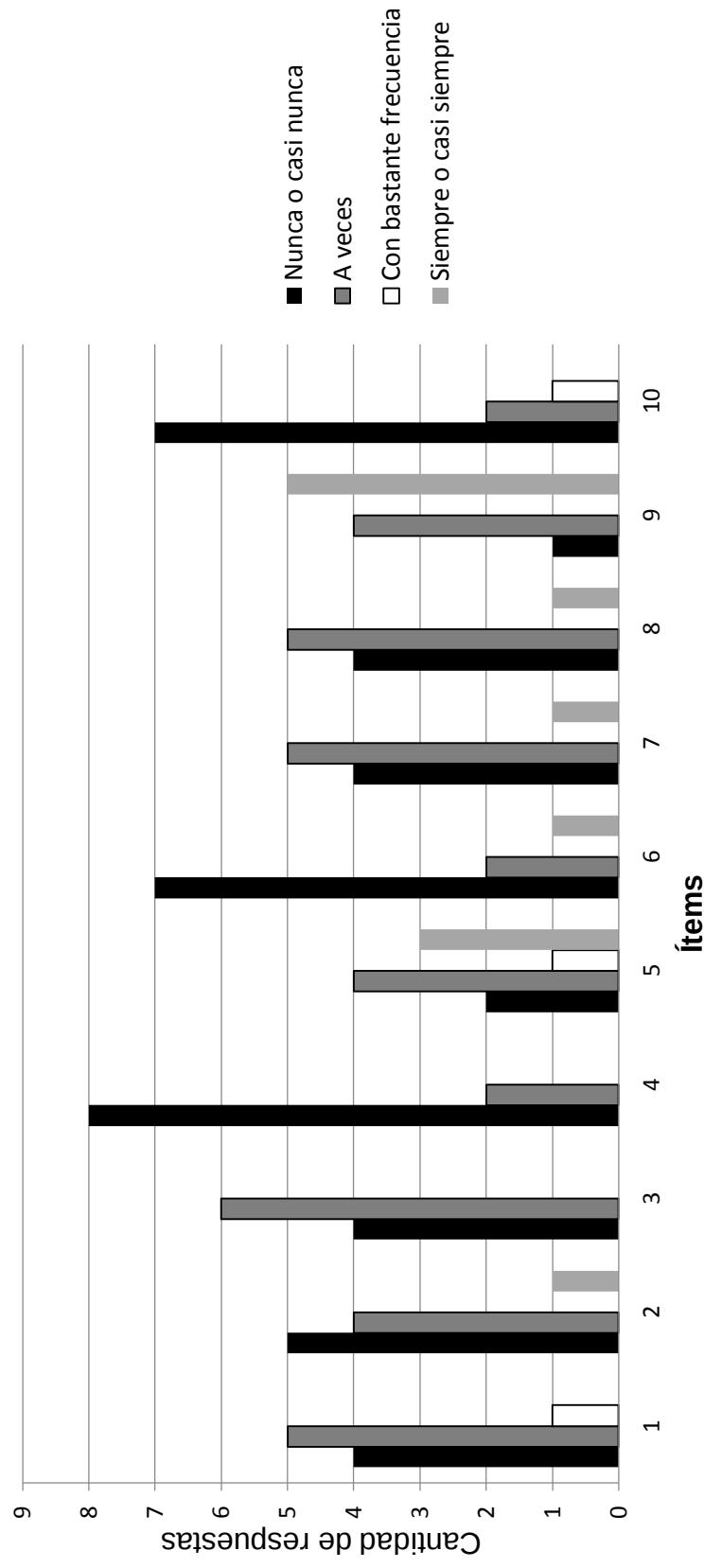
A continuación, se presentan las gráficas extraídas a partir de los datos obtenidos de la primera evaluación de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung, la cual se llevó a cabo antes de iniciar el proceso de terapia grupal de la investigación “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”.

Análisis

Según la gráfica 1 que corresponde a la primera evaluación del test de autovaloración de ansiedad de Zung aplicada a la muestra, la cual se llevó a cabo antes de iniciar el proceso de psicoterapia grupal; en el ítem 1 *“Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”*, de los diez sujetos, cuatro afirmaron nunca o casi nunca sentirse intranquilos o nerviosos, cinco afirmaron sentirse intranquilos o nerviosos a veces, uno afirmó sentirse intranquilo o nervioso con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirlo siempre o casi siempre. Esto refleja que el 90% de los pacientes manifiestan niveles bajos de intranquilidad y nerviosismo, considerándose como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, siendo también esta, una de las sensaciones más frecuentes y desagradables en el ser humano; lo cual, da a conocer que a nivel afectivo el grado de ansiedad es casi inexistente, se toma este ítem en consideración y comparado con el grupo focal y observación realizada, se interpreta este resultado como fluctuable pues la ansiedad como estado en la personalidad hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo.

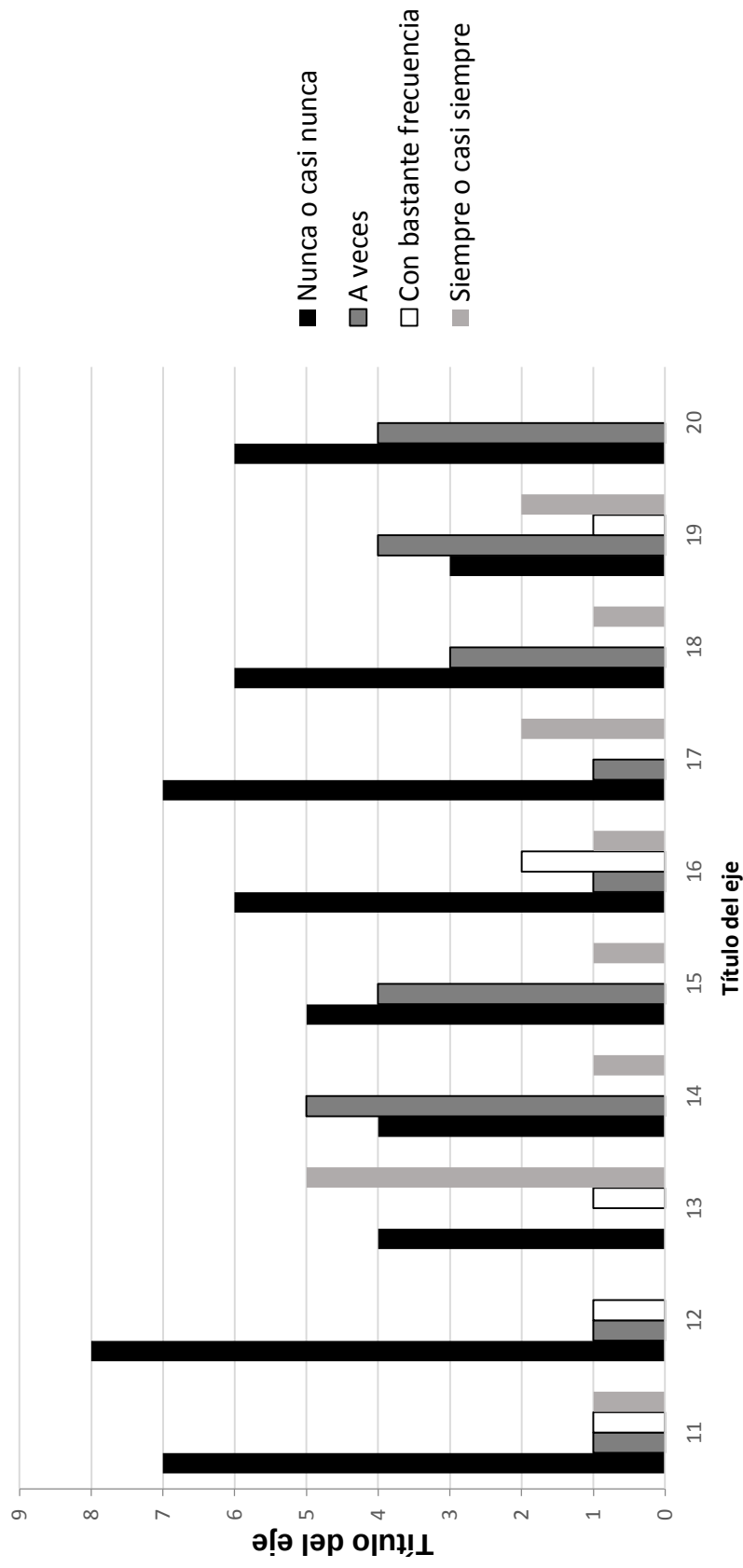
Gráfica 1 - “Primera evaluación, Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung”

**Primera Evaluación: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung.
ítems del 1 al 10.**



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 1 al 10. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación.”

**Primera Evaluación: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung.
ítems del 11 al 20.**



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 11 al 20. "Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación."

En el ítem 2 *“Me siento atemorizado sin motivo”*, de los diez sujetos, cinco afirmaron nunca o casi nunca sentirse atemorizados sin motivo, cuatro afirmaron sentirse atemorizados sin motivo a veces, ninguno manifestó sentirse atemorizado sin motivo con bastante frecuencia y uno manifestó sentirse atemorizado sin motivo siempre o casi siempre. Esto refleja que la mayoría de ellos manifiestan niveles bajos de temor sin motivo, lo cual da a conocer que a nivel afectivo el grado de ansiedad de realidad es casi inexistente, pero en relación con la observación, muchos de los participantes, tuvieron resistencia desde el inicio y esto perduró hasta el final por lo que sus respuestas variaron los resultados reflejados.

En el ítem 3 *“Me altero y me angustio fácilmente”*, de los diez sujetos, cuatro afirmaron nunca o casi nunca sentirse angustiados fácilmente, seis afirmaron sentirse angustiados fácilmente a veces, ninguno manifestó sentirse angustiado fácilmente con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirse angustiado fácilmente siempre o casi siempre. Esto refleja que todos los pacientes de la muestra manifiestan niveles bajos de angustia, lo cual da a conocer que, a nivel afectivo, el grado de ansiedad es casi inexistente, las circunstancias que los pacientes tomaron como referentes para su respuesta, fueron percibidas por los mismos como no amenazantes.

En el ítem 4 *“Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos”* de los diez sujetos, ocho afirmaron nunca o casi nunca sentirse deshacer en pedazos, dos de los sujetos afirmaron sentirse deshacer en pedazos a veces, ninguno manifestó sentirse deshacer en pedazos con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirse deshacer en pedazos siempre o casi siempre. Esto refleja que todos los pacientes de la muestra manifiestan niveles bajos de desesperación o tristeza, lo cual da a conocer que, a nivel afectivo, el grado de ansiedad es casi inexistente.

En el ítem 5 *“Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo”* de los diez sujetos, dos afirmaron nunca o casi nunca sienten que todo está bien y que no les sucederá nada malo, cuatro manifestaron que a veces sienten que todo está bien y

no les sucederá nada malo, uno afirmó sentir que todo está bien y no les sucederá nada malo con bastante frecuencia y tres afirmaron sentir que todo está bien y no les sucederá nada malo siempre o casi siempre. Esto refleja que el 60% de la muestra no sienten que todo esté bien y tienen la sensación de que algo malo les sucederá, esto indica que la mayoría manifiestan temor e inseguridad al futuro, lo cual es un indicador significativo de ansiedad.

En el ítem 6 *“Me tiemblan los brazos y las piernas”* de los diez sujetos, siete manifestaron nunca o casi nunca sentir temblor en los brazos o en las piernas, dos indicaron sentir temblor en los brazos y piernas a veces, ninguno indicó sentir temblor en los brazos y piernas con bastante frecuencia y uno indicó sentir temblor en los brazos y piernas siempre o casi siempre. Esto refleja que el 90% de la muestra manifiesta bajo nivel de nerviosismo a nivel somático, lo cual refleja un grado casi inexistente de ansiedad.

En el ítem 7 *“Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda”* de los diez sujetos, cuatro indicaron nunca o casi nunca sentir dolor de cabeza, cuello y espalda, cinco de los sujetos indicaron sentir dolor de cabeza, cuello y espalda a veces, ninguno indicó sentir dolor de cabeza, cuello y espalda con bastante frecuencia y un sujeto indicó sentir dolor de cabeza, cuello y espalda siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 90% de la muestra manifiesta un grado muy leve de malestar físico de cabeza, cuello y espalda, lo cual refleja un grado menor de ansiedad.

En el ítem 8 *“Me siento débil y me canso fácilmente”*, de los diez sujetos, cuatro indicaron nunca o casi nunca sentirse débil y cansados fácilmente, cinco de los sujetos indicaron sentirse débil y cansados fácilmente a veces, ninguno indicó sentirse ninguno indicó sentirse cansado con bastante frecuencia y un sujeto indicó sentirse cansado siempre o casi siempre. Estos resultados indican que nueve de los diez sujetos de la muestra manifiestan un grado muy leve de debilidad y cansancio, lo cual refleja un grado menor de malestar físico por ansiedad.

En el ítem 9 *“Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”* de los diez sujetos, uno indicó nunca o casi nunca sentirse tranquilo y con quietud, cuatro indicaron sentirse tranquilos y con quietud a veces, ninguno indicó sentirse tranquilo y con quietud con bastante frecuencia y cinco indicaron sentirse tranquilos y con quietud siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mitad de la muestra no tiene tranquilidad y quietud, es decir que manifiestan un alto grado de ansiedad; la otra mitad manifestó sentirse tranquilos y con quietud siempre o casi siempre, lo que indica bajo grado de ansiedad.

En el ítem 10 *“Siento que el corazón me late a prisa”* de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca sienten que el corazón les late a prisa, dos respondieron sentir que el corazón les late a prisa a veces, uno manifestó sentir que el corazón le late a prisa con bastante frecuencia y ninguno indicó sentir que el corazón le late a prisa siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 90% de la muestra no siente ningún malestar cardíaco, es decir hay una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 11 *“Sufro mareos”*, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca sufren de mareos, uno indicó que sufre de mareos a veces, uno indicó sufrir de mareos con bastante frecuencia y uno indicó sufrir de mareos siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 70% de la muestra no manifiestan mareos, es decir que hay una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 12 *“Me desmayo o siento que voy a desmayarme”*, de los diez sujetos, ocho respondieron que nunca o casi nunca sienten o sufren desmayos, uno indicó que sentir desmayarse o sufrir de desmayos a veces, uno indicó sentir desmayarse o sufrir de desmayos con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentir desmayarse o sufrir de desmayos siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría la muestra no sufre de desmayos o la sensación de desmayarse, lo cual indica una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 13 *“Puedo respirar fácilmente”*, de los diez sujetos, cuatro indicaron que nunca o casi nunca pueden respirar con facilidad, ninguno indicó poder respirar fácilmente a veces, uno indicó respirar fácilmente con bastante frecuencia y cinco indicaron respirar fácilmente siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 60% de la muestra puede respirar con facilidad, es decir que la mayoría no manifiestan existencia de ansiedad a nivel somático pero que si es un factor a tomar en cuenta.

En el ítem 14 *“Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies”*, de los diez sujetos, cuatro indicaron que nunca o casi nunca sienten que se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, cinco indicaron sentir que a veces sienten que se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, ninguno indicó sentir que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies con bastante frecuencia y uno indicó sentir que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 60% de la muestra tiene o manifiestan adormecimiento y hormigueo en las manos y los pies, lo cual indica que es una manifestación de ansiedad muy alta.

En el ítem 15 *“Sufro dolores de estómago o indigestión”* de los diez sujetos, cinco indicaron que nunca o casi nunca sufren de dolores de estómago o indigestión, cuatro indicaron sufrir dolores de estómago o indigestión a veces, ninguno indicó sufrir de dolores de estómago o indigestión con bastante frecuencia y uno indicó sufrir de dolores de estómago o indigestión siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mitad de la población presenta este dolor a nivel somático, por lo que esto es un aspecto a tomar en cuenta.

En el ítem 16 *“Tengo que orinar con mucha frecuencia”* de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca orinan con mucha frecuencia, uno indicó orinar con mucha frecuencia a veces, dos indicaron orinar con bastante frecuencia y uno indicó orinar con mucha frecuencia siempre o casi siempre. Los resultados indican que la mayoría no manifiestan la necesidad o el deseo de orinar con mucha

frecuencia, es decir que el grado de ansiedad a nivel somático es leve pero no se debe dejar de tomar en cuenta.

En el ítem 17 *“Generalmente tengo las manos secas y calientes”* de los diez sujetos siete indicaron que nunca o casi nunca sienten las manos secas y calientes, uno indicó sentir a veces las manos secas y calientes, ninguno indicó sentir las manos secas y calientes con bastante frecuencia y dos indicaron sentir las manos secas y calientes siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 80% de la muestra no sienten las manos secas y calientes lo cual es un indicador de niveles altos de ansiedad a nivel somático.

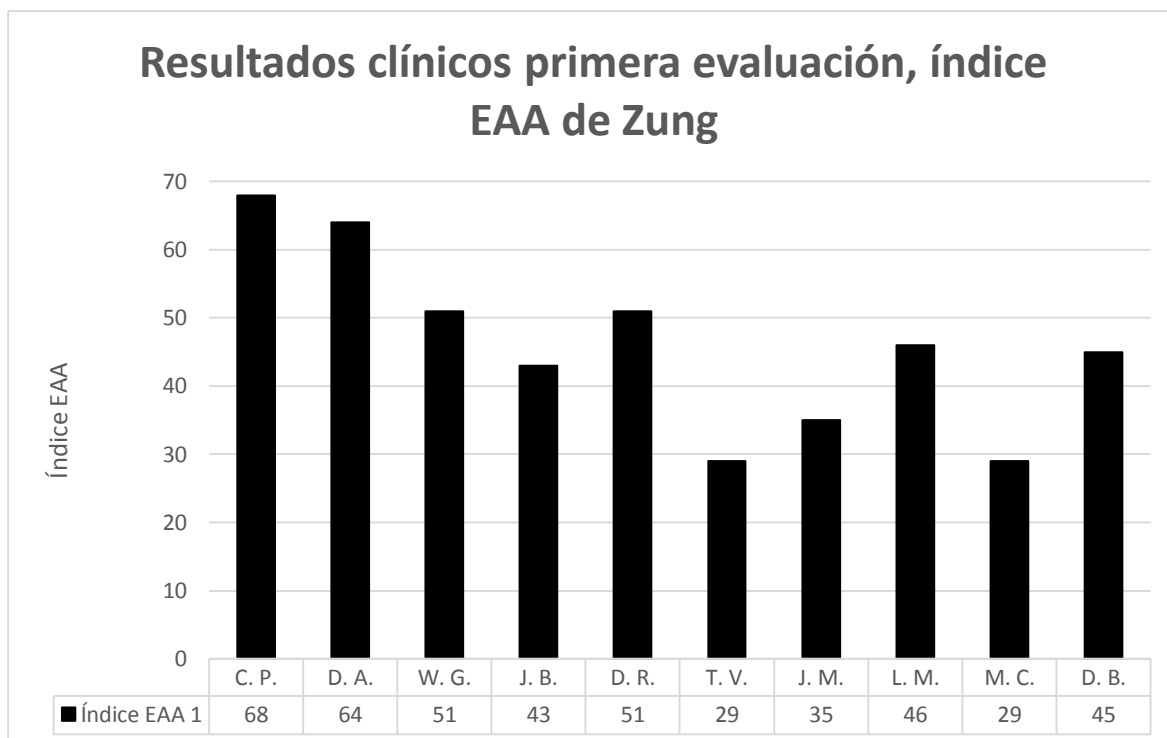
En el ítem 18 *“La cara se me pone caliente y roja”* de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca se les pone roja y caliente la cara, tres indicaron que la cara se les pone roja y caliente a veces, ninguno indicó que la cara se le ponga caliente y roja con bastante frecuencia y uno indicó que la cara se le pone caliente y roja siempre o casi siempre. Estos resultados indican que a la mayoría de los pacientes no se les pone la cara caliente y roja, esto quiere decir que manifiestan niveles de ansiedad casi inexistentes.

En el ítem 19 *“Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche”* de los diez sujetos, tres indicaron que nunca o casi nunca duermen fácilmente y descansan bien por la noche, cuatro indicaron que a veces duermen fácilmente y descansan bien por la noche, uno indicó que duerme fácilmente y descansa bien por la noche con bastante frecuencia y dos indicaron que duermen fácilmente y descansan bien por la noche siempre o casi siempre. Los resultados demuestran que el 70% de la muestra tienen problemas al dormir, no sienten dormir con facilidad ni descansan bien por la noche, lo cual puede ser un indicio de altos niveles de ansiedad a nivel afectivo y somático.

En el ítem 20 *“Tengo pesadillas”* de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen pesadillas, cuatro indicaron tener pesadillas a veces, ninguno indicó tener pesadillas con bastante frecuencia y ninguno indicó tener pesadillas

siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría no manifiestan niveles de ansiedad al dormir, por lo cual la ansiedad es casi inexistente.

Grafica 2 - “Resultados clínicos, primera evaluación, Índice EAA de Zung”



Fuente: Índice EAA de Zung. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación.”

Análisis

Según los resultados clínicos de la primera evaluación de la gráfica 2 (índice EAA de Zung), el paciente C.P. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 68 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad marcada y severa; el paciente D.A. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 64 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad marcada y severa; el paciente W.G. de 36 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual indica presencia de ansiedad mínima moderada; el paciente J.B. de 48 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 43 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente

D.R. de 22 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; el paciente S.V. de 42 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 29 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente J.M. de 41 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 35 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente L.M. de 34 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 46 puntos lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; el paciente M.C. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 29 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente D.B. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 45 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada.

De los 10 pacientes, dos presentaron en el índice EAA, presencia de ansiedad marcada severa, cuatro presentaron en el índice EAA Presencia de ansiedad mínima moderada y cuatro indicaron encontrarse dentro de límites normales y sin ansiedad presente. Esto quiere decir que el 60% de la muestra está manifestando niveles altos de ansiedad en este momento, nuevamente se considera el estado de ansiedad como fluctuante en el tiempo pues los pacientes en este momento se encontraban en la fase de desintoxicación para la prevención de volver a consumir la sustancia y esta genera el síntoma de la abstinencia como lo son la unión de reacciones físicas o corporales como temblor, debilidad, escalofríos, cefaleas, deshidratación y náuseas que ocurren cuando una persona deja de consumir sustancias a las que es adicta.

3.2.2 Análisis global de la primera evaluación

La ansiedad es un rasgo característico de la personalidad en los pacientes adictos, y se define como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, al no ser ésta tomada en cuenta como un factor principal de tratamiento dentro de las terapias psicológicas, el progreso del paciente se ve retrasado o estancado hasta llegar a una posible frustración y un abandono prematuro a la terapia debido a que muchos de los pacientes que son internados en centros de rehabilitación no lo hacen por su propia voluntad, sino que son obligados por la familia a estar internados y por lo observado, la mayoría de ellos en su proceso de cambio según el modelo Transteórico, estaban en la Etapa de Pre-contemplación, el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar y aunque sabe que tiene un problema, no es consciente de él y otros en la Etapa de Contemplación, que es la etapa en la cual la persona tiene intención de cambiar y entra un proceso de ambivalencia en el que la persona rechaza y estima a la vez el deseo de cambio, por lo que durante la terapia también se trabajó el poder crear una retroalimentación con el fin de despertar a la conciencia y motivar al cambio para que pudieran entrar a la siguiente etapa de la rueda del cambio.

A pesar que dentro del centro de rehabilitación “La Luz de Jesús” se ha implementado un tratamiento de psicoterapia individual, este no posee las herramientas necesarias para trabajar con todos los pacientes internos y cubrir aspectos específicos ligados a la adicción y las emociones generadas por el proceso de recuperación, esta es la razón por la cual muchas veces los pacientes tienden a ser resistentes y escépticos ante un proceso psicoterapéutico y los diversos trabajos llevados a cabo por profesionales de la salud mental. Otro factor que se consideró es que en el Centro La Luz de Jesús, su misión es “Transformar a jóvenes pandilleros con adicciones, en hombres que le sirvan a Cristo y a Guatemala”, el programa que utilizan para reformar a los pacientes, proviene de un enfoque cristiano en el que tienen servicio, mínimo 3 veces al día, por lo que se les dificulta tener apertura a otros programas de rehabilitación pues no quieren interrumpir el momento del en el que se llevan a cabo dichos servicios; desde el análisis a todo lo

relatado por los pacientes y observado, esto genera que en realidad, el proceso de rehabilitación se vuelva muy punitivo porque constantemente les recuerdan de su adicción como un error, pecado y fallo a Cristo, por lo que para ellos la etapa de Pre-contemplación o Contemplación duró mucho más de lo que podría haber durado y por eso les fue mucho más difícil pasar a la siguiente etapa del cambio, pues la terapia que engloba el programa del Centro de rehabilitación La Luz de Jesús no está enfocada a la reestructuración de las conductas que han creado un daño en su cuerpo y mente.

Debido a lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de implementar un proceso de psicoterapia grupal que ayude a medir y disminuir los niveles de ansiedad en pacientes adictos generados por el proceso de internamiento dentro de un centro de rehabilitación; tomando así como referencia a una muestra de 10 sujetos del género masculino que presenten adicción a sustancias lícitas o ilícitas, con edades de 25 a 50 años y tiempo de internamiento de dos meses en adelante. Esto con el objetivo de aportar conocimientos sobre la efectividad de la teoría cognitivo conductual en que sufren de ansiedad durante su proceso de rehabilitación.

Se considera que a nivel nacional y académico se cuenta con pocos profesionales que posean conocimiento sobre tratamiento en adicciones y terapia grupal, específicamente tomando en cuenta la ansiedad como un factor influyente en la recuperación de una adicción. Por lo cual se resalta la importancia de que los futuros psicólogos tengan conocimientos más amplios y específicos acerca de la influencia de la ansiedad en las adicciones.

Para cumplir con tal objetivo, tanto el test de ansiedad de Zung, como el grupo focal y la guía de observación se distribuyeron algunos ítems, enunciados e interrogantes que permitiesen detectar puntualmente el nivel de ansiedad antes del proceso psicoterapéutico así como al finalizar el mismo. Evidentemente, algunas respuestas son directas y cortas, así mismo influenciadas al inicio por la desconfianza por parte de los pacientes al tratamiento y psicoterapeutas, por la misma resistencia de los paciente a un tratamiento, por la incomodidad que genera

el hecho de realmente darse cuenta que tienen un problema y por estar en la etapa de Pre-contemplación o Contemplación muy adentrados sin hacer nada para pasar a la etapa de Contemplación; sin embargo, los datos obtenidos a partir de la conversación que se establece con el grupo focal son más amplios y de beneficio para el estudio.

A partir de la información recopilada, se elaboraron categorías que orientaron el proceso investigativo en las cuales se incluyen características generales de la ansiedad, siendo estas: “síntomas afectivos” y “síntomas somáticos”. Dichas categorías ayudan tanto al investigador como al lector a poder clasificar en las dimensiones cualitativas y cuantitativas la ansiedad partiendo de la premisa de que la ansiedad es una emoción que se manifiesta en las dimensiones anímicas y físicas del ser humano. Ambas categorías tienen como objetivo medible con mayor facilidad así mismo como poder evaluar su progreso de forma más sistemática y efectiva.

Síntomas afectivos

Con el fin de identificar los síntomas afectivos de la ansiedad generados por el proceso de internamiento para el tratamiento de recuperación en adicciones, se incluyó en los instrumentos utilizados, ítems e interrogantes respecto a estados de ánimo y de pensamientos fáciles de identificar, para determinar si el paciente interno identifica sus propios signos o síntomas de una ansiedad presente en el tratamiento, partiendo de identificar también en qué etapa de la rueda del cambio se encontraban. Se determinó, como se mencionó anteriormente, que se encontraban la mayoría en la etapa de Pre-contemplación y Contemplación de las etapas de la rueda del cambio.

Los ítems del test de ansiedad de Zung que corresponden a esta sección son el número uno, dos, tres, cuatro, cinco y veinte: “me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”, “me siento atemorizado sin motivo”, “me altero o me angustio fácilmente”, “siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos”, “creo que todo

está bien y no me va a pasar nada malo” y “tengo pesadillas”. Las respuestas obtenidas a cada una de éstas se presentan mediante una gráfica de barras en donde se compara obtuvo los pacientes. (Gráfica 1).

A partir de los resultados de la primera evaluación en dichos ítems; se puede afirmar que la mayor parte de los pacientes manifiestan tranquilidad, mientras que sólo una pequeña parte posee un leve temor al futuro y a lo desconocido, sabiendo que muchas de estas muestras de actitud y relatos que tuvieron fueron modificadas por la incomodidad, resistencia y falta de apertura que tenían a la primera entrevista y al tratamiento ya que no se había desarrollado un aún un rapport y empatía adecuados con el grupo, como para que sus relatos y acciones fueran totalmente las reales pues, muchos temen incluso ser juzgados. Una de las razones principales para dar explicación a esto, probablemente se deba a que la población masculina en general, posee una gran resistencia a demostrar sentimientos de temor, inseguridad o incluso debilidad ante ellos mismos, estos pensamientos también se pueden ver reforzados por el pensamiento de nuestra sociedad machista que en ningún momento permite que un hombre se demuestre débil ante una mujer.

En el grupo focal, también se obtuvo información al respecto, pues se planteó tres interrogantes en las que se indaga cuáles han sido las emociones del paciente a partir de que decidió abandonar su consumo, las interrogantes fueron: ¿Cómo se siente al estar en el centro de rehabilitación durante el día?, ¿Cómo se ha sentido en los últimos dos meses? Y ¿Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir? Los pacientes tuvieron dificultades para responder sobre los sentimientos y pensamientos surgidos a partir de su internamiento porque no tenían claridad en los mismos y al estar pensando constantemente, esto se volvía en una ambivalencia que les generaba mucho conflicto para poder entenderse ellos mismos, por lo que ponerle un nombre al pensamiento o sentimiento fue difícil.

Algunas de las respuestas obtenidas en la interrogante uno ¿Cómo se siente al estar en el centro de rehabilitación durante el día? Fueron:

“Estamos como sube y baja. A veces estoy bien positivo y a veces pues... no”.

(Paciente W.G. 23 de noviembre, 2016)

“Pues culpable seño, por las fallas que uno tiene”.

(Paciente D.B. 23 de noviembre, 2016)

Las respuestas, evidencian, que los pacientes sí manifiestan un malestar a nivel emocional significativo, siendo los sentimientos de tristeza y culpa por hechos del pasado los más significativos. Se consideró que la mayoría presentó sintomatología referente a la ansiedad neurótica, esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello, por lo que el Ello y el Súper Yo, reprimen al Yo encontrándose como único resultado la culpa que en momentos no pueden manejar. La represión, según el Psicoanálisis, designa el mecanismo o proceso psíquico del cual se sirve un sujeto para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos y mantenerlos en el inconsciente. De acuerdo con la teoría de Sigmund Freud, los contenidos rechazados, lejos de ser destruidos u olvidados definitivamente por la represión, al hallarse ligados a la pulsión, pulsión que muchos tenían por el consumo de la droga u alcohol, mantienen su efectividad psíquica desde el inconsciente. Lo reprimido constituye el componente central del inconsciente. Como decía Freud: "Lo reprimido se sintomatiza", es por esto que los pacientes referían sintomatología muy evidente.

En la interrogante dos ¿Cómo se ha sentido en los últimos dos meses? Algunas de las respuestas obtenidas fueron:

“Al principio antes de entrar me sentía mal, por andar como estaba en las calles. Me sentía mal emocionalmente y físicamente, me sentía triste, no me sentía querido. Físicamente me sentía cansado, débil, con los padecimientos de la goma”.

(Paciente L.F.M. 23 de noviembre, 2016)

“Mi consumo viene porque Siempre vivo en el pasado... me lo han dicho varias personas. Siento malestar porque no estoy en estados unidos, aunque estoy en mi país no me acostumbro”.

(Paciente M.R.C. 23 de noviembre, 2016)

"Decepcionado de todo... ya no quería saber nada de esa vida de drogas que llevaba".

(Paciente J.R.B. 23 de noviembre, 2016)

Aquí, la emoción más mencionada fue la decepción, por la conducta de consumo que los pacientes manifestaban tener. A pesar de que algunos expresaron sentirse ya más tranquilos dentro del centro de rehabilitación, también expresaban sentir vergüenza y decepción por el comportamiento adictivo. Esto se debe a que, a pesar de que la persona toma su decisión de recuperación, el pasado conlleva muchas emociones negativas como lo es la culpa, por lo cual en ellos se genera una ansiedad moral, la cual es característica por sentimientos de culpa excesivos y remordimientos que le son difíciles de reconocer y que se introyectan en la personalidad por el Súper Yo.

El grupo focal permite describir las emociones y sentimientos que los pacientes no pudieron identificar dentro de los ítems del test de ansiedad de Zung, permite al investigador profundizar en las necesidades emocionales de los pacientes de una forma más asertiva y directa.

Síntomas somáticos

Uno de los objetos del estudio, era poder identificar los síntomas físicos de la ansiedad manifestados por los pacientes, con la finalidad de poder implementar las técnicas y herramientas de la terapia cognitivo conductual a fin de llevar a la relajación tanto mental como así mismo física cada uno de los pacientes y que estos pudieran continuar su aplicación en sus diversos horarios del día.

Los ítems del test de ansiedad de Zung que permitieron determinar los síntomas somáticos de ansiedad en los pacientes son, el número seis, siete, ocho, nueve, diez, once, doce, trece, catorce, quince, dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve: “me tiemblan los brazos y las piernas”, “sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda”, “me siento débil y me canso fácilmente”, “me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, “siento que el corazón me late a prisa”, “sufro mareos”, “me desmayo o siento que voy a desmayarme”, “puedo respirar fácilmente”, “se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies”, “sufro dolores de estómago o indigestión”, “tengo que orinar con mucha frecuencia”, “generalmente tengo las manos secas y calientes”, “la cara se me pone caliente y roja” y “me duermo fácilmente y descanso bien por la noche”. En estos ítems se indican dolores corporales y otros malestares físicos (Gráfica 1).

A partir de los resultados de la primera evaluación en dichos ítems; se puede afirmar que la mayor parte de los pacientes no manifiestan los malestares físicos descritos en el test, mientras que sólo una pequeña parte posee síntomas de dolor o fatiga desde que reside en el centro de rehabilitación. A pesar de que hay leves indicios de ansiedad a nivel físico los pacientes si tienen dificultad para dormir, tanto para conciliar el sueño como para sentirse descansados al despertar. Asimismo los pacientes describen en el grupo focal síntomas y malestares físicos que no son descritos en los ítems del test de ansiedad de Zung pero que tienen alta relevancia dentro del trastorno de ansiedad.

Para confirmar lo anteriormente mencionado, se hizo uso de las respuestas ofrecidas en el grupo focal, las cuales deja en mayor evidencia de la sintomatología física de los pacientes. Las preguntas planteadas, son la número tres, cuatro y cinco: “¿Qué malestares físicos ha sentido desde que no consume drogas o alcohol?”, “¿Qué estado físico mantiene durante el día?” y “¿Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir?”

Los pacientes tuvieron menor dificultad en el grupo focal para describir la sintomatología física en comparación de los síntomas afectivos.

En la pregunta tres, ¿Qué malestares físicos ha sentido desde que no consume drogas o alcohol? Algunas de las respuestas que los pacientes manifestaron fueron:

"Fíjese que mareos... y temblor de cuerpo... hasta el momento me quedo en las piernas".

(Paciente C.P. 23 de noviembre, 2016)

"Sentí sueño y hambre, también dolor de cuerpo y mareos".

(Paciente D.A. 23 de noviembre, 2016)

"Sentía náuseas, dolor de cuerpo... adormecimiento"

(Paciente J.E.M. 23 de noviembre, 2016)

En la interrogante cuatro "¿Qué estado físico mantiene durante el día?" algunas de las respuestas fueron:

"Cansancio desde que deje de tomar".

(Paciente C.P. 23 de noviembre, 2016)

"Me la paso pensando mucho en el pasado... recordando" "Eso me causa nostalgia".

(Paciente M.C. 23 de noviembre, 2016)

Como se puede observar, los síntomas que los pacientes mayormente manifestaron fueron náuseas y mareos acompañados de dolor y temblor de cuerpo. También indican los pacientes que los días de inicio del internamiento son los más difíciles que conforme pasan se van sintiendo más tranquilos físicamente.

"Me siento bien, ahora ya duermo tranquilo"

(Paciente L.F.M. 23 de noviembre, 2016)

"Ya estando aquí uno se siente más cómodo y tranquilo, los primeros días son lo que cuestan"

(Paciente W.G. 23 de noviembre, 2016)

Por último, en la interrogante cinco ¿Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir? Las respuestas obtenidas por los pacientes fueron:

" Al principio, los primeros tres días tenía malestar para dormir".

(Paciente L.F.M. 23 de noviembre, 2016)

"No duermo bien debido a un ataque de tos que me dio desde que vine".

(Paciente M.R.C. 23 de noviembre, 2016)

Esto confirma el hecho de que los pacientes sí manifiestan sentimientos de culpa, temor, decepción o tristeza a través de su cuerpo a pesar que no pudieron identificarlo y evidenciarlo dentro del test.

Por lo tanto, esta categoría ha permitido conocer no solo que los pacientes manifestaban diversos síntomas físicos más allá de los descritos en el test de ansiedad de Zung, sino también que los malestares tanto físicos como emocionales son más intenso al iniciar el internamiento de recuperación, indicando que el centro de rehabilitación es percibido como un refugio y un escudo que los permite tranquilizarse y enfocarse en salir delante de su conducta adictiva, pero que la dificultad es al salir de allí; con el pasar de los días y las semanas tener que enfrentarse ante las situaciones adversas de la cotidianidad, los rumores y críticas de las personas que visitan, principalmente de la familia, eso es lo que los atemoriza y los hace perder el control de sí mismos.

Cabe resaltar que en esta primera fase de evaluación, los pacientes se sentían desconfiados ante las psicoterapeutas a pesar que ya se había tenido una sesión de proximidad para darse a conocer, esto se puede deber a que muchas veces la conducta adictiva puede introducir mucha paranoia y desconfianza en la vida del individuo.

Dentro de la guía de observación los signos observados refuerzan la existencia de los síntomas de ansiedad manifestados dentro del grupo focal. Algunos de estos síntomas que se encontraron en la mayoría de los pacientes fueron: intranquilidad y dificultad para estar quieto, fatiga, temblor de cuerpo, inquietud psicomotriz, incapacidad de relajarse, dificultad para concentrarse, evasión de preguntas, movimientos repetitivos, irritabilidad, pérdida de interés, cambios de humor y ceño fruncido.

3.2.3 Análisis y resultados de la Segunda Evaluación

A continuación, se presentan las gráficas extraídas a partir de los datos obtenidos de la segunda evaluación del test de ansiedad de Zung, la cual se llevó a cabo después de realizado el proceso de psicoterapia grupal de la investigación “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”.

Análisis

Según la gráfica 3 que corresponde a la segunda evaluación del test de Ansiedad de Zung, aplicada a la muestra, la cual se llevó acabo después de haber aplicado el proceso de psicoterapia grupal; en el ítem 1 *“Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”*, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca se sienten más intranquilos y nerviosos que de costumbre, cuatro sujetos respondieron que a veces se sienten más intranquilos y nerviosos que de costumbre, ningún sujeto respondió sentirse más intranquilo y nervioso que de costumbre con bastante frecuencia y un sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente más intranquilo y nervioso que de costumbre. Estos resultados indican que el 90% de los sujetos, no sienten mayor intranquilidad y nerviosismo que de costumbre, es decir, hay una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 2 *“Me siento atemorizado sin motivo”*, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca se sienten atemorizados sin motivo, tres sujetos respondieron que a veces se sienten atemorizados sin motivo, ningún sujeto respondió sentirse atemorizado sin motivo con bastante frecuencia y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente atemorizado sin motivo. Estos resultados indican que todos los sujetos, no se sienten atemorizados sin motivo, es decir, hay una manifestación inexistente de ansiedad a nivel afectivo.

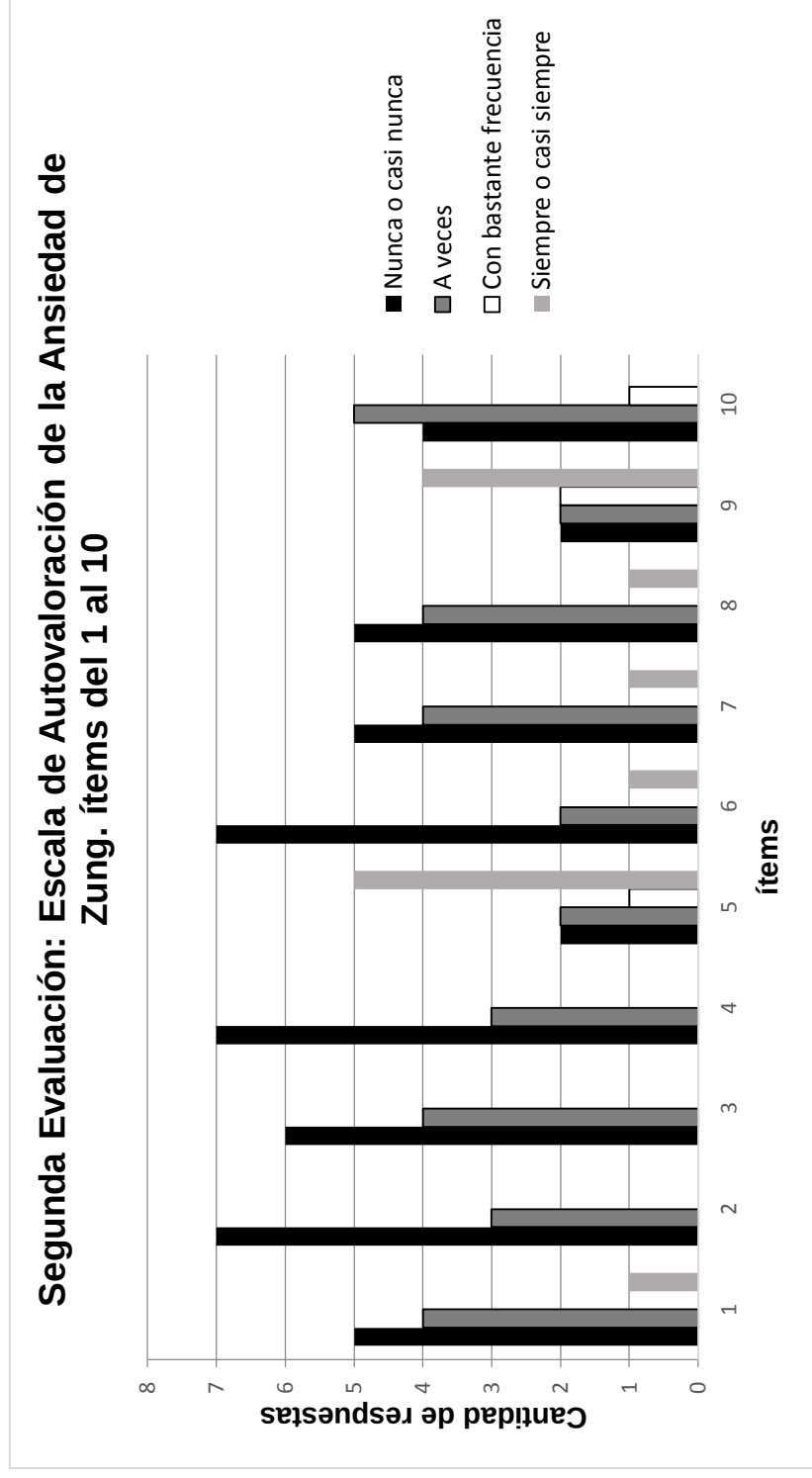
En el ítem 3 *“Me altero o me angustio fácilmente”*, de los diez sujetos, seis respondieron que nunca o Casi Nunca se alteran o angustian fácilmente, cuatro respondieron que a veces se alteran o angustian fácilmente, ningún sujeto, respondió que con bastante frecuencia se altera o angustia fácilmente y ningún sujeto, respondió alterarse o angustiarse fácilmente siempre o casi siempre. Estos resultados indican que todos los sujetos de la muestra no se alteran o angustian fácilmente, es decir, hay una manifestación inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 4 *“Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos”*, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o Casi nunca sienten como si se estuvieran deshaciendo en pedazos, tres sujetos, respondieron que a veces sienten como si se estuvieran deshaciendo en pedazos, ningún sujeto respondió sentir como si se estuviera deshaciendo en pedazos con bastante frecuencia y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre siente como si se estuviera deshaciendo en pedazos. Estos resultados indican que el 100% de los sujetos, no sienten como si se estuvieran deshaciendo en pedazos, es decir, hay una manifestación inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 5 *“Creo que todo está bien y no me va a pasar nada”*, de los diez sujetos, dos respondieron que nunca o casi nunca creen que todo está bien y no les va a pasar nada, dos respondieron que a veces creen que todo está bien y no les va a pasar nada, un sujeto respondió que con bastante frecuencia cree que todo está bien y que no le va a pasar nada y cinco sujetos, respondieron que siempre o casi siempre creen que todo está bien y no les pasará nada. Estos resultados

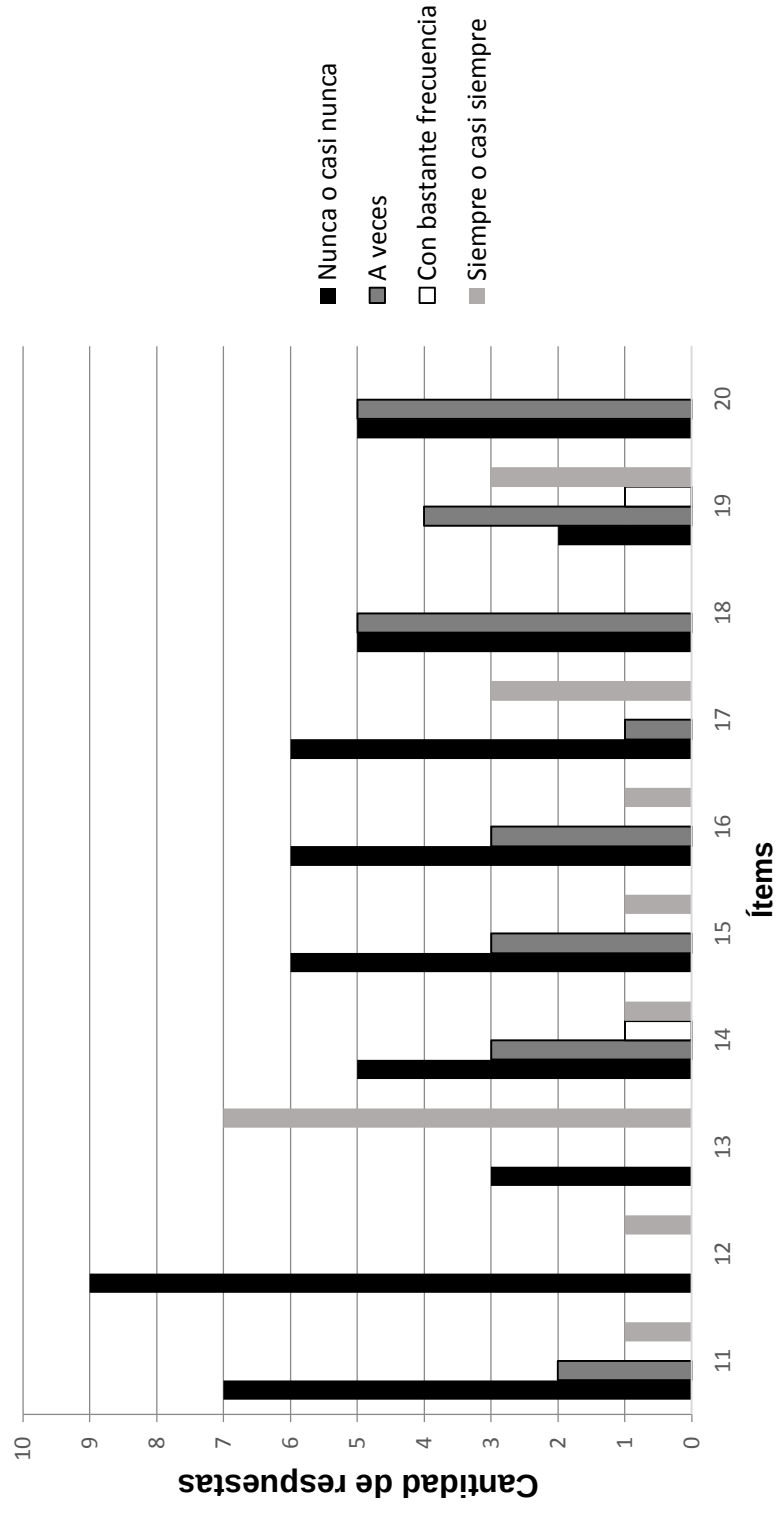
indican que el 60% de los sujetos, creen que todo estará bien y no les va a pasar nada, es decir, hay una manifestación leve pero significativa de ansiedad a nivel afectivo.

Gráfica 3 - “Segunda evaluación, Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung”



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 1 al 10 “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”

Segunda Evaluación: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung. ítems del 11 al 20



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 11 a la 20. "Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual"

En el ítem 6 *“Me tiemblan los brazos y las piernas”*, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca les tiemblan los brazos y las piernas, dos respondieron que a veces les tiemblan los brazos y las piernas, ningún sujeto respondió que con bastante frecuencia le tiemblan los brazos y las piernas y un sujeto indicó que siempre o casi siempre le tiemblan los brazos y las piernas. Estos resultados indican que la mayoría de sujetos de la muestra, no presentan temblor en los brazos y las piernas, por lo que hay una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 7 *“Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda”*, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca sufren dolores de cabeza, cuello y espalda, cuatro respondieron que a veces sufren dolores de cabeza, cuello y espalda, ningún sujeto respondió que con bastante frecuencia sufra de dolores de cabeza, cuello y espalda y un sujeto respondió que siempre o casi siempre sufre de dolores de cabeza, cuello y espalda. Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos de la muestra no presenta dolores de cabeza, cuello y espalda, por lo que hay una manifestación casi inexistente de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 8 *“Me siento débil y me canso fácilmente”*, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca se sienten débiles o se cansan fácilmente, cuatro respondieron que a veces se sienten débiles o se cansan fácilmente, ningún sujeto, respondió que con bastante frecuencia se sienta débil y se cansa fácilmente y un sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente débil o se cansa fácilmente. Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos de la muestra no se siente débil o se cansan fácilmente, por lo que hay una manifestación leve de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 9 *“Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”*, de los diez sujetos, dos, respondieron que nunca o casi Nunca se sienten tranquilos y les es fácil estarse quietos, dos respondieron que a veces se sienten tranquilos y les es fácil estarse quietos, dos sujetos respondieron que con bastante frecuencia se sienten tranquilos y les es fácil estarse quietos y cuatro sujetos respondieron que siempre o casi siempre se sienten tranquilos y les es fácil estarse quietos. Estos resultados indican

que el 60% de los sujetos de la muestra, se sienten tranquilos y les es fácil estarse quietos, por lo que hay una manifestación moderada de ansiedad a nivel somático en los individuos.

En el ítem 10 *“Siento que el corazón me late a prisa”*, de los diez sujetos, cuatro respondieron que nunca o casi nunca sienten que el corazón les late a prisa, cinco respondieron que a veces sienten que el corazón les late a prisa, un sujeto respondió que con bastante frecuencia siente que el corazón le late a prisa y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre siente que el corazón le late a prisa. Estos resultados indican que el 90% de los sujetos, sienten de una forma casi inexistente que el corazón les late a prisa, por lo que hay una manifestación casi inexistente a nivel somático de ansiedad.

En el ítem 11 *“Sufro mareos”*, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca sufren de mareos, dos indicaron que sufren de mareos a veces, ninguno indicó sufrir de mareos con bastante frecuencia y uno indicó sufrir de mareos siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes de la muestra no sufren de mareos, es decir que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente.

En el ítem 12 *“Me desmayo o siento que voy a desmayarme”* de los diez sujetos de la muestra, nueve indicaron que nunca o casi nunca tienen desmayos o sienten que van a desmayarse, ninguno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse a veces, ninguno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse con bastante frecuencia y uno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 90% de los sujetos de la muestra nunca tienen desmayos o sienten que van a desmayarse, es decir que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente.

En el ítem 13 *“Puedo respirar fácilmente”* de los diez sujetos que conforman la muestra, tres indicaron que nunca o casi nunca pueden respirar fácilmente, ninguno indicó poder respirar fácilmente a veces, ninguno indicó poder respirar fácilmente con bastante frecuencia y siete indicaron poder respirar fácilmente siempre o casi

siempre. Estos resultados demuestran que la mayoría de los sujetos de la muestra puede respirar fácilmente, es decir que el grado de ansiedad a nivel somático es leve.

En el ítem 14 *“Se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies”* de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, tres indicaron que a veces se les duermen y hormiguean los dedos de las manos, uno indicó que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies con bastante frecuencia y uno indicó que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies siempre o casi siempre. Estos resultados indican que al 80% de los sujetos de la muestra no se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, es decir que el grado de ansiedad a nivel somático es casi inexistente.

En el ítem 15 *“Sufro dolores de estómago o indigestión”* de los diez sujetos seis indicaron que nunca o casi nunca sufren de dolores de estómago e indigestión, tres indicaron que sufren de dolores de estómago e indigestión a veces, ninguno indicó que sufre de dolores de estómago o indigestión con bastante frecuencia y uno indicó que sufre de dolores de estómago o indigestión siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos de la muestra no sufren de dolores de estómago e indigestión es decir que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente.

En el ítem 16 *“Tengo que orinar con mucha frecuencia”* de los diez sujetos que conforman la muestra, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen que orinar con mucha frecuencia, tres indicaron que a veces tienen que orinar con mucha frecuencia, ninguno indicó que tiene que orinar con bastante frecuencia y uno indicó que orinar con mucha frecuencia siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 90% de la muestra no tienen que orinar con mucha frecuencia es decir que el grado de ansiedad a nivel somático es casi inexistente.

En el ítem 17 *“Generalmente tengo las manos secas y calientes”* de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen las manos secas y calientes,

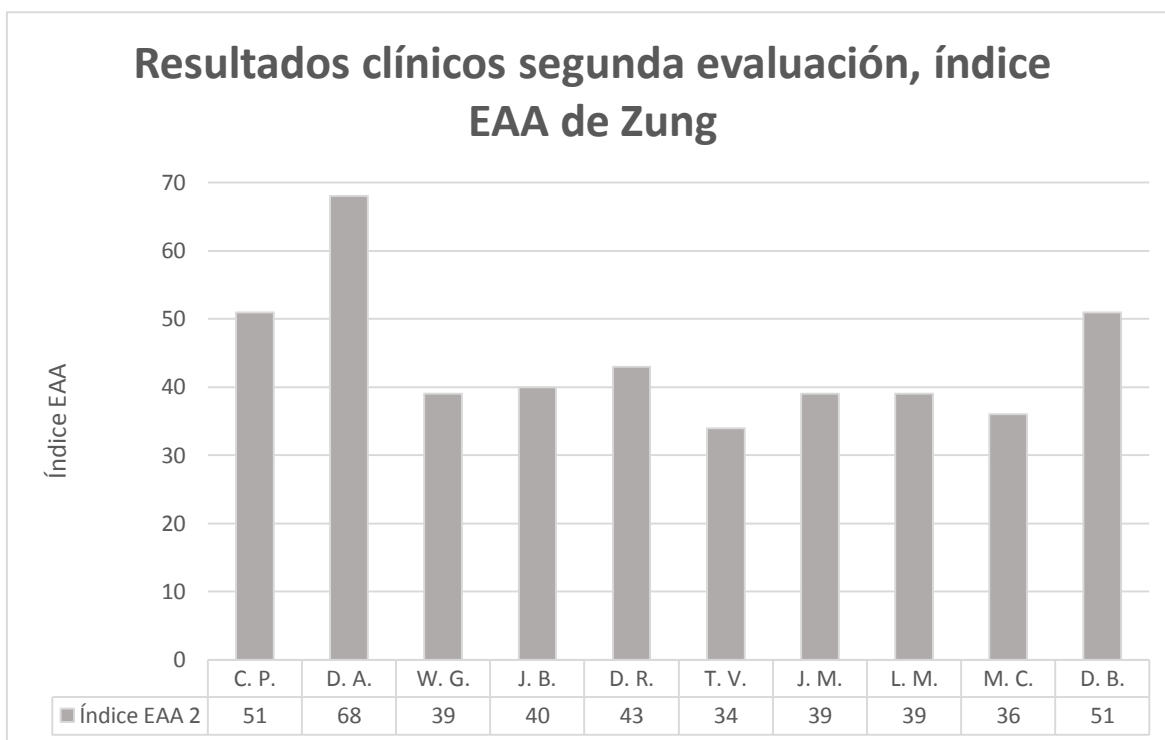
uno indicó que a veces tiene las manos secas y calientes ninguno indicó tener las manos secas y calientes con bastante frecuencia y tres indicaron tener las manos secas y calientes siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 70% de la muestra no sienten las manos secas y calientes lo cual es un indicador de niveles significativos de ansiedad a nivel somático.

En el ítem 18 *“La cara se me pone caliente y roja”* de los diez sujetos que conforman la muestra, cinco indicaron que nunca o casi nunca se les pone la cara caliente y roja, cinco indicaron que a veces se les pone la cara caliente y roja, ninguno indicó que se le pone la cara caliente y roja con bastante frecuencia y ninguno indicó que se le pone la cara caliente y roja siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el total de la población manifiesta de una forma casi inexistente que la cara se les ponga caliente y roja es decir que no hay manifestación de ansiedad a nivel somático de forma significativa.

En el ítem 19 *“Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche”* de los diez sujetos, dos indicaron que nunca o casi nunca duermen fácilmente y descansan bien por la noche, cuatro indicaron que a veces duermen fácilmente y descansan bien por la noche, uno indicó que duerme fácilmente y descansó bien por la noche con bastante frecuencia y tres indicaron que siempre o casi siempre duermen fácilmente y descansan bien por la noche. Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos de la muestra no sienten que descansen bien o duerman fácilmente por la noche, es decir que existe un nivel significativo de ansiedad.

En el ítem 20 *“Tengo pesadillas”* de los diez sujetos que conforman la muestra, cinco indicaron que nunca o casi nunca tienen pesadillas, cinco indicaron tener pesadillas a veces, ninguno indicó tener pesadillas con bastante frecuencia y ninguno indicó tener pesadillas siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes no tienen pesadillas es decir que la manifestación de ansiedad a nivel afectivo es casi inexistente.

Grafica 4 - “Resultados clínicos, segunda evaluación, Índice EAA de Zung”



Fuente: Índice EAAA de Zung. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”

Análisis

En la Segunda evaluación según los resultados de la gráfica 4 (índice EAA de Zung), el paciente C.P. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; el paciente D.A. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 68 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad marcada y severa; el paciente W.G. de 36 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente J.B. de 48 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 40 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente D.R. de 22 años de edad, obtuvo una puntuación en

el índice EAA de 43 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente S.V. de 42 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 34 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente J.M. de 41 años de edad , obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente L.M. de 34 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente M.C. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 36 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; el paciente D.B. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada.

De los 10 pacientes, en la segunda evaluación, uno presentó en el índice EAA, presencia de ansiedad marcada a severa, dos presentaron en el índice EAA presencia de ansiedad mínima moderada y siete indicaron encontrarse dentro de límites normales y sin ansiedad presente. Esto quiere decir que el 70% de la muestra no manifiesta ansiedad después de haber recibido el tratamiento de Psicoterapia Grupal con la Terapia Cognitivo Conductual.

3.2.4 Análisis global de la segunda evaluación

Luego de haber aplicado la primera evaluación de la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung, el grupo focal y la guía de observación, se llevó a cabo la Terapia Cognitivo Conductual en una modalidad grupal, dentro de dicho tratamiento se dio uso a las diversas herramientas con las cuales se trabajaron: pensamientos automáticos, creencias centrales, pensamientos disfuncionales y los sentimientos de los pacientes generados por dicho sistema de creencias irracional. Se realizaron 10 sesiones, la primera y la última sesión se utilizaron para aplicar la primera y segunda evaluación del nivel de ansiedad, y ocho sesiones fueron utilizadas para el tratamiento psicológico.

Se sabe que las causas de las adicciones a sustancias psicoactivas son múltiples, variables y con interacción entre sí. El modelo cognitivo es útil para entender el abuso continuo de estas sustancias, la tendencia de las recaídas, la ansiedad que se maneja y el esclarecimiento de las áreas en que se puede efectuar una intervención terapéutica. Las siguientes categorías cognitivas y conductuales son estímulos de alto riesgo: creencias distorsionadas acerca de las drogas, pensamientos o ideas automáticas clave, síntomas de abstinencia y necesidad de la droga, pensamientos permisivos, estrategias o planes y el uso de la sustancia adictiva; esto se reduce a conducta y cognición, a partir de un enfoque psicosomático, dentro del cual la ansiedad se manifiesta, por medio del cuerpo, al pasar por todas las áreas previamente mencionadas.

La ansiedad es condicionada por los propios pensamientos o imágenes repetitivas que la persona esté teniendo. Desde la teoría de las personalidad, la ansiedad se ha comprendido como un factor que conforma e integra la propia personalidad humana, esta se encuentra vinculada a los factores de tiempo y situación, sin embargo cuando hay desequilibrios dentro de la estructura del yo la ansiedad deja de ser un factor transitorio y fluctuante en el tiempo, convirtiéndose así en un trastorno de la ansiedad. Es por eso que el tratamiento en la psicoterapia de modalidad grupal fue dirigido a la exposición de esos pensamientos y síntomas

tanto afectivos como somáticos con el fin de brindar a las pacientes herramientas que le permitan desarrollar un equilibrio dentro de la estructura de su personalidad.

Al igual que en la primera evaluación; en el test de ansiedad de Zung, grupo focal y en la guía de observación se distribuyeron ítems que permitiesen detectar puntualmente el nivel de ansiedad después del proceso psicoterapéutico.

Es notorio que en la primera evaluación muchos de los evaluados demostraban desconfianza e incluso poca capacidad para reconocer en sí mismos los síntomas que estaban sufriendo, esto se debe a que muchos de ellos a pesar de que se encontraban ya en un proceso de rehabilitación bajo su propia voluntad y deseo, desde el enfoque de la rueda del cambio de Prochaska y Carlo DiClemente, aún no estaban en una etapa de acción al cambio, aun no poseían un deseo que los impulsara a la acción sino que se encontraban en el proceso de contemplación de sus debilidades y conflictos, por lo cual, muchos de ellos aún se encontraban en el proceso de reconocer que necesitan la ayuda externa.

En la segunda evaluación, debido al trabajo realizado en la psicoterapia grupal y el tiempo compartido con todo el grupo, el nivel de confianza y sinceridad aumentó. Esta confianza fue demostrada hacia ellos mismos pues llegaron a un nivel de aceptación mucho más consciente que al inicio del tratamiento, también tenían más confianza entre los diversos miembros del grupo y con las psicoterapeutas. Dentro del enfoque cognitivo conductual así como en otros enfoques, esta confianza entre pacientes y terapeuta se conoce como alianza terapéutica y es un factor indispensable que conforma a la terapia para poder avanzar con el resto de tareas que se van desarrollando dentro de las sesiones. Este cambio a nivel de alianza terapéutica se pudo observar en todos los participantes de la muestra y fue de gran beneficio para su vida según ellos lo manifestaron y para el estudio según los resultados obtenidos.

A continuación, se presentan las categorías de síntomas afectivos y síntomas somáticos obtenidos del test de ansiedad de Zung, grupo focal y guía de observación obtenidos de la segunda evaluación, la cual fue aplicada al finalizar el proceso de psicoterapia grupal cognitivo conductual.

Síntomas afectivos

Los ítems del test de ansiedad de Zung que corresponden a esta sección son el número uno, dos, tres, cuatro, cinco y veinte: “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”, “Me siento atemorizado sin motivo”, “Me altero o me angustio fácilmente”, “Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos”, “Creo que todo está bien y no me va a pasar nada malo” y “Tengo pesadillas”. Las respuestas obtenidas a cada una de éstas se presentan mediante una gráfica de barras en donde se compara obtuvo los pacientes. (Gráfica 3).

En la segunda evaluación de estos ítems, fue notorio que la mayor parte de los pacientes no muestran niveles de ansiedad, por lo que se entiende que después del tratamiento Cognitivo Conductual sus pensamientos automáticos, negativos y creencias centrales cambiaron de manera positiva pues aquello consciente o inconsciente fue trabajado para que hubiera un progreso en la conducta y cognición de cada uno, y que esto al final se viera reflejado en la disminución de la ansiedad y evolución de su tratamiento.

Con referencia de las psicoterapias y grupos focales, es notorio que, para la segunda evaluación, ya no existían pensamientos como “nadie cree en mí”, “no podré salir nunca de esto” sino estos pensamientos negativos o creencias centrales se convirtieron a frases y pensamientos más positivos como “yo les demostraré que puedo salir de esto, con acciones y ya no sólo con palabras”, “yo puedo superarlo y lo estoy logrando”, para esta fase de la terapia, se comprende que los pacientes ya se encontraban dentro de la etapa de determinación según la rueda del cambio, la cual consiste en una intención de cambio de conducta respecto a la adicción para un futuro próximo. Se considera que un factor influente para que los pacientes llegaran a esta etapa fue la aplicación de técnicas Cognitivas en el tratamiento como

lo son la técnica de identificar pensamientos negativos, calificar el grado de creencia en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo, categorizar el pensamiento, descenso vertical, teniendo como evidencia, el estándar doble, resolución de problemas y aceptación. Todas estas técnicas fueron aplicadas durante distintos momentos de la terapia y los resultados se ven reflejados en la disminución de ansiedad y la expresión de nuevas creencias acerca de la vida de los mismos durante el grupo focal y a lo largo de la evolución de cada sesión.

A diferencia de la primera evaluación, los pacientes tuvieron más facilidad para responder sobre sus sentimientos y pensamientos surgidos al estar en el centro de rehabilitación durante el día.

“Bien han habido... he sentido un cambio...se han aclarado bastantes dudas que habían en mi mente.”

(Paciente J.R.B. 14 de diciembre, 2016)

“Durante el día si me siento bien... bien... con las terapias que hemos hecho, lo que he escuchado de las experiencias de los compañeros y la mía... al inicio no fue tan fácil sacarlo pero ya después viendo que los demás hablan uno lo hace para estar bien uno... eso me ha servido, me ha dejado más relajado. Ahora ya pienso las cosas un poco antes no pensaba nada, ya respiro profundo”

(Paciente J.E.M.O.R 14 de diciembre, 2016)

Síntomas somáticos

Los ítems del test de ansiedad de Zung que permitieron determinar los síntomas somáticos de ansiedad en los pacientes al igual que en la primera evaluación son, el número seis, siete, ocho, nueve, diez, once, doce, trece, catorce, quince, dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve; en los cuales se indican dolores corporales y otros malestares físicos. (Gráfica 3).

Desde la aplicación de la primera evaluación, la mayoría de los pacientes no presentaban malestares físicos conscientes para ellos, sólo una pequeña parte de la muestra tenía síntomas como dolor o fatiga y los índices de ansiedad a nivel somático eran pocos, pero al momento del sueño, muchos de los pacientes tenían dificultad para dormir y para realmente descansar, ahora ya no muestran estos problemas en su mayoría y pueden conciliar de mejor manera el sueño y logran sentirse descansados al momento de despertar al otro día. Esto puede verse influenciado por el factor del tiempo en los pacientes; debido a que la ansiedad puede ser cambiante según las circunstancias y la temporalidad, muchos de los pacientes en esta etapa de su tratamiento ya no sienten las amenazas externas con el mismo grado de intensidad en comparación a cuando fueron ingresados, lo cual a su vez se ve reforzado con las técnicas de relajación vinculadas al tratamiento.

En el grupo focal las preguntas también se dirigen a la sintomatología a nivel somático de los pacientes y se determinó que a nivel físico, las respuestas, evidencian, que los pacientes ya no manifiestan un malestar significativo como en la primera evaluación, la disminución de ansiedad se vio reflejada en su cuerpo a nivel somático.

“Nada de malestar por el estilo, hasta salgo a correr y ejercitarme”.

(Paciente S.G.V. 14 de diciembre, 2016)

“No, no tengo dolores para nada”.

(Paciente L.F.M. 14 de diciembre, 2016)

Otras de las conductas manifiestas que se presentaron fue la tranquilidad que ahora sienten al momento de dormir después de haber recibido la Psicoterapia. Durante la terapia se les brindaron técnicas de relajación para bajar los niveles de ansiedad, estas son aplicables en la noche para que se sientan más relajados al dormir.

“En las noches sí me ayuda bastante a relajarme porque a veces como que si me quiere dar dolor de cabeza. Sueños, bendito sea Dios, ya no tengo, sí me he sentido mejor”.

(Paciente W.G. 14 de diciembre, 2016)

“Yo caigo, haya o no haya bulla duermo bien. Yo ronco y el mundo se acabó y a dormir”.

(Paciente M.C. 14 de diciembre, 2016)

Es notorio que los niveles de ansiedad bajaron en la mayor parte de los pacientes, la disminución de síntomas afectivos y somatológicos nos permiten tener muestra de ello.

Dentro de la guía de observación los signos que ya no fueron observados son: fatiga, sudoración, movimientos repetitivos, irritabilidad, pérdida de interés, cambios de humor, tics, boca seca y voz temblorosa. Esto refuerza la inexistencia de los síntomas de ansiedad manifestados en la primera evaluación dentro del grupo focal.

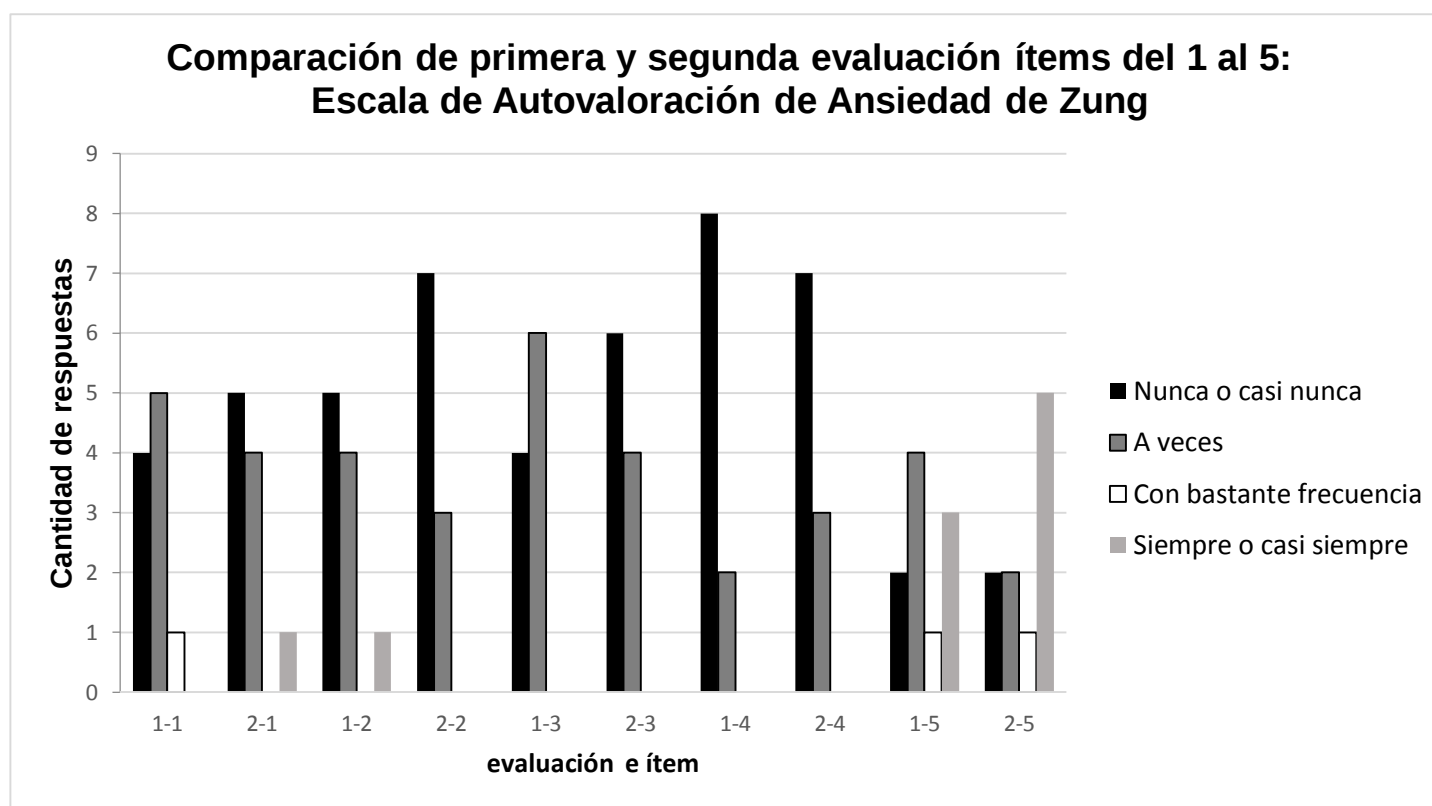
3.3 Análisis General

3.3.1 Análisis y resultados comparativos de la primera y segunda evaluación

A continuación, se presenta el análisis y los resultados comparativos a partir de los datos obtenidos de la primera y segunda evaluación del test de ansiedad de Zung, las cuales se llevaron a cabo antes de iniciar el proceso de terapia grupal y después de finalizar el mismo; de la investigación “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”.

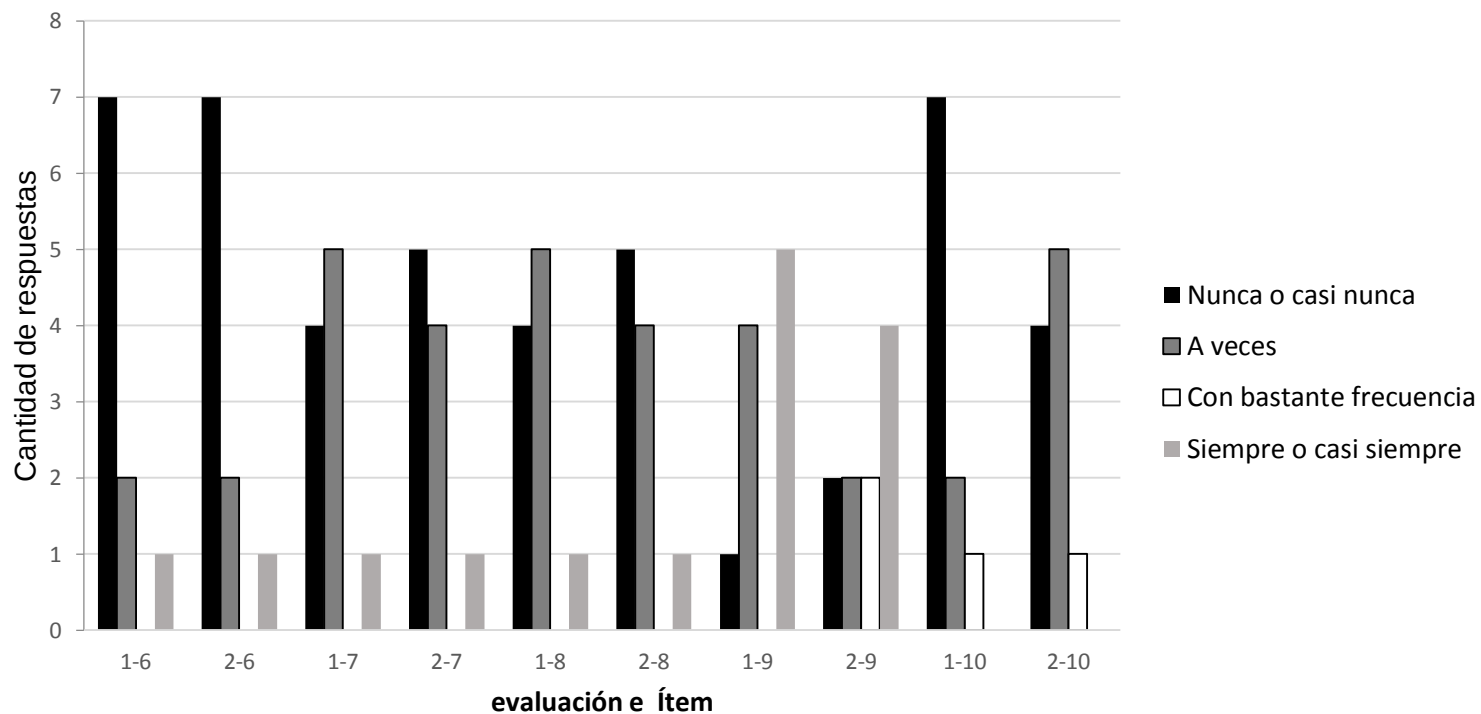
En el ítem 1 *“Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”*, de los diez sujetos, en la primera evaluación: cuatro afirmaron nunca o casi nunca sentirse intranquilos o nerviosos, cinco afirmaron sentirse intranquilos o nerviosos a veces, uno afirmó sentirse intranquilo o nervioso con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirlo siempre o casi siempre. En la segunda evaluación: cinco respondieron que nunca o casi nunca se sienten más intranquilos y nerviosos que de costumbre, cuatro sujetos respondieron que a veces se sienten más intranquilos y nerviosos que de costumbre, ningún sujeto respondió sentirse más intranquilo y nervioso que de costumbre con bastante frecuencia y un sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente más intranquilo y nervioso que de costumbre. Esto refleja que tanto en la primera evaluación como en la segunda evaluación el 90% de los pacientes estaban manifestando niveles bajos de intranquilidad y nerviosismo, uno de los pacientes mostro mejora en la segunda evaluación, lo cual da a conocer que a nivel afectivo el grado de ansiedad es casi inexistente después de recibir la terapia grupal en la cual, para mejorar esta sintomatología, se trabajó técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz como una técnica de la relajación muscular profunda para identificar los músculos en tensión y conseguir llevarlos hasta el estado de relajación.

Grafica 5 - “Análisis comparativo primera y segunda evaluación de la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung”



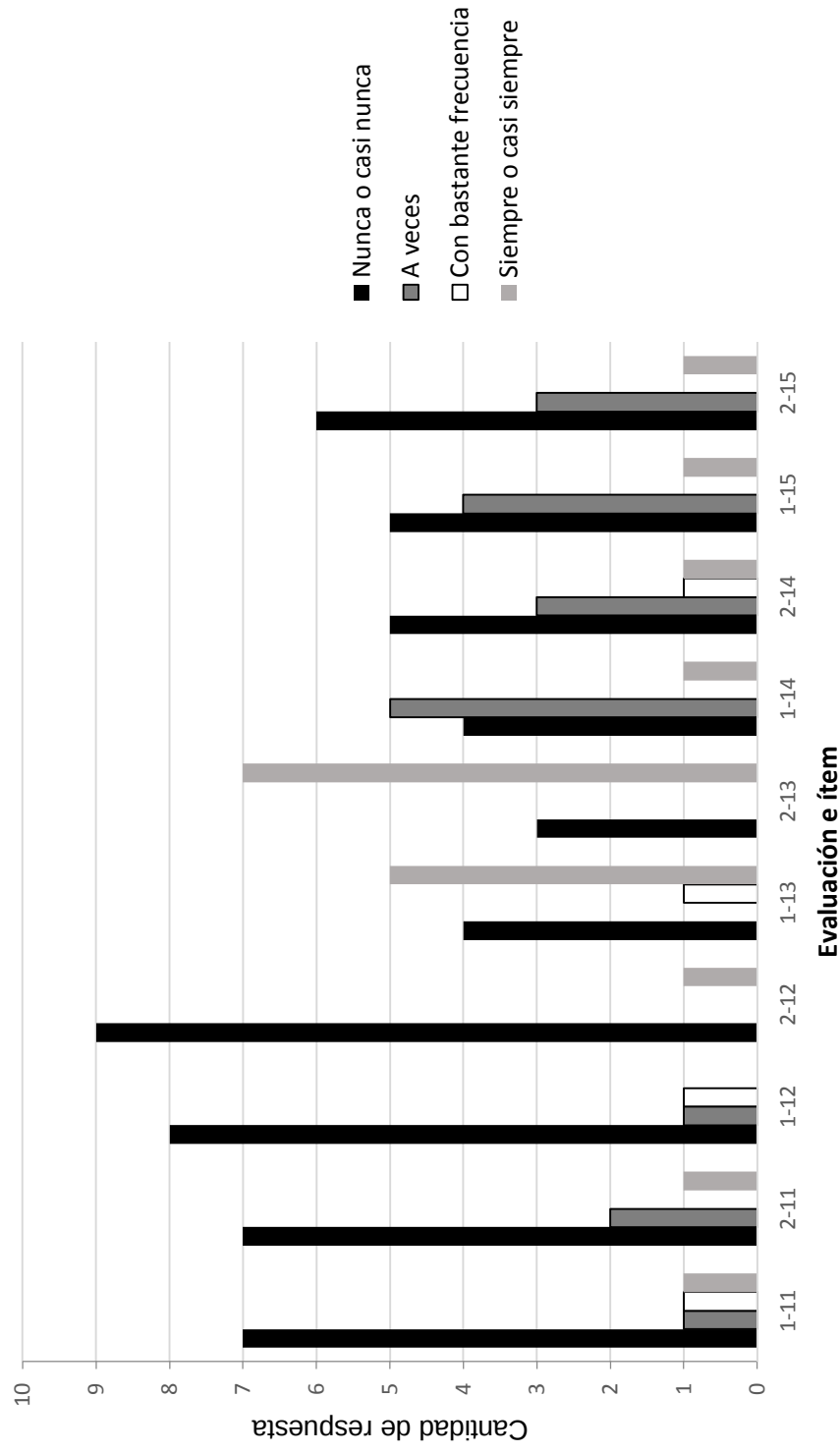
Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 1 al 5. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”

Comparación de primera y segunda evaluación ítems del 6 al 11: Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung

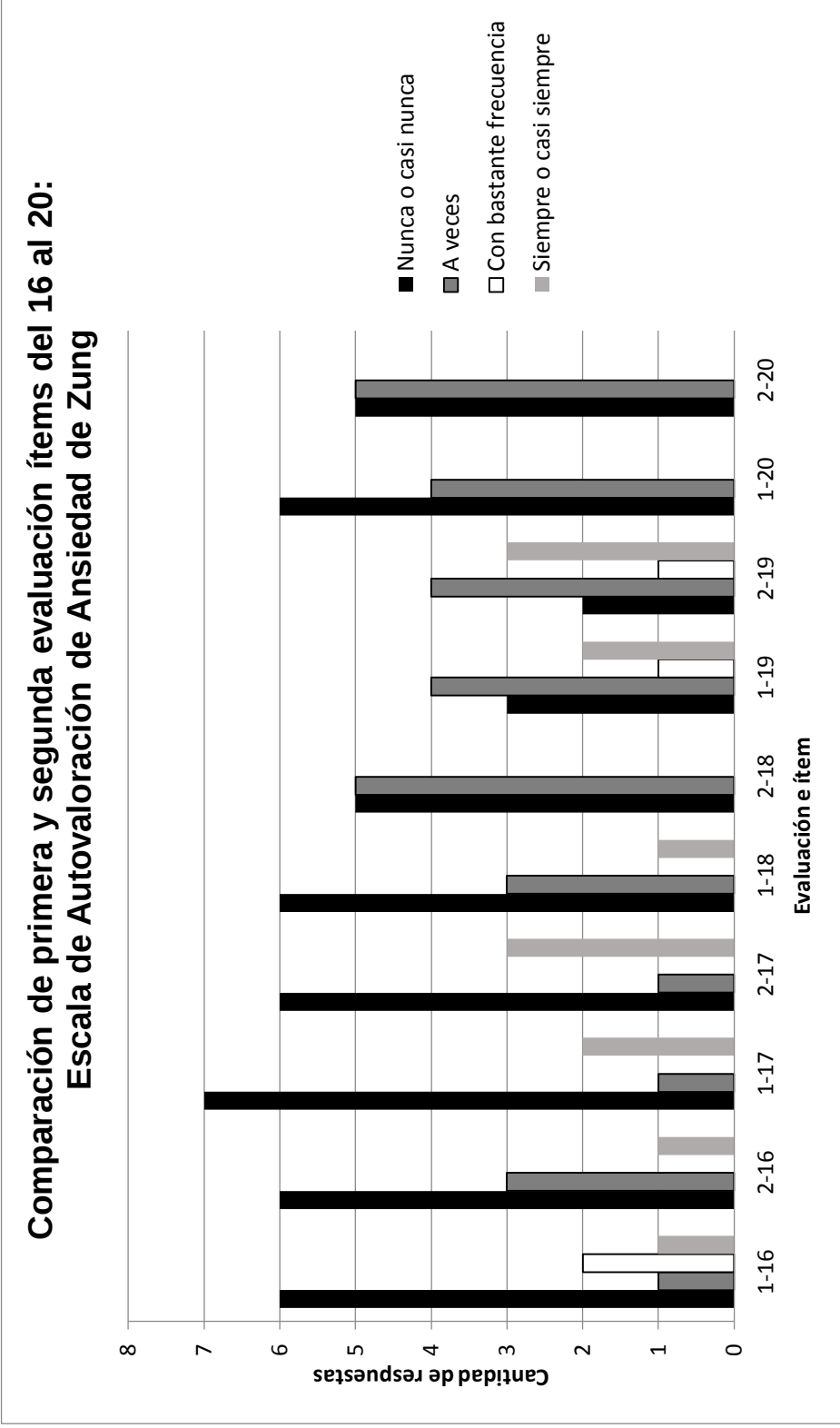


Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 6 al 10. "Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual"

Comparación de primera y segunda evaluación ítems del 11 al 15: Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 11 al 15. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”



Fuente: Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung ítem del 16 al 20. “Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”.

Consistió en la relajación progresiva basada en la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y en la relajación de los distintos grupos musculares a través de ejercicios de tensión/distensión, ejercicio que les costó trabajar la primera vez que se realizó pero luego pudieron trabajarlo y fue muy efectivo para la intranquilidad y nerviosismo que tenían. Luego este proceso se completó con el entrenamiento autógeno de Shultz mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las eferencias somáticas y viscerales correspondientes que nos dieron como resultado la eliminación casi total de este síntoma.

En el ítem 2 *“Me siento atemorizado sin motivo”*, de los diez sujetos, en la primera evaluación, cinco afirmaron nunca o casi nunca sentirse atemorizados sin motivo, cuatro afirmaron sentirse atemorizados sin motivo a veces, ninguno manifestó sentirse atemorizado sin motivo con bastante frecuencia y uno manifestó sentirse atemorizado sin motivo siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o Casi nunca se sienten atemorizados sin motivo, tres sujetos respondieron que a veces se sienten atemorizados sin motivo, ningún sujeto respondió sentirse atemorizado sin motivo con bastante frecuencia y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente atemorizado sin motivo. Estos resultados reflejan que hubo una mejora existente por medio de la técnica de distracción de pensamiento que nos ayudó a combatir la amenaza. Tres de los pacientes mejoraron de forma significativa al momento de responder en la segunda evaluación, por lo cual, al finalizar el tratamiento el total de los pacientes no se sentían atemorizados sin motivo, es decir, hay una manifestación inexistente de ansiedad a nivel afectivo después de la aplicación de la terapia grupal. Se trabajó el miedo como un síntoma de la ansiedad neurótica, pero un síntoma mental por lo que por medio de la distracción del pensamiento para combatir la amenaza, se obtuvieron resultados positivos.

En el ítem 3 *“Me altero y me angustio fácilmente”*, de los diez sujetos, en la primera evaluación, cuatro afirmaron nunca o casi nunca sentirse angustiados fácilmente,

seis afirmaron sentirse angustiados fácilmente a veces, ninguno manifestó sentirse angustiado fácilmente con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirse angustiado fácilmente siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, seis respondieron que nunca o Casi Nunca se alteran o angustian fácilmente, cuatro respondieron que a veces se alteran o angustian fácilmente, ningún sujeto, respondió que con bastante frecuencia se altera o angustia fácilmente y ningún sujeto, respondió alterarse o angustiarse fácilmente siempre o casi siempre. Estos resultados indican que dos de los pacientes tuvieron mejoras por lo cual se comprende que todos los pacientes de la muestra están manifestando niveles bajos de angustia, lo cual da a conocer que, a nivel afectivo, el grado de ansiedad es inexistente.

En el ítem 4 “*Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos*” de los diez sujetos, en la primera evaluación, ocho afirmaron nunca o casi nunca sentirse deshacer en pedazos, dos de los sujetos afirmaron sentirse deshacer en pedazos a veces, ninguno manifestó sentirse deshacer en pedazos con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentirse deshacer en pedazos siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o Casi nunca sienten como si se estuvieran deshaciendo en pedazos, tres sujetos, respondieron que a veces sienten como si se estuvieran deshaciendo en pedazos, ningún sujeto respondió sentir como si se estuviera deshaciendo en pedazos con bastante frecuencia y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre siente como si se estuviera deshaciendo en pedazos. Estos resultados indican que uno de los pacientes refirió sí sentirse de esta forma en la segunda evaluación al finalizar el tratamiento y en la primera evaluación no lo había presentado “a veces”; no se considera que el tratamiento haya causado este síntoma sino más bien que el tratamiento le ayudo para que él pudiera hacer consiente el síntoma y que con este paciente en específico se requerían más sesiones para disminuir este síntoma.

De manera grupal esta sintomatología fue poco presentada por lo cual todos los pacientes de la muestra continúan manifestando niveles bajos de desesperación, lo cual da a conocer que a nivel afectivo el grado de ansiedad es casi inexistente. Se

consideró que la ansiedad puede provocar un grado mayor o menor de malestar, la cual es fruto de la amenaza tanto interna como externa sobre el consumo que el sujeto no pudo afrontar con éxito por lo que pueden haber días donde no se sientan de esta forma pero otros días donde sí presenten la sintomatología “a veces” como es el caso del paciente que en la segunda evaluación dio un resultado diferente al de la primera evaluación.

En el ítem 5 “*Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo*” de los diez sujetos, en la primera evaluación, dos afirmaron nunca o casi nunca sienten que todo está bien y que no les sucederá nada malo, cuatro manifestaron que a veces sienten que todo está bien y no les sucederá nada malo, uno afirmó sentir que todo está bien y no les sucederá nada malo con bastante frecuencia y tres afirmaron sentir que todo está bien y no les sucederá nada malo siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, dos respondieron que nunca o casi nunca creen que todo está bien y no les va a pasar nada, dos respondieron que a veces creen que todo está bien y no les va a pasar nada, un sujeto respondió que con bastante frecuencia cree que todo está bien y que no le va a pasar nada y cinco sujetos, respondieron que siempre o casi siempre creen que todo está bien y no les pasará nada. Esto refleja que dos pacientes tuvieron mejoras por lo cual la mayoría de la muestra sienten que todo esté bien y no tienen la sensación de que algo malo les sucederá, esto indica que hubo una mejora significativa y que la mayoría manifiestan bajos niveles de temor e inseguridad al futuro después de haber recibido el tratamiento grupal, específicamente con los ejercicios de identificación de cogniciones y sus consecuencias; modelamiento cognitivo para que ellos mismos pudieran conocerse y ser capaces de detectar los pensamientos distorsionados básicos, especialmente los pensamientos catastróficos que presentaron y se les motivó a que supieran cómo refutarlos para que estos disminuyeran y pudieran tener pensamientos más realistas. Esto provocó un resultado positivo para la terapia y uno de los cambios básicos para poder continuar con el proceso de la terapia y así poder abordar de mejor forma la problemática.

En el ítem 6 “*Me tiemblan los brazos y las piernas*” de los diez sujetos, en la primera evaluación: siete manifestaron nunca o casi nunca sentir temblor en los brazos o en las piernas, dos indicaron sentir temblor en los brazos y piernas a veces,

ninguno indicó sentir temblor en los brazos y piernas con bastante frecuencia y uno indicó sentir temblor en los brazos y piernas siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, siete respondieron que nunca o casi nunca les tiemblan los brazos y las piernas, dos respondieron que a veces les tiemblan los brazos y las piernas, ningún sujeto respondió que con bastante frecuencia le tiemblan los brazos y las piernas y un sujeto indicó que siempre o casi siempre le tiemblan los brazos y las piernas. Estos resultados indican que no hubo cambios en la sintomatología de los pacientes, por lo cual los resultados reflejan que el 90% de la muestra continúa manifestando bajo nivel de nerviosismo a nivel somático, lo cual indica un grado casi inexistente de ansiedad. Para abordar esta sintomatología que aunque era mínima, de igual manera se presentó, se utilizaron también las técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz que se mencionó anteriormente. Esto ayudó en la investigación, pues como se pudo observar en el resultado, la muestra indicó un nivel bajo de sintomatología es una de las etapas que más deja secuelas en los pacientes pues su desintoxicación de la droga les aumenta la sintomatología que puedan presentar.

En el ítem 7 *“Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda”* de los diez sujetos, en la primera evaluación: cuatro indicaron nunca o casi nunca sentir dolor de cabeza, cuello y espalda, cinco de los sujetos indicaron sentir dolor de cabeza, cuello y espalda a veces, ninguno indicó sentir dolor de cabeza, cuello y espalda con bastante frecuencia y un sujeto indicó sentir dolor de cabeza, cuello y espalda siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca sufren dolores de cabeza, cuello y espalda, cuatro respondieron que a veces sufren dolores de cabeza, cuello y espalda, ningún sujeto respondió que con bastante frecuencia sufra de dolores de cabeza, cuello y espalda y un sujeto respondió que siempre o casi siempre sufre de dolores de cabeza, cuello y espalda. Estos resultados indican que uno de los pacientes presentó mejoras en la segunda evaluación, por lo cual, el total de la muestra manifiesta un grado muy leve de malestar físico de cabeza, cuello y espalda, por tanto, se refleja un grado mínimo de ansiedad.

En el ítem 8 “*Me siento débil y me canso fácilmente*”, se consideró que esto sería a causa de la dependencia a sustancias psicoactivas pues como se mencionó, esta conlleva a un patrón desadaptativo de consumo que se manifiesta en un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado en síntomas y uno de los síntomas es el síndrome de abstinencia que puede presentarse con debilidad y cansancio fácilmente. De los diez sujetos, en la primera evaluación, cuatro indicaron nunca o casi nunca sentirse débiles y cansados fácilmente, cinco de los sujetos indicaron sentirse débiles y cansados fácilmente a veces, ninguno indicó sentirse cansado con bastante frecuencia y un sujeto indicó sentirse cansado siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca se sienten débiles o se cansan fácilmente, cuatro respondieron que a veces se sienten débiles o se cansan fácilmente, ningún sujeto, respondió que con bastante frecuencia se sienta débil y se cansa fácilmente y un sujeto respondió que siempre o casi siempre se siente débil o se cansa fácilmente.

Estos resultados indican que uno de los pacientes presentó mejoras, para esto la sesión de afrontar las causas y/o los mantenedores fue oportuna pues se trabajaron hábitos de vida saludables como la valoración de causas y mantenedores, esto fortaleció su estado físico para que ellos ya no se sintieran débiles o se cansaran fácilmente. Al igual se brindó información y discusión del manejo de algunas de ellas como la organización del tiempo para combatir el estrés, cómo favorecer el sueño apropiado, consejos dietéticos básicos e importancia de la toma de decisiones en la confrontación de las situaciones estresantes. Por lo cual un 90% de la muestra manifestó un grado muy leve de debilidad y cansancio, lo cual refleja un grado de malestar físico por ansiedad casi inexistente.

Esto, nos indica que los ejercicios de hábitos de vida saludables como un mantenedor de la conducta y estado adaptativo, fue funcional para los pacientes.

En el ítem 9 “*Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto*” de los diez sujetos, en la primera evaluación, uno indicó nunca o casi nunca sentirse tranquilo y con quietud, cuatro indicaron sentirse tranquilos y con quietud a veces, ninguno indicó sentirse tranquilo y con quietud con bastante frecuencia y cinco indicaron sentirse

tranquilos y con quietud siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, dos respondieron que nunca o casi nunca se sienten tranquilos y les es fácil estar quietos, dos respondieron que a veces se sienten tranquilos y les es fácil estar quietos, dos sujetos respondieron que con bastante frecuencia se sienten tranquilos y les es fácil estar quietos y cuatro sujetos respondieron que siempre o casi siempre se sienten tranquilos y les es fácil estar quietos.

En este ítem existe una variación significativa en todas las respuestas, sin embargo, sí hay indicios de que la mayoría de los pacientes presentaron mejoras después del tratamiento de psicoterapia grupal con la terapia cognitivo conductual, solamente uno de ellos quien indicó sentirse menos tranquilo y poca quietud en la segunda evaluación, pero los ejercicios para el conocimiento del trastorno y la fomentación de conductas de afrontamiento son las herramientas que nos ayudaron a poder nivelar esta sintomatología y herramientas que les quedaron a los pacientes para que ellos mismos pudieran seguir su proceso y crear estados de bienestar en su vida.

En el ítem 10 *“Siento que el corazón me late a prisa”* de los diez sujetos, en la primera evaluación, siete respondieron que nunca o casi nunca sienten que el corazón les late a prisa, dos respondieron sentir que el corazón les late a prisa a veces, uno manifestó sentir que el corazón le late a prisa con bastante frecuencia y ninguno indicó sentir que el corazón le late a prisa siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, cuatro respondieron que nunca o casi nunca sienten que el corazón les late a prisa cinco respondieron que a veces sienten que el corazón les late a prisa, un sujeto respondió que con bastante frecuencia siente que el corazón le late a prisa y ningún sujeto respondió que siempre o casi siempre siente que el corazón le late a prisa. Estos resultados indican dos de los pacientes mostraron un leve decaimiento a nivel cardíaco sin embargo la mayoría de la muestra no sienten ningún malestar, es decir hay una manifestación poco significativa de ansiedad a nivel somático. Para este apartado se utilizó de igual manera la aplicación de técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz pues en esta tensión y relajación de músculos, va involucrado

también la ejercitación del corazón, donde se puede llevar a palpitaciones muy rápidas durante la tensión pero al momento de relajación se logra equilibrar este estado y los pacientes que lo siguieron practicando fueron quienes pudieron mantenerse sin sentir que el corazón les latía de prisa.

En el ítem 11 “*Sufro mareos*” en la primera evaluación, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca sufren de mareos, uno indicó que sufre de mareos a veces, uno indicó sufrir de mareos con bastante frecuencia y uno indicó sufrir de mareos siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, siete respondieron que nunca o casi nunca sufren de mareos, dos indicaron que sufren de mareos a veces, ninguno indicó sufrir de mareos con bastante frecuencia y uno indico sufrir de mareos siempre o casi siempre. Estos resultados indican que en la primera evaluación como en la segunda evaluación la mayoría de los pacientes no sufrían de mareos. Uno de los pacientes en la primera evaluación tenía con bastante frecuencia mareos y en la segunda evaluación mejoró pues solo los presenta a veces, lo que nos demuestra que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente. Se consideró que estos mareos podían existir en los pacientes como resultado de la abstinencia de la droga y que había mucha probabilidad de que estos mareos desaparecieran luego de la etapa de desintoxicación, por lo que por medio de esta evaluación lo pudimos comprobar.

En el ítem 12 “*Me desmayo o siento que voy a desmayarme*” en la primera evaluación, de los diez sujetos, ocho respondieron que nunca o casi nunca sienten o sufren desmayos, uno indicó sentir desmayarse o sufrir de desmayos a veces, uno indicó sentir desmayarse o sufrir de desmayos con bastante frecuencia y ninguno manifestó sentir desmayarse o sufrir de desmayos siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos de la muestra, nueve indicaron que nunca o casi nunca tienen desmayos o sienten que van a desmayarse, ninguno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse a veces, ninguno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse con bastante frecuencia y uno indicó tener desmayos o sentir que van a desmayarse siempre o casi siempre. Estos resultados indican que el 90% de los sujetos de la muestra nunca tienen desmayos

o sienten que van a desmayarse, solamente un paciente sí lo demuestra a nivel somático, es decir que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente en el grupo y que este paciente deberá seguir reforzando las conductas positivas ante el tratamiento que se le enseñaron durante la terapia para poder erradicar esta sintomatología por completo.

En el ítem 13 *“Puedo respirar fácilmente”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, cuatro indicaron que nunca o casi nunca pueden respirar con facilidad, ninguno indicó poder respirar fácilmente a veces, uno indicó respirar fácilmente con bastante frecuencia y cinco indicaron respirar fácilmente siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos que conforman la muestra, tres indicaron que nunca o casi nunca pueden respirar fácilmente, ninguno indicó poder respirar fácilmente a veces, ninguno indicó poder respirar fácilmente con bastante frecuencia y siete indicaron poder respirar fácilmente siempre o casi siempre. Estos resultados demuestran que hubo una mejoría en la población de la primera evaluación a la segunda, un paciente pasó de nunca o casi nunca poder respirar con facilidad a respirar con facilidad siempre o casi siempre y otro de los pacientes pasó de respirar con bastante frecuencia fácilmente a respirar con facilidad siempre o casi siempre. Esto nos demuestra la mejoría de dos pacientes y en general el 70% de nuestra población pueden respirar fácilmente, el nivel de ansiedad a nivel somático es casi inexistente pero el otro 30% sí está presentando dificultad por lo que se les dieron herramientas para que pudieran respirar de forma correcta y de esta manera beneficiar su proceso para que esta ansiedad fuera disminuyendo con facilidad y no somatizaran.

En el ítem 14 *“Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, cuatro indicaron que nunca o casi nunca sienten que se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, cinco indicaron sentir que a veces sienten que se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, ninguno indicó sentir que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies con bastante frecuencia y uno indicó sentir que se le duermen y hormiguean los dedos de las

manos y de los pies siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, cinco respondieron que nunca o casi nunca se les duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies, tres indicaron que a veces se les duermen y hormiguean los dedos de las manos, uno indicó que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies con bastante frecuencia y uno indicó que se le duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies siempre o casi siempre.

Estos resultados indican que uno de los pacientes pasó de sentir que se les dormían y hormigueaban los dedos de las manos y los pies a veces a sentirlo nunca o casi nunca. Otro de los pacientes pasó de sentirlo a veces a sentirlo con bastante frecuencia. Lo que nos indica que hubo mejora en uno de los pacientes pero uno de los pacientes lo sintió con mayor frecuencia y su ansiedad a nivel somático en este aspecto es más alta después de la terapia grupal con la corriente cognitivo conductual. Se consideró que a algunos de los pacientes que presentaron este síntoma eran pacientes de edades entre 45 y 50 por lo que también la edad es un factor que influye en la sintomatología que los pacientes presenten.

En el ítem 15 *“Sufro dolores de estómago o indigestión”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, cinco indicaron que nunca o casi nunca sufren de dolores de estómago o indigestión, cuatro indicaron sufrir dolores de estómago o indigestión a veces, ninguno indicó sufrir de dolores de estómago o indigestión con bastante frecuencia y uno indicó sufrir de dolores de estómago o indigestión siempre o casi siempre. Estos resultados indican que la mayoría no manifiestan ningún tipo de dolor de estómago o indigestión, es decir que el grado de ansiedad a nivel somático es casi inexistente. En la segunda evaluación, de los diez sujetos seis indicaron que nunca o casi nunca sufren de dolores de estómago e indigestión, tres indicaron que sufren de dolores de estómago e indigestión a veces, ninguno indicó que sufre de dolores de estómago o indigestión con bastante frecuencia y uno indicó que sufre de dolores de estómago o indigestión siempre o casi siempre.

Estos resultados indican que hubo mejora en uno de los pacientes, pues ya no presenta dolores de estómago o indigestión. A nivel global la mayoría de los sujetos

de la muestra no sufren de dolores de estómago e indigestión, es decir que la manifestación de ansiedad a nivel somático es casi inexistente en el grupo con la ayuda del entrenamiento autógeno de Shultz mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las eferencias somáticas y viscerales correspondientes, esto actuó como beneficio ante la sintomatología de los pacientes.

En el ítem 16 *“Tengo que orinar con mucha frecuencia”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca orinan con mucha frecuencia, uno indicó orinar con mucha frecuencia a veces, dos indicaron orinar con bastante frecuencia y uno indicó orinar con mucha frecuencia siempre o casi siempre. En la segunda evaluación de los diez sujetos que conforman la muestra, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen que orinar con mucha frecuencia, tres indicaron que a veces tienen que orinar con mucha frecuencia, ninguno indicó que tiene que orinar con bastante frecuencia y uno indicó que orinar con mucha frecuencia siempre o casi siempre. Estos resultados indican que a partir de la aplicación de la terapia grupal, dos de los pacientes mejoraron pues pasaron de orinar con mucha frecuencia a orinar con frecuencia a veces y esto aumenta la población que a nivel somático no presenta niveles de ansiedad.

En el ítem 17 *“Generalmente tengo las manos secas y calientes”* en la primera evaluación, de los diez sujetos siete indicaron que nunca o casi nunca sienten las manos secas y calientes, uno indicó sentir a veces las manos secas y calientes, ninguno indico sentir las manos secas y calientes con bastante frecuencia y dos indicó sentir las manos secas y calientes siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen las manos secas y calientes, uno indicó que a veces tiene las manos secas y calientes, ninguno indicó tener las manos secas y calientes con bastante frecuencia y tres indicaron tener las manos secas y calientes siempre o casi siempre. Estos resultados indican que un paciente mejoró de la primera evaluación a la segunda

pues pasó de tener las manos secas y calientes nunca o casi nunca a tenerlas siempre o casi siempre secas y calientes. A nivel global aumenta nuestra muestra con niveles bajos de ansiedad.

En el ítem 18 *“La cara se me pone caliente y roja”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi se les pone roja y caliente la cara, tres indicaron que la cara se les pone roja y caliente a veces, ninguno indicó que la cara se le ponga caliente y roja con bastante frecuencia y uno indicó que la cara se le pone caliente y roja siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos que conforman la muestra, cinco indicaron que nunca o casi nunca se les pone la cara caliente y roja, cinco indicaron que a veces se les pone la cara caliente y roja, ninguno indicó que se le pone la cara caliente y roja con bastante frecuencia y ninguno indicó que se le pone la cara caliente y roja siempre o casi siempre. Estos resultados indican que uno de los pacientes tuvo una mejor pues ya no presenta este síntoma siempre o casi siempre como en la primera evaluación, sino solamente a veces, su nivel de ansiedad disminuyó y en la población total, la mitad sí presenta el síntoma a veces y el otro 50% no, por lo que la manifestación de la ansiedad a nivel somático en este aspecto es significativa.

En el ítem 19 *“Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche”* en la primera evaluación, de los diez sujetos, tres indicaron que nunca o casi nunca duermen fácilmente y descansan bien por la noche, cuatro indicaron que a veces duermen fácilmente y descansan bien por la noche, uno indicó que duerme fácilmente y descansa bien por la noche con bastante frecuencia y dos indicaron que duermen fácilmente y descansan bien por la noche siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos, dos indicaron que nunca o casi nunca duermen fácilmente y descansan bien por la noche, cuatro indicaron que a veces duermen fácilmente y descansan bien por la noche, uno indicó que duerme fácilmente y descansa bien por la noche con bastante frecuencia y tres indicaron que siempre o casi siempre duermen fácilmente y descansan bien por la noche. Estos resultados indican que hubo una mejoría en la segunda evaluación pues uno de los pacientes

pasó de nunca o casi nunca dormir fácilmente y descansar bien por la noche a hacerlo a siempre o casi siempre, los niveles de ansiedad disminuyeron y son leves.

En el ítem 20 “*Tengo pesadillas*” de los diez sujetos, seis indicaron que nunca o casi nunca tienen pesadillas, cuatro indicaron tener pesadillas a veces, ninguno indicó tener pesadillas con bastante frecuencia y ninguno indicó tener pesadillas siempre o casi siempre. En la segunda evaluación, de los diez sujetos que conforman la muestra, cinco indicaron que nunca o casi nunca tienen pesadillas, cinco indicaron tener pesadillas a veces, ninguno indicó tener pesadillas con bastante frecuencia y ninguno indicó tener pesadillas siempre o casi siempre. Estos resultados indican que uno de los pacientes pasó de no tener pesadillas, a presentar a veces pesadillas, lo cual nos genera que la mitad de la población, en este aspecto, tenga una manifestación leve de ansiedad a nivel somático y la otra mitad no tenga manifestación de ansiedad a nivel somático.

Debido a que los elementos físicos como, sudoración de manos, ruborización, sueño, dolor estomacal, problemas de orina, etc; son componentes de la hiperactividad vegetativa, a la hora de que un sujeto inicia el desarrollo de técnicas de relajación y de eliminación de ideas irracionales que lo mantienen en un estado de alerta, dichos componentes serán los primeros que se verán influenciados al cambio, disminuyendo así su intensidad y frecuencia que surge de manera inconsciente.

También es característico que cuando un sujeto adicto o alcohólico se encuentra cursando la etapa de mantenimiento, está menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la gente en el estado de acción. Ya que ha empezado a desarrollar todas las técnicas brindadas por el terapeuta y sus niveles de alerta disminuyen.

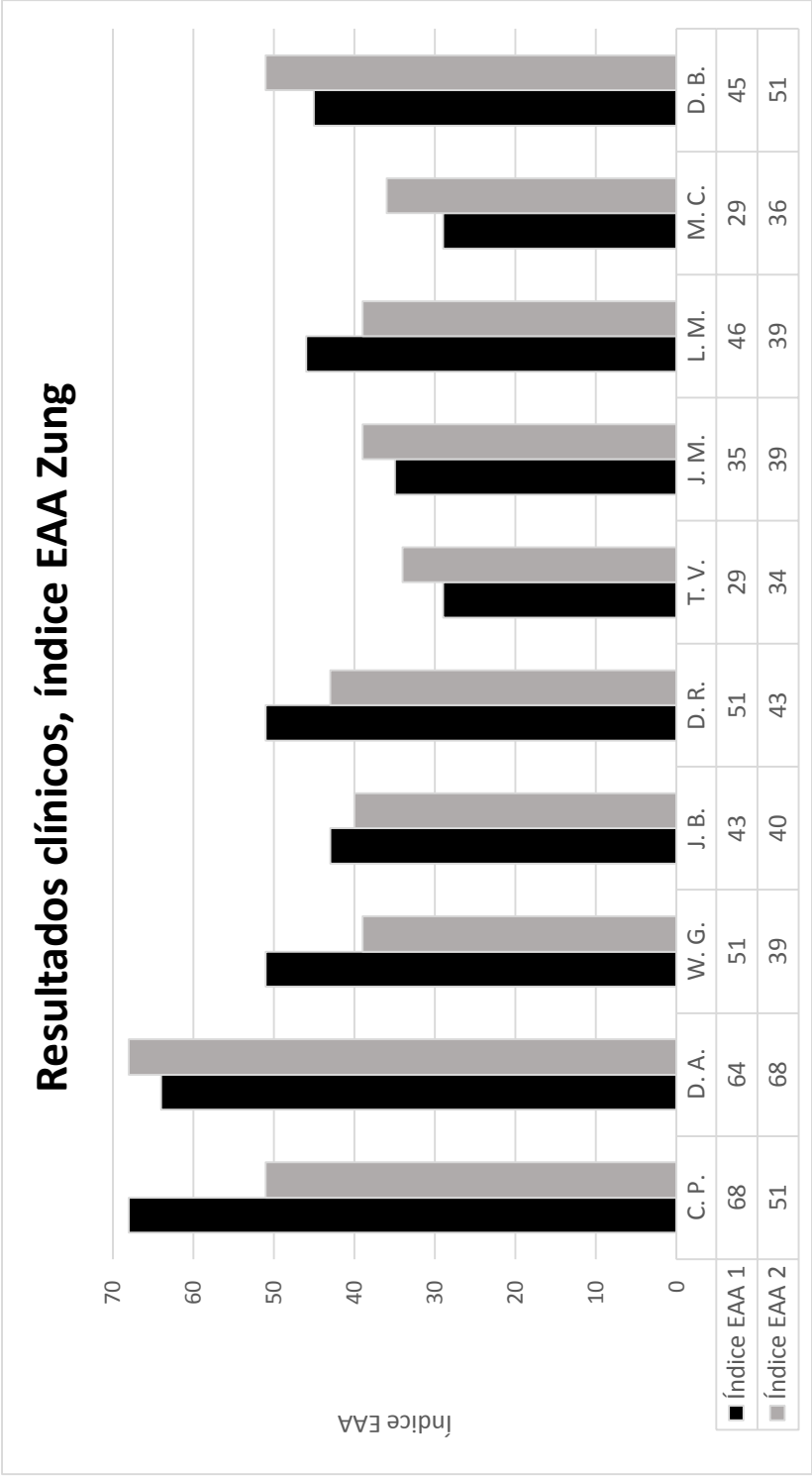
Análisis

Según los resultados clínicos del índice EAA de Zung, en la primera evaluación el paciente C.P. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 68 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad marcada y severa; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual indica la

presencia de ansiedad mínima moderada. Estos resultados indican que el paciente disminuyó 17 puntos sus niveles de ansiedad según el índice EAA, mostró mejoras después del proceso de psicoterapia grupal y ahora ya no presenta una ansiedad marcada y severa sino una ansiedad mínima modera.

En la primera evaluación el paciente D.A. de 50 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 64 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad marcada y severa; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 68 puntos, lo cual también indica la presencia de ansiedad marcada y severa. Estos resultados indican que el paciente se mantuvo en el mismo rango de Índice EAA de Zung y sus niveles de ansiedad no disminuyeron lo que demuestra poca efectividad y aceptación del tratamiento.

Gráfica 6 – “Resultados clínicos, comparativos primera y segunda evaluación, índice EAA Zung”



“Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual”

En la primera evaluación el paciente W.G. de 36 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual indica presencia de ansiedad mínima moderada; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente. Estos resultados indican que el paciente mejoró significativamente luego del tratamiento ya que sus niveles de ansiedad según el índice EAA disminuyeron 12 puntos lo cual influyó en la sintomatología de la ansiedad por completo después de la psicoterapia grupal.

En la primera evaluación el paciente J.B. de 48 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 43 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 40 puntos, lo cual indica que también se encontró dentro de límites normales sin sintomatología de ansiedad presente. Estos resultados reflejan que sus niveles de ansiedad se mantuvieron normales y disminuyeron 3 puntos en la segunda evaluación, lo que demuestra la efectividad del tratamiento.

En la primera evaluación el paciente D.R. de 22 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 43 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente. Estos resultados nos reflejan que D.R. mejoró significativamente después de la psicoterapia grupal ya que sus niveles de ansiedad disminuyeron 8 puntos y esto lo lleva a un criterio de índice EAA sin ansiedad presente.

En la primera evaluación el paciente S.V. de 42 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 29 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 34 puntos, lo cual indica que continuó

dentro de límites normales y que no presentó índices de ansiedad significativos. Estos resultados indican que, a pesar de haber aumentado 5 puntos en la escala, sigue dentro de los límites normales y no presenta ansiedad.

En la primera evaluación el paciente J.M. de 41 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 35 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos, lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente. Estos resultados indican que, a pesar de haber aumentado 4 puntos en la escala, sigue dentro de los límites normales y no presenta ansiedad.

En la primera evaluación el paciente L.M. de 34 años de edad obtuvo una puntuación en el índice EAA de 46 puntos lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 39 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente. Estos resultados indican que el paciente mejoró significativamente, sus niveles de ansiedad según el índice EAA disminuyeron 7 puntos mostrando una disminución de la ansiedad por completo después de la psicoterapia grupal.

En la primera evaluación el paciente M.C. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 29 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 36 puntos lo cual indica que se encuentra dentro de límites normales y que no hay ansiedad presente. Estos resultados indican que, a pesar de haber aumentado 7 puntos en la escala, el paciente continuó dentro de los límites normales de la ansiedad.

En la primera evaluación el paciente D.B. de 50 años de edad, obtuvo una puntuación en el índice EAA de 45 puntos, lo cual indica la presencia de ansiedad mínima moderada; en la segunda evaluación obtuvo una puntuación en el índice EAA de 51 puntos, lo cual también indica la presencia de ansiedad mínima

moderada. Estos resultados reflejan que sus niveles de ansiedad se mantuvieron moderados y a pesar de haber aumentado 6 puntos en el índice EAA, la ansiedad permanece moderada y el rango se mantuvo, sin embargo, no hubo una mejora.

De los 10 pacientes, en la primera evaluación dos presentaron en el índice EAA, presencia de ansiedad marcada a severa, cuatro presentaron en el índice EAA Presencia de ansiedad mínima moderada y cuatro indicaron encontrarse dentro de límites normales y sin ansiedad presente. En la segunda evaluación, uno presentó en el índice EAA, presencia de ansiedad marcada a severa, dos presentaron en el índice EAA presencia de ansiedad mínima moderada y siete indicaron encontrarse dentro de límites normales y sin ansiedad presente.

Después de recibir la terapia Grupal Cognitivo Conductual hubo una mejora significativa en la muestra, pues según el índice EAA en 4 pacientes que antes presentaban niveles marcados y severos de ansiedad o altos y moderados, disminuyeron su ansiedad hasta estar sin ansiedad presente. Los otros 6 mantuvieron el mismo rango en ambas evaluaciones (3 dentro de los límites normales y sin ansiedad presente, 1 con ansiedad marcada severa y 2 con ansiedad mínima moderada). Estos resultados nos indican que la terapia cognitivo conductual si es efectiva para trabajar ansiedad dentro de pacientes adictos.

Dentro de estos resultados, se puede comprobar que cuando el sujeto logra superar la etapa de desintoxicación e inicia su proceso en la etapa de recuperación, los elementos como lo son la motivación, la alianza terapéutica y la autoeficacia son indispensables, ya que la unión de los mismos como lo dice el método transteórico equipan a la persona para contrarrestar cualquier síntoma que quede como secuela del consumo. Esto a su vez permite que la persona deje de experimentar sensaciones de desagrado y refuerce un estado de tranquilidad interno. Es significativo tomar en cuenta que los periodos de autoeficacia y tranquilidad ante el consumo tienen una duración en el tiempo aproximada de seis meses a cinco años según la etapa de mantenimiento del método transteórico, esto nos da un referente de que los pacientes deben mantener una práctica constante de las herramientas brindadas dentro de la terapia ya que debido a que la ansiedad es un

factor cambiante y fluctuante en el tiempo en cualquier momento puede elevar sus índices dentro del sistema anímico y físico convirtiendo al paciente vulnerable a una recaída.

3.3.2 Análisis global comparativo

Luego de realizar un análisis global de los aspectos subjetivos de la ansiedad obtenidos dentro de la primera y segunda evaluación en pacientes adicto internos en centros de rehabilitación, se consideró de suma importancia realizar una comparación de ambos resultados tanto dentro del test de ansiedad de Zung como del grupo focal y guía de observación; esto con el fin de identificar las mejora encontradas en los pacientes luego de recibir el tratamiento y la factibilidad del uso del test de ansiedad de Zung para la medición de la ansiedad.

Como bien se mencionó en el primer análisis global; en el Centro de Rehabilitación “La Luz de Jesús” no tenían los recursos psicológicos necesarios para poder intervenir con un tratamiento adecuado y efectivo; esto nos lleva a la implementación del proceso de psicoterapia grupal al cual fue dirigida esta investigación.

En el proceso de psicoterapia grupal y la aplicación de los grupos focales fue notorio el cambio tanto de percepción, su cognición y emociones.

Síntomas afectivos

Como bien se mencionó, para poder identificar los pensamientos automáticos, las ideas irracionales, el estado de ánimo y los síntomas afectivos de la ansiedad generados por el proceso de internamiento para el tratamiento de recuperación en adicciones, se aplicó la guía del grupo focal y la guía de observación de la misma en una evaluación antes de empezar el proceso de psicoterapia grupal y otra evaluación después de haber intervenido con la psicoterapia grupal por 10 sesiones.

Los ítems del test de ansiedad de Zung que corresponden a este análisis son el número uno, dos, tres, cuatro, cinco y veinte: “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”, “Me siento atemorizado sin motivo”, “Me altero o me angustio

fácilmente”, “Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos”, “Creo que todo está bien y no me va a pasar nada malo” y “Tengo pesadillas”. Las respuestas obtenidas a cada una de éstas se presentan mediante una gráfica de barras en donde se compara obtuvo los pacientes. (Gráfica 1 y 3).

En los resultados de la primera evaluación sobre cómo se sienten al estar en el centro de rehabilitación durante el día, los pacientes tuvieron dificultades para responder sobre los sentimientos y pensamientos surgidos a partir de su internamiento, evidente en respuestas como:

“Estamos como sube y baja. A veces estoy bien positivo y a veces pues... no”.

(Paciente W.G. 23 de noviembre, 2016)

“Pues culpable señor, por las fallas que uno tiene”.

(Paciente D.B. 23 de noviembre, 2016)

Las respuestas, evidenciaron que los pacientes manifestaban significativamente sentimientos de tristeza y culpa por hechos del pasado. Horney, hace referencia a esto en su teoría sobre la personalidad, indica que la estructura del carácter no está basada en el efecto duradero de la compulsión repetitiva, esto quiere decir que la estructura del carácter es el total de las experiencias que el adulto acumula durante su vida, en la que se combinan la totalidad de los hábitos infantiles, por lo cual, tanto los sentimientos de tristeza y culpa por hechos del pasado son experiencias reales que se encuentran en dinamismo dentro del sujeto y alteran toda su estructura psíquica.

Aquí también se puede ver evidenciado, en cómo influye la ansiedad moral dentro de toda la estructura del individuo, dicha ansiedad se caracteriza por culpa, vergüenza miedo al castigo. Por lo tanto, los pacientes que fueron atendidos, en ese momento no estaban sufriendo de amenazas externas, como la exposición a la droga, amistades negativas o violencia; sino que toda la presión estaba siendo ejercida por el mundo intrapsíquico del paciente, por su mundo interno y su pasado.

A diferencia de la primera evaluación, en la segunda los pacientes tuvieron más facilidad para responder sobre sus sentimientos y pensamientos surgidos al estar en el centro de rehabilitación durante el día, lo que se expresa como:

“Bien han habido... he sentido un cambio...se han aclarado bastantes dudas que habían en mi mente.”

(Paciente J.R.B. 14 de diciembre, 2016)

“Durante el día si me siento bien... bien... con las terapias que hemos hecho, lo que he escuchado de las experiencias de los compañeros y la mía... al inicio no fue tan fácil sacarlo pero ya después viendo que los demás hablan uno lo hace para estar bien uno... eso me ha servido, me ha dejado más relajado. Ahora ya pienso las cosas un poco antes no pensaba nada, ya respiro profundo”

(Paciente J.E.M.O.R 14 de diciembre, 2016)

En la primera evaluación la interrogante dos se enfocó en indagar cómo se sentían en los últimos dos meses los pacientes, a lo cual ellos respondieron:

“Al principio antes de entrar me sentía mal, por andar como estaba en las calles. Me sentía mal emocionalmente y físicamente, me sentía triste, no me sentía querido. Físicamente me sentía cansado, débil, con los padecimientos de la goma”.

(Paciente L.F.M. 23 de noviembre, 2016)

“Mi consumo viene porque Siempre vivo en el pasado... me lo han dicho varias personas. Siento malestar porque no estoy en estados unidos, aunque estoy en mi país no me acostumbro”.

(Paciente M.R.C. 23 de noviembre, 2016)

"Decepcionado de todo... ya no quería saber nada de esa vida de drogas que llevaba".

(Paciente J.R.B. 23 de noviembre, 2016)

A pesar de que algunos expresaron sentirse tranquilos por estar ya en rehabilitación en el Centro, fue notoria su decepción por la conducta de consumo que tenían. La mayoría de los pacientes, ya habían estado años o meses anteriores en un proceso de recuperación, algunos de ellos habían estado luego de dicho proceso hasta más de veinte años abstemios al consumo, por lo cual, la reacción de decepción es muy característica dentro de la tapa de recaída de la rueda del cambio, y sin duda la recaída fue una de las características que la muestra tuvo en común.

En la segunda evaluación no se realizó esta interrogante porque esta sólo nos hacía referencia a la ansiedad que pudieran presentar antes de iniciar la terapia, no después y también porque la terapia no tuvo una duración mayor a un mes, por lo cual no cumplía con el período de tiempo planteado en dicha interrogante.

Síntomas somáticos

Los ítems del test de ansiedad de Zung que permitieron determinar los síntomas somáticos de ansiedad en los pacientes son, el número seis, siete, ocho, nueve, diez, once, doce, trece, catorce, quince, dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve: “me tiemblan los brazos y las piernas”, “sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda”, “me siento débil y me canso fácilmente”, “me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, “siento que el corazón me late a prisa”, “sufro mareos”, “me desmayo o siento que voy a desmayarme”, “puedo respirar fácilmente”, “se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies”, “sufro dolores de estómago o indigestión”, “tengo que orinar con mucha frecuencia”, “generalmente tengo las manos secas y calientes”, “la cara se me pone caliente y roja” y “me duermo fácilmente y descanso bien por la noche”. En estos ítems se indican dolores corporales y otros malestares físicos (Gráfica 1).

Se hizo uso de las respuestas ofrecidas en el grupo focal, las cuales deja en mayor evidencia de la sintomatología física de los pacientes. Las preguntas planteadas son, la pregunta número tres y cuatro: “¿Qué malestares físicos ha sentido desde que no consume drogas o alcohol?”, “¿Qué estado físico mantiene durante el día?” y “Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir?”.

En la pregunta tres, ¿Qué malestares físicos ha sentido desde que no consume drogas o alcohol? En la primera evaluación, algunas de las respuestas que los pacientes manifestaron fueron:

"Fíjese que mareos... y temblor de cuerpo... hasta el momento me quedo en las piernas".

(Paciente C.P. 23 de noviembre, 2016)

"Sentí sueño y hambre, también dolor de cuerpo y mareos".

(Paciente D.A. 23 de noviembre, 2016)

"Sentía náuseas, dolor de cuerpo... adormecimiento"

(Paciente J.E.M. 23 de noviembre, 2016)

En la segunda evaluación las respuestas fueron:

"Nada de malestar por el estilo, hasta salgo a correr y ejercitarme".

(Paciente S.G.V. 14 de diciembre, 2016)

"No, no tengo dolores para nada".

(Paciente L.F.M. 14 de diciembre, 2016)

Fue notorio el cambio presentado físicamente ante la actual ausencia de dolor o malestar después de una terapia CC. Esto se debe a que los pacientes ya habían pasado un periodo de un mes luego de su desintoxicación por lo cual, la

sensación de plenitud y la recuperación de energías se vuelve característica en esta fase de rehabilitación.

En la terapia cognitivo conductual, un factor importante es el cambio de pensamiento. En estas respuestas se puede observar un cambio total de pensamiento, los pacientes pasaron de un pensamiento negativo a un positivo, sin embargo es necesario tomar precauciones y cuidados en no creer que el paciente está en una total recuperación ya que este positivismo se puede ver influenciado por una negación a la necesidad de ayuda, puede que el paciente se encuentre aun en una etapa de pre-contemplación, y si el terapeuta no logra diferenciarlo y lo considera listo para finalizar el tratamiento, podría estar asegurando la recaída del mismo paciente.

En la interrogante cuatro “¿Qué estado físico mantiene durante el día?” en la primera evaluación, algunas de las respuestas fueron:

"Cansancio desde que deje de tomar".

(Paciente C.P. 23 de noviembre, 2016)

“Me la paso pensando mucho en el pasado... recordando” “eso me causa nostalgia”.

(Paciente M.C. 23 de noviembre, 2016)

Esta ya no se realizó en la segunda evaluación pues iba implícita en las respuestas de la pregunta tres.

Por último, en la interrogante cinco, ¿Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir? en la primera evaluación, las respuestas obtenidas de los pacientes fueron:

“ Al principio, los primeros tres días tenía malestar para dormir”.

(Paciente L.F.M. 23 de noviembre, 2016)

“No duermo bien debido a un ataque de tos que me dio desde que vine”.

(Paciente M.R.C. 23 de noviembre, 2016)

Nos confirmaron el hecho de que sí tenían sentimientos de culpa, decepción, temor o tristeza en consecuencia de su actuar. En la segunda evaluación, las respuestas obtenidas de los pacientes fueron:

“En las noches si me ayuda bastante a relajarme porque a veces como que si me quiere dar dolor de cabeza. Sueños bendito sea Dios ya no tengo, si me he sentido mejor”.

(Paciente W.G. 14 de diciembre, 2016)

“Yo caigo, haya o no haya bulla duermo bien. Yo ronco y el mundo se acabó y a dormir”.

(Paciente M.C. 14 de diciembre, 2016)

Esta categoría ha permitido conocer no solo que los pacientes manifestaban diversos síntomas físicos más allá de los descritos en el test de ansiedad de Zung, sino también permitió ver que luego de una intervención Cognitivo Conductual, esos síntomas físicos disminuyeron o se erradicaron totalmente. Esto se debe a que uno de los elementos de la terapia cognitivo conductual es la relajación, y la relajación acompañada de otras herramientas cognitivas, como la disminución de ideas irracionales y el desarrollo del perdón, brindan a los pacientes un estado de plenitud, lo cual les permite que dentro de la estructura de su personalidad, tanto el ello como el súper yo ejerzan menos presión en el yo, bajando así los niveles de tensión y permitiendo el descanso.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Según la escala clínica EAA de Zung, el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos internos en centros de rehabilitación se encuentra dentro de parámetros moderados y posibles de controlar, por lo cual se entiende que los pacientes perciben el proceso de internamiento como un desahogo y no como un castigo o un mandato impuesto a la fuerza. Esta respuesta al proceso de internamiento se ve influenciada por la edad de los pacientes, ya que, al ser completamente adultos, la decisión de ser internados es de ellos y no de los familiares.
- Los mecanismos psicoterapéuticos con mayor impacto para el manejo de la ansiedad en pacientes adictos internos en centros de rehabilitación son: el rapport como herramienta para fomentar la empatía y comunicación adecuada dentro de la relación terapéutica; confrontación directa, tanto los integrantes del grupo entre ellos mismos como con el terapeuta, una comunicación directa, clara y de confrontación es indispensable para llevar a la conciencia a los pacientes y para la reestructuración cognitiva y por último un procedimiento ordenado y sistemático con el fin de fomentar tolerancia y disciplina dentro de los hábitos de los pacientes, la terapia con un enfoque conductual ayuda a mejorar estos hábitos.
- La terapia cognitivo conductual es una corriente psicoterapéutica muy eficaz en el tratamiento de ansiedad por adicciones, ya que trabaja directamente en la modificación de pensamientos distorsionados e ideas irracionales dentro del sistema de creencias de los pacientes modificándolos en ideas racionales y pensamientos positivos y adecuados sobre sí mismos y el entorno social.
- Trabajar una metodología de terapia grupal con pacientes adictos internos en centros de rehabilitación es una forma muy eficaz para la disminución de

ansiedad, ya que al ser una metodología comunitaria los pacientes se benefician del apoyo y las experiencias de los compañeros enriqueciendo así todo el trabajo terapéutico llevado a cabo en las diversas sesiones.

- Reconocer en qué etapa de la rueda del cambio se encuentran los pacientes, es un factor indispensable al momento de abordar la ansiedad, ya que, como se sabe, esta puede ser cambiante en el tiempo y guiada por factores morales e internos de la personalidad y si no se reconoce la etapa en la que el paciente se encuentra se le puede poner en riesgo de un recaída que a su vez bloquee el tratamiento.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda que en la terapia, se tenga un periodo mínimo de 4 sesiones de rapport con pacientes que presentan problemáticas en adicciones, ya que una característica de la personalidad de estos pacientes es la suspicacia y la desconfianza lo cual, si no es bien desarrollado antes de la aplicación de cualquier test, puede afectar los resultados de las mismas pruebas aplicadas.
- Se recomienda durante la terapia, no dejar muchas tareas escritas y de redacción a los pacientes ya que ellos comentan que no son de su agrado por la misma facilidad de desesperación e inquietud de sus personalidades, en su caso, utilizar ejercicios auto-aplicables conductuales, que puedan ayudar a que mientras el paciente no esté en tiempo de terapia, pueda tener herramientas que le ayuden a poder trabajar en su propio proceso y sean funcionales para reforzar conductas que ayuden a que la terapia sea más eficaz.
- Se recomienda que en la terapia siempre que surjan diferencias o malestares entre los miembros del grupo, se motive a la comunicación de grupo antes de finalizar la sesión a fin de que los pacientes aprendan a resolver sus diferencias de forma comunicativa y no agresiva como muchas veces sucede.
- Se recomienda que la terapia se trabaje más de una sesión por semana, así los pacientes llevan la secuencia y el hilo terapéutico, no mostrando olvido o desinterés por los aspectos tanto emocionales y físicos trabajados.
- Se recomienda al Centro de Rehabilitación “La Luz de Jesús” que implementen un programa enfocado al proceso psicoterapéutico en adicciones y ansiedad de los pacientes, donde psicólogos puedan abordar los casos de cada uno de los pacientes en una terapia individual y grupal, y que puedan también habilitar espacios adecuado para este servicio ya que es un factor que influye durante la terapia.

- Se recomienda a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que puedan considerar a centros de rehabilitación como instituciones en las cuales se realicen muchos más trabajos de investigación, para que a esta población se le apoye con más frecuencia y se pueda cada vez tener más herramientas funcionales en un tratamiento de rehabilitación, pues las investigaciones realizadas serían el punto de referencia para planes de abordaje futuros que la Escuela de Psicología considere como oportunos para implementar.
- Se recomienda a la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, desarrollar temas sobre drogas, no solo ligados al aspecto neuropsicológico y farmacológico, sino también hacer énfasis en los factores psicosociales de la vida del adicto, tanto dentro como fuera de un programa de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA Y E-GRAFÍAS

- BELLO, Maria E. Reformas y políticas educativas en América Latina. Revista de *acción pedagógica*. [En línea]. 2001, no. 10. [fecha de consulta: 29 julio 2016]. Disponible en: file:///C:/Users/Karla/Downloads/Dialnet-ReformasYPolíticasEducativasEnAmericaLatina-2973210.pdf
- CUELI, José y REIDL, Lucy. Teorías de la Personalidad. Primera edición. México, D.F. : Editorial Trillas, S.A., 1972. 78–193p. ISBN: 9682402301
- DÍAZ, Guillermo. Las clases sociales en ciudad de Guatemala 1964-2002. Primera edición. Alemania : Editorial academia española, 2011. 19-30p. ISBN: 978384847364
- FINCH, Stuart M. Fundamentos de psiquiatría infantil. Primera edición. Buenos Aires : Editorial Paidós, 1973 .14–24p. ISBN: 9788475420752
- GAUTIER, Roques Rafael E. y BOEREE, George. Teorías de la Personalidad una selección de los mejores autores del Siglo XX. Primera edición. Santo Domingo : Editorial UNIBE (Universidad Iberoamericana), 2006. 1-16p. ISBN: 9789993448181
- GUIMÓN, José. Manual de terapias de grupo tipos, modelos y programas. Primera ed. España : Rogar, S.A, 2003. 25p. IBN: 8497421132
- GUZMAN, Böckler y JEAN-LOUP, Herbert. Guatemala: una interpretación histórico-social. Primera edición. México, D.F : Siglo XXI editores S.A, 1970 . 94 p.
- MARTÍN-BARÓ, Ignacio. Acción e ideología. 4ª. Edición. El Salvador : UCA editores, 1990. 78-81p. ISBN: 8484050513

- MILER William, ROLLNICK, Stephen. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 10ª Edición. Barcelona España : Editorial Paidós Iberica, 1999. p. 37-41
- MOTHNER, Ira y WEITZ, Alan. Cómo abandonar las drogas. Primera ed. Barcelona, España : Martínez Roca S.A, 1986. 185p. IBN: 8427010338
- OBLITAS, Luis Armando. Psicoterapias Contemporáneas. Primera edición. Querétaro, Qro : Servicios Editoriales 6Ns, S.A de C.V 2010. 93-108p. ISBN-13: 9789706869166
- SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ Carlos y LUCIO Pilar. Metodología de la investigación. 4ª. Ed. México D.F : Mc Graw-Hill Editores S.A, 2006. 756p. IBN: 9701057538
- SUE, David, SUE, Derald y SUE, Stanley. Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. 9ª. Ed. México D.F : Cengage Learning Editores, S.A., 2010. 255-261p. IBN: 139786074812848
- VELASCO Fernández. El consumo de Drogas: La tarea Preventiva. Primera Ed. México D.F : Editorial PROAGRAF S.A., 2011. p. 11 – 44
- YALOM Irvin. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Primera ed. New York : Paidós Ibérica S.A., 2000. 139p. IBN 844930950

ANEXOS



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS
EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”**

ANEXO 1 - PLAN PSICOTERAPÉUTICO

LUGAR: Centro de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos “La Luz de Jesús”
4ta. Avenida 8-46 zona 6 San Lucas.

GRUPO: 10 sujetos del género masculino, que presenten adicción a sustancias
licitas o ilícitas, con edades de 25 a 50 años, y tiempo de internamiento de dos
meses en adelante.

FRECUENCIAS: 1 vez a la semana por 90 minutos **DURACIÓN:** 10 sesiones.

OBJETIVO GENERAL: reducir los síntomas de ansiedad, y una comprensión
profunda de los factores que desencadenan dicha ansiedad patológica para buscar
respuestas que permitan estar en el presente con atención y tranquilidad.

Trabajo individual.

Seleccionan problemas de pacientes y se le dedican unos 20 minutos a cada
paciente; el resto escucha a menos que el terapeuta pida una intervención. ¿Qué
hubieras hecho en este caso?, ¿A alguno le ha ocurrido algo así?

Trabajo grupal

Se revisan progresos y auto-registros individuales, tareas para la semana. Se pide al
paciente que seleccione 1 o 2 situaciones para revisar su afrontamiento cognitivo-
conductual

Estructura típica de la sesión

1. introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia: técnicas cognitivas y técnicas conductuales.
2. Revisión de las tareas para casa: trabajo individual y trabajo por rondas.
3. Resumen y programación de tareas para la casa tareas individuales y tareas grupales.

SESIÓN	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	RECURSOS
01	“Conocer el trastorno”	Descripción de la ansiedad y de sus múltiples manifestaciones procesos, factores que producen ansiedad, síntomas, soluciones. Ansiedad como respuesta normal y como trastorno. Revisión de síntomas experimentados. Exposición del ‘Círculo del Pánico’; distinguir ansiedad generalizada y trastorno adaptativo. Asertividad, técnicas de resolución de problemas, autoestima, mediante prácticas de dinámica de grupos	
02	“Controlar los síntomas fisiológicos”	Técnicas de relajación de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz Técnica de la relajación muscular profunda propuesta por Jacobson nos enseña a identificar los músculos en tensión para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación. Consiste en la relajación progresiva basada en la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y en la relajación de los distintos grupos musculares a través de ejercicios de tensión/distensión³. El entrenamiento autógeno de Shultz³⁸ mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades	

		y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las eferencias somáticas y viscerales correspondientes	
03	“Restauración Cognitiva de Pensamientos Distorsionados”	Identificación de cogniciones y sus consecuencias, Modelamiento cognitivo: Conocer y ser capaces de detectar los pensamientos distorsionados básicos, especialmente los pensamientos catastróficos, y cómo intentar refutarlos.	
04	“Combatir la amenaza”	Técnica de distracción de pensamiento	
05	“Fomentar Conductas de afrontamiento”	Exposición a estímulos ansiógenos internos o externos, Importancia de no fomentar conductas de escape/evitación.	
06	“Afrontar las causas y/o los mantenedores”	Hábitos de vida saludables: Valoración de causas y mantenedores. Aportación de información y discusión del manejo de algunas de ellas como la organización del tiempo para combatir el estrés, cómo favorecer el sueño apropiado y consejos dietéticos básicos. Importancia de la toma de decisiones en la confrontación de las situaciones estresantes.	
07	“afrontar la presión social”	Habilidades asertivas básicas de afrontamiento de crítica y de expresión de malestar: Repercusión del trastorno en el entorno socio-familiar. Trabajo específico de perfeccionismo, vergüenza, culpa, irritabilidad, relajación, dejadez.	
08	“Conclusiones”	Repaso de conceptos básicos y su utilidad: Exponer cada sujeto qué considera más necesario practicar y dudas.	



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN
 CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO
 COGNITIVO CONDUCTUAL”**

ANEXO 2 - ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

ÍTEMS		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTEO
1.	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.					
2.	Me siento atemorizado sin motivo.					
3.	Me altero o me angustio fácilmente.					
4.	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
5.	Creo que todo está bien y no me va a pasar nada malo.					
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas.					
7.	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					
8.	Me siento débil y me canso fácilmente.					

9.	Me siento tranquilo y me es fácil estar me quieto.					
10.	Siento que el corazón me late a prisa.					
11.	Sufro mareos.					
12.	Me desmayo o siento que voy a desmayarme.					
13.	Puedo respirar fácilmente.					
14.	Se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15.	Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17.	Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18.	La cara se me pone caliente y roja.					
19.	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20.	Tengo pesadillas.					
				PUNTEO TOTAL:		

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN
CENTROS DE REHABILITACIÓN Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO
COGNITIVO CONDUCTUAL”**

ANEXO 3 - FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE ZUNG

Como usar la escala de autovaloración de la ansiedad (EAA)

La escala de autovaloración de la ansiedad (EAA) está destinada a medir cuantitativamente la ansiedad, por lo que proporciona un índice numérico. Es breve y fácil de aplicar, califica e interpreta. Está compuesta de 20 frases, cada una de las cuales se refiere a un síntoma o signo característico de la ansiedad. En conjunto, las 20 frases abarcan síntomas ampliamente reconocidos de la ansiedad como entidad nosológica y están divididos de la siguiente forma:

- A. Síntomas afectivos: intranquilidad, temor, angustia, desintegración mental y aprensión.
- B. Síntomas somáticos: temblores, molestias y dolores corporales, debilidad e inquietud, palpitaciones, vértigo, desmayos, disnea, parestesias, náuseas y vómito, micción frecuente, sudoración, rubor facial, insomnio y pesadillas.

Frente a las frases aparecen cuatro columnas tituladas “nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da al paciente la lista de frases y se le pide que ponga una marca en el cuadro que él considere más aplicable a su caso, de acuerdo con cómo se ha sentido durante la última semana. Para obtener la calificación de la ansiedad del paciente, se coloca la escala ya contestada bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta (e una escala de 1 a 4) en la columna de la derecha y la suma de todos ellos al pie de la página. A continuación, se convierte esta puntuación total en un índice basado en 100. Un índice bajo indica poca o ninguna ansiedad, mientras que un índice elevado indica la presencia de ansiedad clínicamente importante.

Aunque algunos pacientes proporcionarán poca información espontánea, la mayoría de ellos se mostrarán dispuestos a cooperar cuando se les pida que contesten la escala si se les dice que ésta ayudará al terapeuta a conocer mejor su caso. Las frases de la escala están escritas en el lenguaje común del paciente. A veces, un paciente preguntará cómo contestar determinada frase, estas preguntas indican generalmente que el paciente desea cooperar con el terapeuta, y deben contestarse de tal manera que el paciente pueda dar la respuesta más adecuada.

Tanto en las frases como en los títulos de las columnas se han tenido en cuenta ciertas medidas de seguridad comunes en este tipo de escalas. El paciente no podrá descubrir una pauta a seguir en sus respuestas porque algunas de las afirmaciones están expresadas en sentido positivo y otras en sentido negativo respecto a la ansiedad. Por ejemplo, la primera frase, “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre”, tiene un sentido positivo, mientras que la frase 9, “me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de los pacientes ansiosos, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. Además, se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que el paciente no pueda marcar la columna central para dar la sensación de que pertenece al término medio.

ÍTEMS		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTEO
1.	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.	1	2	3	4	
2.	Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	
3.	Me altero o me angustio fácilmente.	1	2	3	4	
4.	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.	1	2	3	4	
5.	Creo que todo está bien y no me va a pasar nada malo.	4	3	2	1	
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7.	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4	
8.	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9.	Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto.	4	3	2	1	
10.	Siento que el corazón me late a prisa.	1	2	3	4	
11.	Sufro mareos.	1	2	3	4	
12.	Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4	
13.	Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	

14.	Se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	
15.	Sufro dolores de estómago o indigestión.	1	2	3	4	
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17.	Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	
18.	La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	
19.	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	
20.	Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
PUNTEO TOTAL:						



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN
CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO
COGNITIVO CONDUCTUAL”**

**ANEXO 4 - TABLA PARA CONVERTIR LA PUNTUACIÓN TOTAL EN EL ÍNDICE
EAA**

Puntuación Total	índice EAA	Puntuación Total	índice EAA	Puntuación Total	índice EAA
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Escala para puntuar

25-44 pts	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45-63 pts	Presencia de ansiedad mínima a moderada.
64 > pts	Presencia de ansiedad marcada a severa.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

ANEXO 5 - PRIMERA GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO	CATEGORIA	ASPECTO A OBSERVAR	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE									
			C.P	D.A	W.G	J.B	D.A.R	S.G.V	J.E.M	L.F.M	M.R.C	D.B
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación	Físico	Fatiga										
		Dificultad para estar quieto – Intranquilidad										
		Crujir de dientes o Bruxismo										
		Fatiga										
		Temblor de Cuerpo										
		Inquietud Psicomotriz										
		Incapacidad de Relajarse										
		Voz temblorosa										
		Suspiros										
		Boca seca										
		Palidez										
		Rubor										
		Pupilas dilatadas										



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

ANEXO 6 - GUÍA DE PRIMER GRUPO FOCAL

Objetivo(s) investigación
• Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación.
Objetivo(s) Grupo focal
• Identificar pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias en común relacionadas con la ansiedad que los pacientes generan en el proceso de internamiento para su rehabilitación.

Nombre Moderador
Karen Gabriela Rodríguez Luna
Nombre Observador
Karla Joselyne Chávez González

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	C.P
2	D.A
3	W.G
4	J.R.B.C
5	D.A.R.S
6	S.G.V
7	J.E.M.O.R
8	L.F.M.O
9	M.R.C.V
10	D.B

OBJETIVO	PREGUNTA ESTÍMULO	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE													
				C.P	D.A	W.G	J.B	D.A.R	S.G.V	J.E.M	L.F.M	M.R.C	D.B				
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de Rehabilitación	1. ¿Cómo se siente al estar en el centro de Rehabilitación durante el día?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado	X				X									
			Tranquilo		X		X		X	X		X					
			Ansioso			X								X			
			Otro														
	2. ¿Cómo se ha sentido en los últimos dos meses?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado	X	X		X			X		X	X			X	
			Tranquilo			X											
			Ansioso					X	X								
			Otro														
	3. ¿Qué malestares físicos ha sentido desde que no consume drogas o alcohol?	Expresión afirmativa o negativa expresada inmediatamente	Sudor														
			Agitación			X											
			Irritabilidad														
			Náuseas	X	X	X		X		X		X					
			Temblor de Cuerpo	X	X												
			Temblor de voz														
			Otro										X			X	
			Ninguno				X		X								
			Tranquilidad														
			Angustia														
			Ansiedad														
			Otro	X													
	4. ¿Qué estado físico mantiene durante el día?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado										X				
			Tranquilo	X	X	X			X	X				X		X	X
			Ansioso				X	X									
			Otro														
	5. ¿Cómo se siente al llegar la noche o al dormir?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado											X			
			Tranquilo	X	X	X			X	X					X		X
			Ansioso				X	X									
			Otro														

Paciente	Pregunta 1 ¿Cómo se siente al estar en el centro de rehabilitación durante el día?	Criterio de evaluación 1	Pregunta 2 ¿Cómo se ha sentido en los últimos dos meses?	Criterio de evaluación 2	Pregunta 3 ¿Qué malestar es ha sentido desde que no consume drogas o alcohol?	Criterio de evaluación 3	Pregunta 4 ¿Qué estado físico mantiene durante el día?	Criterio de evaluación 4	Pregunta 5 ¿Cómo se siente al llegar la noche o al dormir?	Criterio de evaluación 5
C. P.	"cansado... con malestar de cuerpo"	Desesperado	"Ah mal seño... yo arrastrand o venia por alli"	Desesperado	"fijese que mareos... y temblor de cuerpo... hasta el momento me quedo en las piernas "	Temblor de cuerpo y nauseas	"cansancio desde que deje de tomar"	Otros	"si eso sí seño" "cuando acababa de ingresar me costó dormir... soñando cosas raras.. Unos muñecos bien altos... mas altos que yo"	Tranquilo
D. A.	"me siento tranquilo... sí me siento más tranquilo"	Tranquilo	"nervioso y emmm... nervioso, así" "desesperado"	Desesperado	"sentí sueño y hambre", "tambien dolor de cuerpo y mareos"	Temblor de cuerpo y nauseas	me siento tranquilo... sí me siento más tranquilo	Tranquilidad	"duermo bien. Sí, si duermo bien".	Tranquilo

W. G.	"Estamos como sube y baja" "a veces estoy bien positivo y a veces ps... no"	Ansioso	"Desde que estoy aquí... poco a poco he ido más tranquilo".	Tranquilo	"son los nervios a ley..." "uno siente ese temblor y todo al principio con la cruda".	Agitación y Temblor de cuerpo	"ya estando aquí uno se siente más cómodo y tranquilo, los primeros días son lo que cuestan"-	Tranquilidad	"caigo bien dormido" "ronco... bueno no ronco como estos"	Tranquilo
J. R. B.	"estoy cansado de esa vida de drogas" "me siento libre, tranquilo no tengo nada de ansiedades".	Tranquilo	"decepcionado de todo... ya no queria saber nada de esa vida de drogas que llevaba".	Desesperado	"físicos nada"	Ninguno	me siento libre, tranquilo no tengo nada de ansiedades.	Tranquilidad	"he tenido pesadillas en las cuales he estado consumiendo"	Ansioso
D. A. R.	"ahorita ya no siento malestar"... "sólo pesadillas sí"	Desesperado	"ps elevado... si por la droga" "activo"	Ansioso	"Dolor.. Em malestar de cabeza.. Nauseas si"	Nauseas	"ps bien... ahorita tranquilo"	Tranquilidad	"bien, solo pesadillas si tengo... ps muñecos"	Ansioso
S. G. V.	"Decidio a rehabilitarme"	Tranquilo	"yo hice del dinero mis dios, habia mucha prepotencia, opulencia.. Lo hace	Ansioso	"como bien, no me da dolor de cabeza, he salido a comprar	Ninguno	"tranquilo desde que le pedi perdon a mi padre que está internado"	Tranquilidad	"yo cuatro minutos y estoy roncando... duermo re bien"	Tranquilo

			perder a uno la razon de ser en la tierra"		algunas cosas"					
J. E. M.	"ps bien, ya con los dias se me ha pasado".	Tranquilo	"me sentia en onda, como super heroes, debido que aun estaba bajo efecto de la droga"... "yo era la gran diabla.. Era de todo". "Luego de los efectos me sentia fatal...dice uno... preferiria morirme"	Desesperado	"sentia nauseas, dolor de cuerpo... adormecimiento"	Nauseas	"ps bien... ahorita solo las piernas me han estado molestando" "las piernas como que me las tuvieran presionadas"...	Angustia	"los primeros dias me costó dormir... ahora ya no tanto".	Tranquilo

L. F. M.	“ya estando acá me sentí mejor, comencé a sentir el cambio en mi cuerpo, con hambre”.	Tranquilo	“al principio antes de entrar me sentía mal, por andar como estaba en las calles”. “Me sentía mal emocionalmente y físicamente” “me sentía triste, no me sentía querido”. “físicamente me sentía cansado, débil, con los padecimientos de la goma”.	Desesperado	“Al principio sentía náuseas por la goma”	Náuseas	“me siento bien, ahora ya duermo tranquilo”	Ninguno	“al principio, los primeros tres días tenía malestar para dormir”.	Desesperado
M. R. C.	Aquí estoy me siento bien... no estoy nervioso o con ganas de echarme un trago... no”	Tranquilo	“mi consumo viene porque Siempre vivo en el pasado... me lo han dicho varias	Desesperado	“Solo malestar que me causó el ácido úrico después de haber tomado tanto”	Otros	“me la paso pensando mucho en el pasado... recordando” “eso me causa nostalgia”	Angustia	“no duermo bien debido a un ataque de tos que me dio desde que vine”.	Desesperado

			personas" "siento malestar porque no estoy en estados unidos, aunque estoy en mi país no me acostumbr o".							
D. B.	ps culpable seño, por las fallas que uno tiene.	Ansioso	"cambios de repente en el carácter" "muy apenado.. Verdad..."	Desesperado	"si, puede ser mas el... movimien to de mi cuerpo". "como se llama... movimien to de la cabeza".	Otros	ya por el momento me siento muy bien.	Tranquilidad	"cuando ingrese quiera que no... las primeras dos noches no me agarraba sueño" "ya por el momento me siento muy bien."	Tranquilo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano CUM
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

ANEXO 7 - SEGUNDA GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO	CATEGORIA	ASPECTO A OBSERVAR	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE									
			C.P	D.A	W.G	J.B	D.A.R	S.G.V	J.E.M	L.F.M	M.R.C	D.B
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación	Físico	Sudoración										
		Dificultad para estar quieto – Intranquilidad										
		Crujir de dientes o Bruxismo										
		Fatiga										
		Temblor de Cuerpo										
		Inquietud Psicomotriz										
		Incapacidad de Relajarse										
		Voz temblorosa										
		Suspiros										
		Boca seca										
		Palidez										
		Rubor										
		Pupilas dilatadas										

	Cognitivo	Dificultad para Concentrarse											
		Anticipación de acontecimientos negativos											
		Dificultad para recordar – Mala memoria											
	Conductual	Evade preguntas											
		Realiza movimientos repetitivos											
		Más movimientos de los habituales											
		Movimientos Torpes											
		Llanto fácil											
		Irritabilidad											
		Pérdida de interés											
		Cambios de humor											
		Tics											
		Ceño fruncido											

INEXISTENTE	
MODERADO	
EXCESIVO	

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Centro Universitario Metropolitano CUM
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS



“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES MASCULINOS ADICTOS INTERNOS EN CENTROS DE REHABILITACION Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL”

ANEXO 8 - GUÍA DE SEGUNDO GRUPO FOCAL

Objetivo(s) investigación
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de rehabilitación.
Objetivo(s) Grupo focal
Identificar pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias en común relacionadas con la ansiedad que los pacientes generan en el proceso de internamiento para su rehabilitación.

Nombre Moderador
Karen Gabriela Rodríguez Luna
Nombre Observador
Karla Joselyne Chávez González

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	C.P
2	D.A
3	W.G
4	J.R.B.C
5	D.A.R.S
6	S.G.V
7	J.E.M.O.R
8	L.F.M.O
9	M.R.C.V
10	D.B

OBJETIVO	PREGUNTA ESTÍMULO	CRITERIO DE ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTOS OBSERVADOS POR PACIENTE									
				C.P	D.A	W.G	J.B	D.A.R	S.G.V	J.E.M	L.F.M	M.R.C	D.B
Identificar el nivel de ansiedad que generan los pacientes adictos en su proceso de Rehabilitación	1. ¿Cómo se siente al estar en el centro de Rehabilitación durante el día después de llevar el proceso de psicoterapia grupal ?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado					X					
			Tranquilo	X	X	X	X		X	X	X	X	X
			Ansioso										
			Otro										
	3. ¿Qué malestares físicos ha sentido después de llevar el proceso de psicoterapia grupal	Expresión afirmativa o negativa expresada inmediatamente	Sudor										
			Agitación										
			Irritabilidad										
			Náuseas										
			Temblor de Cuerpo										
			Temblor de voz										
			Otro		X		X	X				X	
			Ninguno	X		X			X	X	X		X
	5. ¿Cómo se siente al llegar la noche o al dormir después de llevar el proceso de psicoterapia grupal?	Expresión inmediata expresada verbalmente	Desesperado				X	X					
			Tranquilo	X	X	X			X	X	X	X	X
			Ansioso										
			Otro										

Paciente	Pregunta 1 ¿Cómo se siente al estar en el centro de Rehabilitación durante el día desde que lleva el proceso de psicoterapia?	Criterio de evaluación 1	Pregunta 2 ¿Qué malestares físicos ha sentido desde que lleva el proceso de psicoterapia?	Criterio de evaluación 2	Pregunta 3 ¿Cómo se siente al llegar la noche o al momento de dormir?	Criterio de evaluación 3
J. R. B.	Bien ha habido... he sentido un cambio...se han aclarado bastantes dudas que habian en mi mente.	Tranquilo	No he tenido malestares, no he sentido malestares.	Ninguno	Bien tranquilo, tranquilo... bastante liberado de todo. Yo me duermo despues del almuerzo incluso mis dos horas. Me duermo a la hora que llegue.	Tranquilo
D. A.	Yo bien, ya no ando buscando las calles ahora ni deseando eso.	Tranquilo	Si, dolor de las manos y piernas... si, he practicado los ejercicios que me han dado.	Otros	A veces me siento aburrido y con sueño pero no me cuesta dormir.	Tranquilo
W. G.	Aun desde que entre yo me empece a sentir mejor porque ya no duermo en las calles, pero si en realidad me han ayudado las plasticas que hemos hecho... si ayuda, una de las cosas que me ha ayudado es, respirar mucho uando me siento muy enojado... no le habia puesto tanta importancia a eso de la relajacion pero en las noches si me ayuda bastante a relajarme por que aveces como que si me quiere dar dolor de cabeza. sueños benditoos ea Dios ya no tengo, si me he sentido mejor.	Tranquilo	Siempre sigo tranquilo, ya me estan echando la mano... me atienden mejor desde que hablamos.	Ninguno	En las noches si me ayuda bastante a relajarme por que aveces como que si me quiere dar dolor de cabeza. sueños bendito sea Dios ya no tengo, si me he sentido mejor.	Tranquilo

C. P.	Ps bien seño, fijese que ha habido un cambio, aunque muy rara vez todavia me desespero uno esta acostumbrado a estar en la calle, es como que encierran a un pajarito en una jaula.	Tranquilo	Aun tengo un dolor en las piernas aun estaba antes de que ustedes vinieran y para ser sincero aun no he hecho todos los ejercicios que nos dejaron.	Otros	Ya no sueño fijese, aveces aun me cuesta reconciliar el sueño, veces no duermo... en el día me da sueño y allí tomo una siesta.	Desesperado
D. A. R.	Aveces me desespero, tengo altibajos me dan ganas de irme.. Trato de distraer esos pensamientos.	Desesperado	Dolor de cabeza he tenido, no lo tenía antes de iniciar las terapias.	Otros	En las noches me siento muy agotado, me cuesta conciliar el sueño y me siento desesperado... aveces tomo pastillas.	Desesperado
S. G. V.	Bien, normalmente me he sentido bien desde que vine... lo que si he ido cambiando con el proceso es un poco mi carácter...estamos relajaditos todos aquí.	Tranquilo	Nada de malestar por el estilo, hasta salgo a correr y ejercitarme.	Ninguno	Yo siento que duermo tranquilo señorita. Porque hasta ronco, sueño a mi papa pero lo sueño bien. No como antes que tenía sueños con mala interpretación.	Tranquilo
J. E. M.	Durante el día si me siento bien... Bien... con las terapias que hemos hecho, lo que he escuchado de las experiencias de los compañeros y la mía... al inicio no fue tan fácil sacarlo pero ya después viendo que los demás hablan uno lo hace para estar bien uno... eso me ha servido, me ha dejado más relajado. ahora ya pienso las cosas un poco antes no pensaba nada, ya respiro profundo.	Tranquilo	Malestar físico ahora mmm, ninguno ahorita estoy bien, tranquilo solo los achaques de la edad pero eso es normal, jajaja.	Ninguno	Ps también tranquilo, cuando no hago actividad física en el día si me cuesta un poco pero la rutina de ejercicio me ha ayudado, cuando los compañeros no dejan dormir la consecuencia uno se levanta de mal humor.. Se le alteran a uno los nervios.	Tranquilo

L. F. M.	Ahora me siento bien señorita, mas tranquilo con menos cargas tengo mas claro que hare al salir.	Tranquilo	No, no tengo dolores para nada.	Ninguno	Ps yo duermo bien no tengo malestar.	Tranquilo
M. R. C.	Lo que es emocionalmente, psicologicamente... me siento bien aquí. Ahora estoy ocupado busco hacer cosas en la cocina o poner agua. Mi mente ahora está ocupada no pienso en que me quiero ir... nos encontramos a nosotros mismos y tratamos de ayudarnos unos a otros. me gusta el lugar que no está uno encerrado. A mi me llena la naturaleza, estar entre arboles.	Tranquilo	Yo desde que vine al principio me sentia mal porque me dio una gran tos, pero desde que Sali de eso mejor, el acido urico tambien me esta molestando un poco.	Otros	Yo caigo, haya o no haya bulla duermo bien. Yo ronco y el mundo se acabo y a dormir.	Tranquilo
D. B.	Ps ya me siento más tranquilo con deseo de estar con mi familia y en mi trabajo.	Tranquilo	No no tengo ningun malestar.	Ninguno	Ps con los compañeros no dejan dormir aveces pero de lo contrario muy bien seño.	Tranquilo