

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIDAD DE GRADUACIÓN  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS  
OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS  
DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD”**

**MARÍA JOSSÉ ARTOLA SANTIAGO  
GUATEMALA, AGOSTO DE 2013**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIDAD DE GRADUACIÓN  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPS-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS  
OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS  
DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD”**

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

**POR**

**MARÍA JOSSE ARTOLA SANTIAGO**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA**

**GUATEMALA, AGOSTO DE 2013**

**CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Licenciado Abraham Cortez Mejía  
DIRECTOR**

**M.A. María Iliana Godoy Calzia  
SECRETARIA**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño  
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**María Cristina Garzona Leal  
Edgar Alejandro Cordón Osorio  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano  
REPRESENTANTE DE EGRESADOS.**



C.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 14-12  
CODIPs. 1361-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

14 de agosto de 2013

Estudiante  
María Jossé Artola Santiago  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º) del Acta TREINTA Y TRES GUIÓN DOS MIL TRECE (33-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 07 de agosto de 2013, que copiado literalmente dice:

**“TRIGÉSIMO SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**María Jossé Artola Santiago**

**CARNÉ No.2008-21128**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Alejandra Artola Santiago y revisado por el Licenciado Erwin Antonio Monterroso Rosado. 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”

M.A. María Iliana Godoy Calzia  
SECRETARIA



Gaby



CIEPs. 537-2013  
REG 014-2012  
REG 425-2012

Guatemala, 02 de agosto 2013

**SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

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

**“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS  
OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS DE 20 A 35 AÑOS DE  
EDAD.”**

**ESTUDIANTE:  
María Jossé Artola Santiago**

**CARNÉ No.  
2008-21128**

**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 11 de julio del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Licenciado Erwin Antonio Monterroso Rosado  
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala 15 de enero de 2013

Licenciado:

Marco Antonio García Enríquez.

Coordinador Centro de Investigaciones en

Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”

CUM

Estimado Licenciado Marco Antonio:

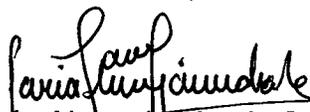
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD” realizado por la estudiante MARÍA JOSSE ARTOLA SANTIAGO, CARNÉ 200821128.

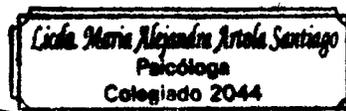
El trabajo fue realizado a partir DEL 10 de febrero de 2012 HASTA EL 10 de enero de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

  
Licenciada María Alejandra Artola Santiago  
Psicóloga.



Colegiado No. 2044

Asesor de contenido.



TEEN CHALLENGE  
GUATEMALA

*"De modo que si alguno está en Cristo, nueva criatura es; las cosas viejas pasaron; he aquí todas son hechas nuevas."  
II Corintios 5:17*

Guatemala, 12 de Octubre del 2012.

Licenciado:  
Marco Antonio García Enríquez,  
Coordinador  
Centro de Investigación en Psicología-CIEPs-"Mayra Gutiérrez"  
Presente.

Licenciado García:

Es una bendición el poder dirigirnos a usted deseando que cada una de sus actividades se realice con éxito.

DESAFIO JUVENIL, fundado en 1985, es un ministerio cristiano para ayudar a jóvenes y adultos con problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia. Es de carácter social no lucrativo.

Le informo a usted que en nuestro Centro Cristiano de Rehabilitación DESAFIO JUVENIL, se llevó a cabo el TRABAJO DE CAMPO de la investigación titulado:

**"TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS  
OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD"**

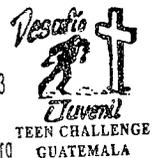
Dicho trabajo de campo se llevó a cabo del 17 de Septiembre al 12 de Octubre del 2012.

De la estudiante:  
MARIA JOSSÉ ARTOLA SANTIAGO con número de carné 200821128.

Atentamente:

José Eduardo Flores  
Sub-Director  
Desafío Juvenil

9a. Calle 12-85, Zona 11  
Col. Roosevelt, Guatemala  
Tels.: 2471-1197 - 2471-6753  
desafio@inteln.net.gt  
www.teenchallengeguatemala.org



*Un ministerio cristiano para alcanzar a jóvenes con problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia.*

9a. calle 12-85, Zona 11, Colonia Roosevelt, Guatemala, C.A.  
Tels: 2471-1197 2471-6753 E-mail: desafio@inteln.net.gt y teenchallenge.guatemala@gmail.com

## **PADRINOS**

MARÍA ALEJANDRA ARTOLA SANTIAGO. LICDA. EN CIENCIAS  
PSICOLÓGICAS.  
COLEGIADO ACTIVO 2,044.

NANCY ROXANA ARTOLA SANTIAGO. LICDA. EN CIENCIAS JURÍDICAS Y  
SOCIALES, ABOGADA Y NOTARIA.  
COLEGIADO ACTIVO 12,619

ERICK DONALDO ARTOLA SANTIAGO. LIC. EN CIENCIAS JURÍDICAS Y  
SOCIALES, ABOGADO Y NOTARIO.  
COLEGIADO ACTIVO 10,273

## **ACTO QUE DEDICO**

### **A DIOS:**

Por ser el ser supremo que siempre me ha guiado, y llenado de fortaleza, sabiduría, y de muchas bendiciones, como lo es el día de hoy que estoy alcanzando una metas más en mi vida.

### **A MIS PADRES:**

Erick Rolando Artola García, Aura Marina Santiago y Elvia Santiago Buenafé que son lo más preciado de mi vida, este triunfo se los dedico a ellos en especial, porque siempre incondicionalmente me han apoyado y brindado su amor, siendo ejemplo de perseverancia en mi vida.

### **A MIS HERMANOS:**

Donaldo, Yeimi, Nancy, Fernanda y María Alejandra por ser ejemplo, de seguir sus pasos y alcanzar las metas como ustedes lo han logrado, gracias por el apoyo y cariño que siempre me han mostrado.

### **A MIS SOBRINITOS:**

Josué Alejandro, Luisa Fernanda, Sofía Valentina que son dos angelitos que llenan de alegría y amor a mi familia.

### **A MIS AMIGOS:**

Gracias por el apoyo incondicional que siempre me han brindado durante estos años.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Licda. María Alejandra Artola Santiago, a la Licda. María de Lourdes Hun Cacao, al Lic. Erwin Antonio Monterroso Rosado que durante el proceso me brindaron de su apoyo incondicional, guiándome a través de la experiencia y conocimiento profesional, para poder culminar el proceso de investigación satisfactoriamente.

Deseo agradecer de igual manera a la institución Desafío Juvenil, ya que me abrieron las puertas para que pudiese realizar mi trabajo de campo sin ponerme ningún tipo de obstáculo, brindándome desde el primer día atención, amabilidad y accesibilidad a la información, como lo fue el señor Jonhy y el sub director José Flores, a los pacientes que colaboraron conmigo, que son personas amables, buenas, mostrando perseverancia cada día para vencer la adicción del alcoholismo.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>PRÓLOGO</b>	
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO---</b>	4
<b>1.1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA-----</b>	4
<b>1.1.2. MARCO TEÓRICO-----</b>	5
<b>1.1.2.1. ALCOHOLISMO Y SU ADICCIÓN-----</b>	5
1.1.2.1.1. Problemas familiares-----	5
1.1.2.1.1.1. Influencias sociales-----	6
1.1.2.1.1.2. Problemas emocionales-----	6
1.1.2.1.2. Factores que desencadenan culpa generada por el alcoholismo-----	7
1.1.2.1.3 Pautas para el consumo-----	8
1.1.2.1.4 Síndrome de abstinencia del alcohol-----	9
1.1.2.1.5 Problemas psicológicos asociados al consumo de alcohol-----	10
1.1.2.1.6 Rasgos de personalidad-----	10
1.1.2.1.7 Trastornos psicopatológicos-----	10
<b>1.1.2.2. ALCOHOLÍSMO EN GUATEMALA-----</b>	12
1.1.2.2.1. Factores de riesgo-----	13
1.1.2.2.2. Marco legal-----	15
1.1.2.2.3. Marco institucional-----	16

1.1.2.2.4.	Institucionalidad gubernamental-----	16
1.1.2.2.4.1	Institucionalidad no gubernamental-----	18
<b>1.1.2.3.</b>	<b>PERFIL DEL ALCOHÓLICO-----</b>	<b>18</b>
<b>1.1.2.4.</b>	<b>TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL-----</b>	<b>19</b>
1.1.2.4.1.	Abordaje psicoterapéutico del alcohólico-----	22
1.1.2.4.2.	Modelo cognitivo en el tratamiento de las adicciones---	23
1.1.2.4.3.	Manejo de culpa a través del abordaje Cognitivo Conductual-----	27
<b>1.1.2.5</b>	<b>ABORDAJE DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA-----</b>	<b>28</b>
1.1.2.5.1	Experiencias de abstinencia a lo largo del proceso de cambios desde el consumo a la abstinencia-----	28
1.1.2.5.2	Abstinencia motivada por coacción externa-----	29
1.1.2.5.3	Abstinencia organizada con dificultades para introducir el cambio-----	30
1.1.2.5.4	Abstinencia organizada con dificultades para organizar un proyecto a largo plazo-----	31
<b>1.1.2.6</b>	<b>TÉCNICAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS-----</b>	<b>33</b>
<b>1.1.2.7</b>	<b>FIN DEL PROCESO TERAPÉUTICO-----</b>	<b>37</b>
<b>1.1.3</b>	<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO-----</b>	<b>38</b>
1.1.3.1	Hipótesis de trabajo u operacional-----	38
1.1.3.2	Definiciones conceptuales y operacionales de las variables-----	38
1.1.3.3	Variable independiente -----	38

1.1.3.3.1	Variable dependiente -----	38
1.1.3.3.2	Tabla de categorías, indicadores y técnicas de recolección de datos-----	38
1.1.4	DELIMITACIÓN-----	39

## **CAPÍTULO II**

### **2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

2.1.	<b>TÉCNICAS</b> -----	41
2.2.	<b>INSTRUMENTOS</b> -----	44

## **CAPÍTULO III**

### **3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

3.1.	<b>CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN-</b>	47
3.1.1.	Características del lugar-----	47
3.1.2.	Características de la población-----	48
3.2.	<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b> -----	49

## CAPÍTULO IV

### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

<b>4.1 CONCLUSIONES</b> -----	68
<b>4.2 RECOMENDACIONES</b> -----	69
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> -----	70
<b>ANEXOS</b> -----	74
- Propuesta de programa dirigida a la institución Desafío Juvenil para el tratamiento de pacientes con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo-----	75
- Entrevista semiestructurada dirigida al personal de la institución.-----	78
- Entrevista semiestructurada dirigida a pacientes de la institución.-----	80
- Actividades Observadas-----	82

## **RESUMEN**

### **“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS EFECTOS OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN PERSONAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD”**

**AUTORA:** María Jossé Artola Santiago.

La investigación tuvo como objetivo general identificar el factor desencadenante del sentimiento de culpa generada por el alcoholismo en personas de 20 a 35 años, de igual manera la investigación contó con objetivos específicos los cuales fueron definir el sentimiento de culpa por el alcoholismo, describir la sintomatología que presenta el paciente, analizar el factor desencadenante del sentimiento de culpa y proponer técnicas psicológicas, para el abordaje, basadas en terapia cognitivo conductual para el abordaje del sentimiento de culpa generada por el alcoholismo. Los problemas observados en la investigación fueron los altos índices de consumo de alcohol a temprana edad, desencadenando problemas en las esferas personal, laboral, social y familiar del paciente, siendo esta última el factor desencadenante del sentimiento de culpa generada por el alcoholismo debido a la carencia afectiva del núcleo primario, generando sentimientos negativos que obstaculizan la rehabilitación y reinserción social de la persona. Las interrogantes que se plantearon fueron ¿Qué es el sentimiento de culpa? ¿Cuáles son los síntomas que presenta el paciente? ¿Cuál es el factor desencadenante del sentimiento de culpa? ¿Cuáles son las técnicas que se proponen para el abordaje del sentimiento de culpa? Las categorías que se manejaron fueron: La terapia Cognitivo Conductual, basada en modificación de pensamientos y conductas, reduce el sentimiento de culpa y consumo de alcohol, identificando los sentimientos negativos y estableciendo metas, para su pronta recuperación. Los instrumentos utilizados para recolectar información fueron: observación participativa, entrevista semiestructurada y testimonios. La investigación tuvo como población 12 pacientes con problemas de alcoholismo, el trabajo de campo fue en el centro Desafío Juvenil.

## PRÓLOGO

El alcoholismo es una adicción o dependencia que tiene consecuencias graves en la vida real del alcohólico, deteriorando y afectando negativamente las esferas: laboral, social, emocional y familiar, detonando así sentimiento de culpa.

La investigación se enfocó en el tratamiento en los efectos ocasionados por el alcoholismo, abordados por la terapia cognitivo conductual. Por ello se trabajó en el centro de rehabilitación Desafío Juvenil, donde abordan diferentes tipos de adicciones, entre ellas el alcoholismo.

Con la terapia Cognitivo Conductual, se pretende mejorar las capacidades cognitivas y de comportamiento de los paciente para poder cambiar el consumo de alcohol y lograr mantener la abstinencia. De esta manera, el paciente identificará las situaciones en las que se presenta el riesgo de volver a hacer uso de la sustancia y de esta forma podrá evadirlas y combatirlas, reduciendo el sentimiento de culpa, y mejorando en las diferentes áreas de su vida.

Las problemáticas encontradas fueron: sentimiento de culpa en los pacientes al no poseer motivación de su núcleo primario, teniendo como consecuencia el surgimiento de sentimientos como la soledad al carecer de apoyo de sus pares, enojo con ellos mismos, al darse cuenta que lo han perdido todo, tristeza al ver que las personas no depositan confianza en ellos, impotencia de no poder controlar la ingesta excesiva de alcohol. La mayoría del tiempo los alcohólicos manifiestan sentirse señalados por las demás personas, por el hecho de estar en un centro de rehabilitación, cerrándoles así la posibilidades una reinserción social satisfactoria.

Las causas de las adicciones a sustancias son múltiples, variables y con interacción entre sí. En la terapia Cognitivo Conductual, es útil para entender el abuso continuado de alcohol, la tendencia a su recaída y la explicación de las áreas en que se puede efectuar una intervención. Teniendo como objetivo primordial, que el paciente adquiera las habilidades necesarias para el manejo de los problemas emocionales en su vida por sí mismo.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

#### 1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La terapia cognitivo conductual se adecua al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo?

El consumo ilegal de drogas psicoactivas como el alcohol en Guatemala ha ido creciendo en nuestra población en los últimos años, ya que los consumidores, inician a edades muy tempranas, incrementando en la edad adulta, por lo cual se ve perjudicada la integridad y calidad de vida de las personas, desencadenando de esta manera que las personas se aíslen de la sociedad, teniendo como consecuencias negativas el rechazo de las demás personas.

Las causas del alcoholismo son muy variadas, ya que influyen problemas sociales tan variados como el delito, el desempleo, la salud, los problemas familiares, siendo este último determinante ya que la situación familiar distorsionada es un desencadenante negativo e insta a la persona a beber de una manera excesiva. La adicción al alcohol posee aspectos culturales importantes desde el momento en que el consumo es lícito y la publicidad y la permisibilidad aumentan el número de consumidores.

Uno de los factores más importantes que desencadena el alcoholismo en las personas es el sentimiento de culpa. Ya que el adicto ha sido desde siempre una persona señalada, acusada, humillada y avergonzada constantemente.

Lo que ha desarrollado un reflejo condicionado en torno a la culpa. Pero lo más terrible del caso es que su más implacable acusador resulta ser él mismo.

Los alcohólicos manifiestan pensamientos recurrentes sobre la culpa, siendo objeto de reclamos de los demás. La familia del alcohólico se avergüenza de él, no se habla del problema en público, pero en privado siempre lo están agrediendo y humillando.

La investigación enfocada en Terapia Cognitivo Conductual en la que las intervenciones con personas alcohólicas, abordan el problema potencial y motivan al individuo a enfrentar la adicción sobre el abuso del alcohol, basándose por procedimiento de comunicación verbal y emocional, teniendo como resultado la pronta rehabilitación del adicto y la reinserción social

## **1.1.2 MARCO TEÓRICO**

### **1.1.2.1 EL ALCOHOLISMO Y SU ADICCION**

El alcohólico crea la dependencia hacia la bebida, causando la suscitación de problemas crecientes en su vida. El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento. Las causas que llevan a jóvenes y adultos al alcoholismo son diversas, los principales factores encontrados son:

#### **1.1.2.1.1 Problemas familiares**

El conocimiento de la dinámica familiar, resulta fundamental, existen casos en que la familia ha retirado su contacto y afecto al paciente alcohólico<sup>1</sup>. Lo que se ha traducido en graves consecuencias de marginación para éste.

---

<sup>11</sup> De la garza, Fidel. "La juventud y las drogas: guía para...". Primera edición. Editorial Trillas. México D.F 1983. Pág. 73.

Además, la familia se enferma junto con el alcohólico, tanto nivel individual como familiar, es una de las metas de la psicoterapia.

Caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer o poder dejarla, a veces los adolescentes optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono.

El tiempo que persista el efecto de la droga en su organismo, es equivalente al del abandono de sus problemas, después, todo vuelve a la realidad, las situaciones preocupantes siguen ahí e incluso aumentan por la adicción generada.

#### **1.1.2.1.1.1 Influencias sociales**

Las personas recurren al alcohol cuando se presentan problemas en su alrededor. Por querer estar en algún círculo social ingieren alcohol para ser como ellos, imitarlos, solamente para ser aceptados, caer en la influencia social.

La cultura del alcohol ha provocado que las bebidas que lo contiene constituyan una herramienta más que el sujeto debe utilizar para el desarrollo “óptimo” de sus relaciones sociales, pero nada dice sobre las consecuencias negativas del alcoholismo<sup>2</sup>.

#### **1.1.2.1.1.2 Problemas emocionales**

A medida que los adictos empiezan a acumular problemas (en el trabajo, hogar, socialmente), inevitablemente comienzan a negar dos cosas. Que el

---

<sup>2</sup> De la Garza, Fidel. Op. Cit., 59.

alcohol o actividad en cuestión constituya un problema que no pueden controlar. Que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso del alcohol o actividad.

Como la negación es un proceso mental ficticio, negar la propia adicción o sus consecuencias significan, literalmente, estar fuera de contacto con la realidad.

La negación asume muchas formas:

- Negar terminantemente: No, yo no tengo ningún problema.
- Minimizar: No es tan grave
- Evitar el tema por completo (ignorarlo, negarse a abordarlo o desviar la atención a otro tema)
- Culpar a otros: Quién no haría esto en mi situación
- Racionalizar: “Lo mío no es tan grave”, Yo no estoy tan enganchado.

#### **1.1.2.1.2 Factores que desencadenan la culpa generada por el alcoholismo**

La culpa generada por el alcoholismo en las personas se desencadena por factores que tienen relevancia en el constante consumo del alcohol. Los estados de ánimos negativos que presenta el alcohólico desencadenan agresiones, desorden público, conflictos raciales, de marginación, problemas familiares.

Cuando el paciente incrementa el consumo de alcohol, incrementa el sentimiento de culpa, esto lo puede inducir a deteriorar las relaciones íntimas y perder las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más alcohol como "solución".

Cuando surgen los problemas en la vida de las personas como regaños, golpes, desconfianza, incompreensión, conflictos económicos en la familia, padres adictos o divorciados, dificultad de aprendizaje escolar, etc.), reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres, amigos o conocidos. Estas personas buscan la manera de que no les afecte gravemente en su estado emocional y utilizan una forma de salir de ellos con ayuda de una adicción

De igual manera todo tipo de relaciones se ven afectadas por el sentimiento de culpa que genera el alcoholismo en la persona ya que la relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

En el área laboral la persona cuando una persona es adicta al alcohol suele restarle tiempo a su trabajo para buscar beber alcohol, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo, trayendo como consecuencia sentimientos de culpa hacia sí mismos.

### **1.1.2.1.3 Pautas de consumo**

Las pautas de consumo en el mundo adolescente y juvenil han sufrido una serie de cambios durante los últimos tiempos, y además, se han ido configurando unas características peculiares, propias de este grupo de edad, alejadas del modelo adulto y tradicional de consumo

Así podemos destacar como características principales de este grupo de edad en su relación con la adicción alcohólica:

- Búsqueda de nuevos motivos para el consumo, destacando sobre todo la afectación en la esfera psicoactiva de la personalidad. Evasión de lo cotidiano, conseguida mediante la embriaguez, bebiéndose más alcohol y de más graduación.

- Concentración de los períodos de bebida durante el fin de semana o períodos festivos, con incremento de "borracheras", y lo que ello conlleva como alteraciones del orden público o accidentes de tráfico.
- Progresivo descenso de la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, que según algunos estudios, se localiza sobre los 12 años, aunque es en torno a los 16 años donde se produce una modificación de las pautas de consumo.
- La cerveza (entre semana) y las bebidas de alta graduación "combinados" (los fines de semana) encabezan el ranking de bebidas preferidas entre los jóvenes.
- En el entorno adolescente y juvenil el consumo de alcohol se suele producir fuera de casa y en espacios donde se producen las relaciones sociales de los jóvenes. Así mientras el consumo se produce en lugares donde hay relaciones entre iguales, hay una ausencia de consumo en el contexto familiar.
- Las creencias predominantes sobre el alcohol siguen destacando sus "efectos positivos" como hemos visto anteriormente, dejando los aspectos negativos "para los demás"("eso no me pasará a mí").

#### **1.1.2.1.4 Síndrome de abstinencia de alcohol**

. El síndrome de abstinencia de alcohol suele presentar de una manera crónica pensamientos suicidas, hostilidad, agresividad, y odio están presentes en el alcohólico ya que no puede beber, pueden recaer en la delincuencia para seguir con la adicción.

El alcohólico en la etapa de abstinencia suele presentar conflictos internos y temores, sentimientos de abandono, soledad, inseguridad, inferioridad e incompetencia.

#### **1.1.2.1.5 Problemas psicológicos asociados al consumo de alcohol**

La psicopatología divide al consumo de sustancias se divide en: Rasgos de personalidad, Trastornos psicopatológicos, Estado de intoxicación aguda. Estado de abstinencia.

#### **1.1.2.1.6 Rasgos de personalidad**

Los intentos por describir unos rasgos de personalidad previos a las adicciones, por ahora, han arrojado resultados contradictorios. Lo que sí suele observarse en la práctica clínica es un perfil de comportamiento en los adictos que suele incluir los siguientes aspectos:

Desintegración del individuo respecto a los valores sociales adquiridos mediante la educación recibida.

Desarrollo de una gran capacidad manipulativa y de engaño respecto al medio social y familiar del sujeto.

Conductas impulsivas u obsesivas, ansiedad y/o depresión.

#### **1.1.2.1.7 Trastornos psicopatológicos**

En la práctica cotidiana se puede observar que la historia familia del alcohólico poder registrar padres sometidos a malos tratos, con parejas mal

avenidas, con personalidades narcisistas o psicóticas o con antecedentes de adicciones.

Las personas dependientes de diferentes adicciones provienen de familias en que el padre, esté o no presente como tal, está ausente psicológicamente y no ha podido cumplir con la función apenas en su papel de organizador y facilitador del ingreso a la cultura, en tanto representante de la ley.

Como complemento de este padre, encontramos con frecuencia una madre con muchas dificultades para ejercer su propio rol. Sucede habitualmente que, en el caso de separación de la pareja parental, el padre también deja de cumplir con su responsabilidad y obligación de mantener económicamente a sus hijos, y frecuentemente también deja de verlos. Son jóvenes en cuya infancia han prevalecido las experiencias negativas, con fuentes vivencias de abandono.

En muchos de ellos las situaciones de abandono y violencia se han alternado con momentos de sobreprotección. Se puede afirmar que la adicción al alcohol no es en sí misma una enfermedad, sino una expresión sintomática de una psicopatología.

Estas psicopatologías de base pueden ser muy diferentes, revistiendo distintos niveles de gravedad y en consecuencia, distintos pronósticos, así encontramos pacientes adictos que pueden padecer neurosis en distinto grado, depresión, trastornos de la personalidad, psicosis, perversiones, trastornos borderline, etc.

El alcohol es la consecuencia no el porqué de la patología del alcohólico, aunque a su vez ocasione nuevas patologías, tanto orgánicas, familiares y sociales.

Esta diversidad de patologías que se manifiestan a través de las adicciones, son recurrentes cuando algún miembro de la familia se encuentra en una situación vulnerable, recurre a conductas adictivas para huir de los sentimientos que lo abruman, hasta familias gravemente perturbadas o totalmente disgregadas.

#### **1.1.2.2 ALCOHOLISMO EN GUATEMALA.**

La Declaración de La Antigua Guatemala, sobre la prevención del abuso de alcohol en Ibero América (junio 20, 2003) establece que:

“El abuso de alcohol es un problema de grandes dimensiones y consecuencias sociales y sanitarias para la población en general, y en Latinoamérica tiene alta asociación con las conductas violentas y, en especial, con la violencia intrafamiliar y la alta tasa de accidentes de tránsito”. Según el informe de los Bomberos Municipales y Voluntarios de Guatemala, publicado en El Periódico con fecha 4 de julio del presente año: “no se cuenta con un número específico de accidentes, pero se calcula que en la mayoría de percances la bebida es protagonista principal”.

En cuanto al incremento de accidentes automovilísticos en Guatemala, la Policía Municipal de Transito señala que “el 30% de los pilotos detenidos por conducir bajo efectos del alcohol son menores de 25 años”, y hacen la aclaración: “estos datos no se refieren al alcoholismo si no al consumo excesivo de alcohol”. Pruebas de alcoholemia (octubre, 2004) realizadas a un total de 1,091 automovilistas reportaron la “alta incidencia de casos positivos por conducir en estado de embriaguez”.

De acuerdo a los datos proporcionados por la policía de Tránsito, el bebedor guatemalteco tiene preferencia en el horario nocturno. Finalmente, las cifras entregadas por el Seccatid revelan que el 52% de niños en edad escolar (12.5-13.5 años) había bebido alcohol una o más veces en su vida en 2002; 37% había tenido problemas a causa de esto y varios indicaron tener parientes adictos. La muestra fue de 8,500 (12-20 años).

#### **1.1.2.2.1 Factores de riesgo**

La vía del alcohol es oral. Diversos análisis químicos de la sustancia muestran daños a la memoria creando una confusión mental y emocional, experimentando lagunas mentales, es decir una especie de amnesia química. El cerebro racional tiene muy poca influencia en la vida del adicto, este pierde el equilibrio del sistema nervioso central y por ende, la pérdida de control sobre el uso de la droga. Se han identificado los factores de riesgo para desarrollar problemas con alcohol y otras drogas:

##### 1. Factores genéticos y sociales:

- Historia familiar de alcoholismo. Hay evidencia de factores genéticos. Los estudios de gemelos señalan también la importancia de factores genéticos sobre todo en los hombres.
- Historia familiar de conducta antisocial.
  - Dirección y disciplina inadecuada en los padres.
  - Conductas favorables al uso de alcohol y otras drogas por parte de los padres.

##### 2. Factores de pares

- -Uno de los factores de mayor fuerza para predecir el uso de alcohol y otras drogas en un adolescente es que lo haga su mejor amigo

### 3. Factores psicológicos

- Se asocian con el uso de alcohol y otras drogas el fracaso en la escuela; la rebeldía y alienación, y la conducta antisocial.

Una serie de factores de carácter ha sido identificada como rasgos de carácter asociados a tener alto riesgo de problemas de alcohol y otras drogas en la adolescencia. -falta de interés por los sentimientos de los demás, frecuentes mentiras, gratificación inmediata e insensibilidad al castigo.

### 4. Factores biológicos

- Uno de los estudios más importantes en los últimos 30 años es acerca de los factores biológicos de la dependencia al alcohol y otras drogas y tres son sus conclusiones más importantes.
- En primer lugar, que hay una base genética: hay personas más vulnerables que otras a causa de la herencia.
- En segundo lugar, que las drogas trabajan produciendo una experiencia de placer en el cerebro.
- La tercera conclusión es que una vez que se es dependiente al alcohol y otras drogas es muy difícil parar ya que la persona dependiente actúa de manera biológicamente diferente a quien nunca usó drogas. Esta diferencia hace que sean muy comunes las recaídas.

### 5. Factores sociales

- Las características de la comunidad juegan un papel conocido en la etiología de la delincuencia y en el desarrollo de uso de alcohol y otras drogas. Comunidades caracterizadas por una gran movilidad muestran altos riesgos de crimen y delincuencia. Las mudanzas han sido asociadas a altos grados de iniciación en el uso de drogas así como también las mudanzas han reducido el uso de drogas en algunos jóvenes,

presumiblemente al alejarlos de la presión de pares que usan alcohol y otras drogas.

- Las relaciones entre densidad de población, desorganización de la comunidad y conductas delictivas ha sido establecida. Chicos que viven en extrema pobreza y privación tienen más posibilidades de convertirse en delincuentes y usar alcohol y otras drogas. Si bien la desorganización social y la privación aumentan el riesgo de problemas con alcohol y otras drogas, también se ha reconocido que altos niveles de problemas de alcohol y otras drogas en las comunidades causan desorganización social y reducen la posibilidad de brindar el desarrollo de habilidades y oportunidades a sus miembros.

#### **1.1.2.2 Marco legal**

Las normas que regulan la oferta y la demanda de drogas están contenidas en diferentes cuerpos legales nacionales y en convenciones internacionales. La Constitución Política de la República de Guatemala declara de interés social las acciones contra el alcoholismo y la drogadicción, debiendo el Estado tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas. Asimismo, establece que el Estado desarrollará acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud<sup>3</sup>.

Estado de las medidas necesarias para prevenir, controlar, investigar, evitar y sancionar toda actividad relacionada con la producción, fabricación, uso, tenencia, tráfico y comercialización de los estupefacientes, psicotrópicos y las demás drogas o fármacos susceptibles de producir alteraciones o transformaciones del sistema nervioso central cuyo uso es capaz de provocar

---

<sup>3</sup> Díaz, Jorge Bolívar, "Evaluación del impacto institucional que el consumo de drogas representa en departamentos del país un estudio-control en 1996". SECCATID/SECIS. Guatemala, 1996. Pág. 26.

dependencia física o psíquica, incluidos en los convenios y tratados internacionales al respecto, ratificados por Guatemala y en cualquier otro instrumento jurídico internacional que sobre esa materia se apruebe.

#### **1.1.2.2.3 Marco Institucional**

La Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas está conformada por las siguientes instancias de gobierno responsables de la prevención de las adicciones y del control del tráfico ilícito de drogas. Esta Comisión está encargada de planificar, diseñar y coordinar la ejecución de las políticas y estrategias de control, prevención y tratamiento de las adicciones y del tráfico ilícito de drogas. Dentro de la misma se encuentran:

- Vicepresidente de la República (Presidente de la Comisión),
- Ministro de Gobernación (Vicepresidente de la Comisión),
- Ministro de la Defensa Nacional,
- Ministro de Salud Pública y Asistencia Social,
- Ministro de Educación,
- Ministro de Agricultura, Ganadería y Alimentación,
- Ministro de Relaciones Exteriores,
- Ministro de Comunicaciones, Transporte, Obras Públicas y vivienda,
- Jefe del Ministerio Público

#### **1.1.2.2.4 Institucionalidad Gubernamental**

Podemos mencionar las siguientes instituciones gubernamentales.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Díaz, Jorge Bolívar. Op. Cit., Pág. 31.

- COMISION CONTRA LAS ADICCIONES Y EL TRAFICO ILICITO DE DROGAS
- (CCATID): Comisión encargada de estudiar y decidir las políticas nacionales para prevención y tratamiento de adicciones, y prevención de acciones ilícitas vinculadas con el tráfico de drogas y actividades conexas.
  
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCION DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCION (CONAPAD): Junta Asesora en materia de prevención y tratamiento de adicciones.
  
- SECRETARIA EJECUTIVA DE LA COMISION CONTRA LAS ADICCIONES Y EL
- TRAFICO ILICITO DE DROGAS (SECCATID): Órgano ejecutor de políticas diseñadas para la prevención y tratamiento de adicciones.
  
- MINISTERIOS DE GOBERNACION Y DE LA DEFENSA NACIONAL: Ejecutores de políticas de prevención y persecución de actividades ilícitas relacionadas con tráfico ilícito y actividades conexas.
  
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL: Ministerio encargado de ejercer los controles y fiscalización sobre las sustancias psicotrópicas, estupefacientes y otras drogas, así como sobre sus precursores.
  
- MINISTERIO PÚBLICO (Fiscalía de Narcoactividad): Institución encargada de velar por el cumplimiento de las leyes y de ejercer la acción penal pública.

- ORGANISMO JUDICIAL: Organismo encargado de juzgar y promover la ejecución de lo juzgado.

#### **1.1.2.2.4.1 Institucionalidad no Gubernamental**

- ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
- Entidades lucrativas y no lucrativas dedicadas a la prevención
- Entidades lucrativas y no lucrativas dedicadas al tratamiento y rehabilitación de la persona con problemas de adicciones.

#### **1.1.2.3 PERFIL DEL ALCOHÓLICO**

Son personas que suelen culpar a los demás de las cosas que fallan. Al sufrir una incapacidad de tolerancia a la frustración, el alcoholico es una persona introvertida, tímida e insegura. Ante un fracaso genera resentimiento hacia los demás y autocompasión. Se siente a la vez culpable y víctima, y en suma, desdichado.

Además no aceptan el concepto de responsabilidad. Suelen ignorar las tareas cotidianas y del hogar.

También es verdad que no es culpa suya ya que muchas veces la conducta de beber les impide realizar estas actividades correctamente. No suelen establecer la relación que existe entre las discordancias en el ámbito familiar y su conducta de beber.

Suelen personas inmaduras emocionalmente, con una gran necesidad de llamar la atención y una gran dependencia afectiva.

Es habitual que en ellos se dé una incapacidad para amar, para dar y recibir. Sin embargo pueden hablar muy bien del amor, como sucede en el caso de poetas, escritores y compositores alcohólicos.

Otra característica habitual es la soledad existencial. Se sienten solos, escépticos, diferentes, ajenos a todo. Compensan esta situación rodeándose de personas que les den por su lado y los admiren, con frecuencia de menor edad o de una condición social inferior, entre las que el alcohólico destaca.

La impulsividad actúa en el alcohólico por medio de impulsos cortos. No suelen ser personas constantes, no perseveran casi en nada.

Es una realidad que el alcohólico tiene un miedo vago a todo y a nada: una angustia existencial. Por ello, muchas veces como consecuencia y compensación a sus miedos puede desarrollar una conducta agresiva.

Padecen baja tolerancia al sufrimiento, por lo que muchas veces prefieren la fuga al afrontamiento.

Son muy sensibles emocionalmente, todo les conmueve. Muchas veces las personas de su entorno consideran que son personas fuertes, pero en realidad son frágiles y endebles. Con el alcohol consiguen una anestesia emocional.

#### **1.1.2.4 TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias. El término cognición se

refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales.<sup>5</sup>

En el contexto de la psicología clínica, se retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de alcohol, en este caso, y explora las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que tienen para él.

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases:

- a) evaluar las creencias
- b) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva
- c) examinar y probar las creencias adictivas
- d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia
- e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas
- f) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias

---

<sup>5</sup>Anderson, Jhon R. "Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral". Editorial Impacto en Medios Publicitarios S.A.México, 2001. Pág. 42

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Según Iván Petrovich Pavlov, en algunos casos el condicionamiento puede ser a niveles más generales: un ambiente en que la persona se ha encontrado particularmente a gusto puede condicionar su humor o más aún su funcionamiento fisiológico, de modo que la sola presencia de aquel ambiente tiene determinados efectos sobre la personalidad del sujeto<sup>6</sup>.

Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición. Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (situaciones -dónde, cuándo y con quién, pensamientos, estados de ánimo, sensaciones físicas, pistas condicionadas, impulsos de consumo, etc.)

Según Watson y el conductismo estricto, el hombre es un organismo compuesto esencialmente de tres sistemas: un sistema receptor (órganos de los sentidos), un sistema reactor (sistema nervioso central) y un sistema efector (los músculos y las glándulas).

La conducta es esencialmente concebida como reacción a un estímulo por obra de conexiones nerviosas, es conocido como esquema: E-R (estímulo

---

<sup>6</sup>Prada, Rafael. "Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas". Cuarta edición. Editorial San Pablo, año 1998. Pág. 67.

que produce una respuesta). Algunos comportamientos son innatos pero la mayor parte de la conducta es aprendida por la experiencia. Según Watson la conducta humana se divide en explícita e implícita, la primera comprende todas las actividades observables, la segunda las no directamente observables, entre ellas el pensamiento, interpretado como “lenguaje no articulado”. Según Watson la personalidad es el producto final de nuestros sistemas de hábitos, es la suma del activo (anual y potencial) y del pasivo (actual y potencial) totales del individuo en el momento de la reacción<sup>7</sup>.

#### **1.1.2.4.1 Abordaje psicoterapéutico del alcohólico.**

Las contribuciones desde el ámbito de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas e influyentes en sus proposiciones, siendo los modelos teóricos más destacados los circunscritos en las teorías psicodinámicas, del aprendizaje, cognitivas y transteóricas. La perspectiva biopsicosocial de las adicciones ha ayudado a integrar la comprensión del fenómeno y ha derivado en una visión holística respecto a las intervenciones terapéuticas, donde los tratamientos psicoterapéuticos suponen un recurso ineludible si se pretende obtener resultados eficaces. Como plantean los autores<sup>8</sup> analizando los principios sobre tratamiento efectivo propuestos por el NIDA<sup>9</sup>, «es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos y necesarios con determinados pacientes, las terapias psicosociales son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral», con lo que se estaría reconociendo el papel central de los tratamientos psicológicos.

---

<sup>7</sup>Prada, Rafael. Op.Cit., p. 68

<sup>8</sup> Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. “Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína”. Editorial Pirámide. Madrid, 2003. Pág. 105

<sup>9</sup> Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. “Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos.” Editorial Pirámide. Madrid, 2003. Pág. 39.

En definitiva, la experiencia acumulada y evaluada de las intervenciones psicoterapéuticas en este ámbito propone que para cada momento de la historia natural de la adicción existen intervenciones específicas de mayor eficacia y, por tanto, se ofrece un repertorio de recursos psicoterapéuticos que habrán de utilizarse según el momento y el proceso en el que se afronte el tratamiento del caso. Para el caso de la adicción al alcohol, en su revisión de los tratamientos más eficaces destacan tres tipos de intervenciones:

- a) el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo.
- b) el manejo de contingencias
- c) la terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento; todos ellos enmarcados dentro del modelo cognitivo conductual. Asimismo, en el esquema de elección de la intervención psicoterapéutica más adecuada en función del grado de consumo se aprecia cómo en los estadios iniciales de aproximación al cese de consumo y mantenimiento de la abstinencia destacan de forma importante las intervenciones basadas en este.

#### **1.1.2.4.2 Modelo Cognitivo en el tratamiento de las Adicciones.**

Se sabe que las causas de las adicciones a sustancias son múltiples, variables y con interacción entre sí. Sin embargo el modelo cognitivo es útil para entender el abuso continuado de sustancias, la tendencia a las recaídas y en el esclarecimiento de las áreas en que se puede efectuar una intervención terapéutica.

Dicho modelo describe el fenómeno del abuso de sustancias en siete componentes:

**Estímulos de alto riesgo.** Son los también llamados “Disparadores”. Existen estímulos externos como personas, lugares y cosas, ejemplo de ellos son los amigos consumidores, el vendedor de drogas, determinada discoteca o bar, ciertas reuniones, pasar por ciertas zonas de nuestra ciudad (Barrio el Gallito). Muchos de estos estímulos pueden ser evitados, pero es casi imposible el evitarlos totalmente. También existen estímulos internos que son representados por los estados fisiológicos o emocionales que recuerda a los adictos las veces que han consumido, ya sea para evitar dichos estados (ansiedad) o aumentarlos (euforia y excitación). Los pacientes no deben esperar estar totalmente libre de ellos, como el estar solo, hambriento, triste o enojado, sino que es más probable que aprendan a adaptarse y defenderse de los mismos como estrategia terapéutica.

**Creencias distorsionadas acerca de las drogas.** Ideas falsas que los adictos mantiene acerca de las drogas y su uso, algunas ideas están asociadas. Otras acerca de la fortaleza de las mismas drogas y otras son pensamientos correctos acerca de los efectos de las drogas (No importa emborracharme con cerveza, ya que ésta hace menos daño que el ron o no importa inhalar cocaína porque las únicas drogas que causan adicción con las inyectadas). La estrategia terapéutica en este caso es el buscar las respuestas alternativas y objetivas sobre las distorsiones. También es útil hacer un listado de las ventajas y desventajas de utilizar la droga, siendo práctico exponer las desventajas agregadas a las desventajas propuestas por el paciente. En el alcoholismo ha sido muy común que el paciente niegue el problema y abrigue distorsiones cognitivas como “Yo puedo parar de tomar cuando quiera” “Yo me controlo”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Quinto Barrera, See King Emilio. “El Modelo Cognitivo: La Psicoterapia”. Primera Edición. Editorial San Antonio. Guatemala, 2002. Pág. 64.

**Pensamiento o ideas automáticas clave.** Ideas o imágenes automáticas que los pacientes evocan para magnificar los efectos de la droga o cuando tienen la necesidad o el “antojo” de ellas. Algunos pacientes pueden pensar “Hagámoslo” como preludio a drogarse. Hay otros que pueden imaginarse felices drogándose. Los terapeutas cognitivo conductuales enseñan al paciente a controlar esos pensamientos o imágenes y los efectos que tienen sobre las sensaciones fisiológicas en su cuerpo y su papel en el proceso de hacer decisiones acerca de las sustancias.

Síntomas de abstinencia y “antojos” o necesidad de la droga. Estas son sensaciones fisiológicas (en forma de agitación o ansiedad) que los adictos reportan como sumamente desagradables y que hacen difícil la abstinencia a las drogas. La mayoría de los pacientes piensa que la única manera de combatirlos es drogándose. Estos síntomas pueden presentarse como sudoraciones, palpitaciones, ansiedad o agitación. En el enfoque cognitivo conductual se enseña a los pacientes la naturaleza cíclica de los síntomas de abstinencia y se los ayuda a entender y a comprobar que si no ceden a la tentación de consumir la droga, los síntomas tienden a desaparecer sin ella. También aprenden maneras de distraerse de los mismos y así añadir un tiempo sumamente valioso para evitar el consumo casi automático de la droga. Es útil utilizar el símil de una ola marina, que sube conforme aumentan los síntomas de abstinencia pero posteriormente desaparecen, si uno es capaz de “surfear” o sobrellevar la ola, los síntomas serán menos intensos y desaparecerán a lo largo del tiempo.

**Pensamientos permisivos.** El paciente argumenta que existe una buena razón para utilizar las drogas o que no hay razón para mantenerse abstinentes. Por ejemplo, un paciente que piensa “Como he estado libre de drogas por un mes, bien me merezco un feriadito o una probadita” o “Como ya estoy en control de la situación, usaré drogas para probármelo a mí mismo”. En la terapia

cognitiva se enseña a los pacientes a identificar sus pensamientos permisivos y a catalogarlos como tales, para evitar las recaídas.

**Estrategias o planes.** Esto se refiere a los pasos conductuales que se siguen en orden al consumo de la droga. Un ejemplo es un paciente que decide tomar un atajo para sortear el tráfico de la tarde, “coincidentalmente” pasa al frente a un bar donde sabe que venden drogas. Decide solo pasar un momento para tomar una copa. En la terapia se les enseña a los pacientes a reconocer los pasos y métodos que siguen para el consumo de sustancias, como las maneras sutiles en que terminan envueltos en ellos. También se utilizan la elaboración de planes de emergencia contra del abuso, que pueden ser llevados por el paciente en una tarjeta de defensa pequeña<sup>11</sup>.

**Uso de la sustancia adictiva.** Esto es considerado solo como un paso en el proceso del abuso de sustancias, no como un resultado final. En el modelo cognitivo no se observa la recaída en el uso de la droga como un fenómeno de todo o nada (que en sí es una distorsión cognitiva), en el cual al consumir otra vez la droga signifique un fracaso o la pérdida de todo lo ganado, en vez de ello se ve como una simple decisión en el continuo de la recuperación del paciente. Aunque el modelo cognitivo está presentado como una secuencia ordenada de los estímulos de alto riesgo hasta el consumo de sustancias, la realidad es que el proceso puede ser iniciado en cualquier eslabón de dicha cadena, por lo que puede variar. Sin embargo cualquier eslabón de dicha cadena, por lo que puede variar. Sin embargo esta forma de presentación es sumamente útil tanto al terapeuta como al paciente.

---

<sup>11</sup>Quinto Barrera, See King Emilio. Op. Cit., Pág. 67

#### **1.1.2.4.3 Manejo de culpa a través del abordaje cognitivo conductual.**

Este es otro de los problemas vitales que sin ser un trastorno mental en sí puede ser problemático en algunos pacientes. También es una de las situaciones donde se entrelazan de manera muy efectiva la terapia cognitiva con la logoterapia.

Mencionamos dos pasos muy importantes en el tratamiento:

**Corrigiendo la distorsión cognitiva.** Casi podríamos denominar a esta distorsión “culpabilización”, que tiene que ver mucho con la distorsión de personalización, donde se atribuyen la responsabilidad de eventos externos a uno mismo, aunque esto no tenga relación<sup>12</sup>. En este caso hablamos de un sentimiento de culpa no real, donde no se tiene responsabilidad del acto. Podemos ayudar a las personas a corregir la distorsión explicándoles que para que se tenga una culpa o responsabilidad verdadera, se deben dar una serie de condiciones:

- a) Que haya un reconocimiento de que el acto a realizar es malo.
- b) Que a pesar de dicho reconocimiento de maldad, la persona con su libre voluntad lo realice o consienta.
- c) Que el acto sea intrínsecamente malo (por ejemplo robar).

**Reparación de la culpa.** Existen casos en los cuales verdaderamente existe una culpa, entonces se puede ayudar a las personas mostrándoles caminos por los cuales pueden reparar dicho sentimiento, siendo importante que

---

<sup>12</sup>Quinto Barrera, See King Emilio. Op. Cit., Pág. 75.

la persona misma sea la que encuentre la mejor manera de reparar la culpa y no que sea impuesto por el terapeuta.

**En el mismo ofendido o dañado.** Por ejemplo en el caso de un joven que se sentía muy culpable por haber insultado a su padre le pide disculpas por su actuación.

**En otra persona y objeto.** En ocasiones no es posible hallar al ofendido, por situaciones de distancia, de vida o tiempo, pero si se puede reparar la culpa en otras personas de características similares. Ejemplo, un paciente que vendió mucho tiempo drogas en la calle y se sentía culpable por todos aquellos a los que indujo a las adicciones, su manera de reparar fue trabajando como voluntario en una organización contra las adicciones.

**Reparación interna o moral.** Se da cuando nose puede efectuar ninguna de las dos anteriores, como es el caso de un paciente terminal que padece cáncer y se siente muy culpable por el daño que le hizo a algunas personas en su vida, en este caso se puede asistirle con ejercicios imaginativos en los cuales el pide perdón a dichas personas o bien decide hacerles un bien.

#### **1.1.2.5 ABORDAJE DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA.**

##### **1.1.2.5.1 Experiencias de abstinencia a lo largo del proceso de cambio desde el consumo a la abstinencia**

La recaída, sitúa a la misma en un momento de cambio en el cual se ha tomado la decisión de abandonar el consumo, el sujeto se ha preparado para el

cambio que supone, se han realizado las acciones necesarias para conseguirlo y el objetivo que se plantea es el de mantener la abstinencia a largo plazo.

Sin embargo, en el trabajo clínico cotidiano nos encontramos con pacientes que se encuentran abstinentes pero, a los cuales, difícilmente, les podemos suponer haber pasado por el proceso de cambio. Es decir, nos encontramos con pacientes que llevan un tiempo de abstinencia, sin haber tomado una decisión personal de cambio, o sin aceptar introducir todos aquellos cambios relacionados con su estilo de vida y necesarios para lograr el objetivo de mantener la abstinencia a largo plazo.

En este sentido, se pueden distinguir tipos de experiencia de abstinencia a lo largo del proceso de cambio, generalmente, seguidas por la vuelta al consumo de alcohol.

#### **1.1.2.5.2 Abstinencia motivada por coacción externa**

Suelen aparecer en el momento precontemplativo y contemplativo del proceso de cambio. El tratamiento y la abstinencia se derivan de la coacción externa, tanto proveniente de la prisión, como de la familia, como una situación económica precaria, laboral, etc. Generalmente, durante esta experiencia de abstinencia, suelen darse consumos puntuales que el alcohol origina o consumos habituales de otras. Por ejemplo, consumo habitual de alcohol en pacientes en tratamiento para dejar la heroína, etc. La persona tiene grandes dificultades para entender los conceptos y el lenguaje relacionado con el cambio y con el tratamiento. Se suelen reconocer, generalmente, porque realizan una demanda de tratamiento que tiene como único objetivo el controlar las consecuencias negativas del consumo habitual y abusivo.

Normalmente, estas experiencias de abstinencia van seguidas de consumo, el cual se podrá superar a través de la definición de objetivos de cambio personal y en relación con el tratamiento, así como a través del refuerzo de la atribución interna, con el fin de afianzar la motivación personal para el tratamiento.

#### **1.1.2.5.3 Abstinencia organizada con dificultades para introducir el cambio**

Se identifican con los momentos de preparación y acción y se derivan de la actitud ante la abstinencia de "al mínimo coste posible", "con el mínimo esfuerzo posible". Estas personas muestran gran resistencia al tratamiento y presentan dificultades para pedir ayuda. Los periodos de abstinencia que se derivan suelen ser cortos y están relacionadas con el miedo al cambio y a lo desconocido.

Cuando van seguidas de una vuelta, el avance en el proceso de cambio se conseguirá a través de la toma de conciencia de la necesidad de establecer un plan de cambio y de tratamiento para conseguir la abstinencia, así como de la necesidad de definir los cambios necesarios para el mantenimiento de la abstinencia.

Sería importante especificar las consecuencias del cambio y de las acciones que implica, reconociendo la necesidad de una mayor implicación en el cambio y en el tratamiento en abstinencias posteriores.

#### **1.1.2.5.4 Abstinencia organizada con dificultades para organizar un proyecto a largo plazo**

La experiencia de abstinencia se relaciona con el momento de mantenimiento del cambio. El tiempo de abstinencia es más largo que en los casos anteriores y cuando se realiza la vuelta al consumo o recaída, surgen sentimientos de culpabilidad, fracaso y el fenómeno de la disonancia cognitiva como consecuencia del efecto de violación de la norma.

Otras estrategias útiles para disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas de abstinencia son:

**Distracción.** Se puede realizar una lista con el paciente para anticipar las futuras crisis de abstinencia. Esta puede incluir realizar una caminata, correr, jugar fútbol y realizar ejercicios de relajación. Una de las maneras más efectivas es huir de la situación y permanecer en un lugar seguro. Hablar acerca de la abstinencia.

Cuando los pacientes tienen amigos y familiares no adictos que los apoyan, el hablar acerca de la abstinencia que están experimentando es una estrategia muy efectiva y puede reducir los sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad que los acompañan.

**Sobrellevar la abstinencia.** La idea de esta técnica es permitir que la abstinencia ocurra, tenga un pico y desaparezca. El dar a los pacientes la imagen de una ola de mar o caminar sobre una colina puede ayudarlos a entender este concepto. Acá se gana el control evitando la resistencia. Mencionando dos técnicas que son:

**Poner atención a los síntomas de abstinencia.** Esto es estar en un lugar confortable, tranquilo y concentrarse en los síntomas, cómo son y qué tan intensos se presentan.

**Enfocarse en un área donde la abstinencia ocurra.** Poner atención en todos los síntomas afectivos y somáticos y ponerlos en palabra o escribirlos. De esta manera, muchos pacientes se encuentran con que la abstinencia desapareció completamente.

**Recordar las consecuencias negativas.** Cuando la gente experimenta la abstinencia tiende a recordar los efectos positivos de las drogas, olvidando los negativos, por ello efectivo hacer que los pacientes recuerden las malas experiencias que han tenido con el uso de drogas. Es útil pedirles a los pacientes que lleven en su billetera o bolso una tarjeta pequeña que tenga las razones por las cuales quieren estar abstinentes y los efectos negativos que han tendido con el abuso de drogas. Una mirada rápida cuando tienen los síntomas de abstinencia es efectiva.

**Utilizar el autodiálogo.** Muchos de los pensamientos automáticos que aparecen con los síntomas de abstinencia tienen un sentido de necesidad urgente y exagerada. “Moriré si no tomo” “No puedo resistirme, debo drogarme”

Es importante reconocer estos pensamientos automáticos y contraatacarlos. El terapeuta puede ayudar indicando al paciente las distorsiones cognitivas. Una vez identificados los pensamientos automáticos, es mucho más fácil contraatacarlos, usando cogniciones como retar al pensamiento (No moriré si no tomo un trago ahora) y normalizando la abstinencia (Los síntomas son desagradables, pero mucha gente tiene, y es algo que puedo manejar sin usar drogas).

### 1.1.2.6 TÉCNICAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS PARA EL ABORDAJE DEL ALCOHOLISMO.

A continuación se presenta un resumen de las principales técnicas utilizadas.

#### TÉCNICAS CONDUCTUALES

TÉCNICA	EJEMPLO
METAS CONDUCTUALES	Especificar las conductas que el paciente desea modificar. Ej.: número de minutos de un ejercicio, lavado de manos tareas.
EXPOSICIÓN	Confrontar un estímulo temido. Ej.: El paciente obsesivo compulsivo se abstiene de lavarse las manos luego de tocar basura.
JERARQUÍA DE ESTÍMULOS/RESPUESTA	Una lista de los objetos o situaciones más temidas para ser usadas en la exposición. Ej.: El paciente hace una lista de las situaciones menos temidas a la más temidas
MODELAMIENTO	El terapeuta demuestra la respuesta deseada. Ej.: Demostrar una respuesta asertiva, luego el paciente imita.
IMITACIÓN	El paciente copia la respuesta del terapeuta.
PRÁCTICAS DE CONDUCTA	Se practica en la sesión como se comportará el cliente afuera de la terapia.

ENTREMANIENTO EN RELAJACIÓN	Relajación de grupos musculares en secuencia, imaginar lugares relajantes, respiraciones lentas.
AGENDA DE ACTIVIDADES	Chequear las actividades diarias y calificarlas sobre la base del placer, control, ansiedad, tristeza, temor y otros sentimientos o sensaciones.
ACTIVIDADES GRADUADAS	Planear y realizar actividades que se espera produzcan placer o control. Ej.: Situaciones en las cuales antes el individuo se sentía bien, de la menos difícil a la más fácil.
ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD	Instrucciones de cómo realizar peticiones legítimas para aumentar el placer o la autoestima. Se basa en el principio de que es imposible comportarse de manera afirmativa y ser pasivo a la vez.
ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN	Ej.: El terapeuta educa al paciente sobre la comunicación no agresiva.
ENTRENAMIENTO EN ESCUCHAR ACTIVAMENTE	Énfasis en cómo utilizar las preguntas, repetición o parafrasear, especificar y validar.
AUTORRECOMPENSA	Utilizar reforzamientos concretos con uno mismo para aumentar las conductas deseadas. Ej.: recompensarse con un dulce o postre, luego de hablar asertivamente con una compañera de trabajo.

## TÉCNICAS COGNITIVAS

<p>IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS.</p>	<p>El cliente controla los pensamientos que están asociados con depresión, ansiedad e ira. Ej.: me siento más triste cuando pienso que nadie me va a querer</p>
<p>CALIFICAR EL GRADO DE CREENCIA EN EL PENSAMIENTO Y LA EMOCIÓN ASOCIADA CON EL MISMO.</p>	<p>Después de que el paciente identifica los sentimientos negativos (tristeza, ira, frustración), se indican los pensamientos asociados con dichos sentimientos. Luego se califica de 0 a 100 que tan triste se siente y cuanto cree en el pensamiento negativo.</p>
<p>CATEGORIZAR EL PENSAMIENTO NEGATIVO</p>	<p>El paciente clasifica el pensamiento de acorde a la distorsión cognitiva ejemplificada por el pensamiento.</p>
<p>DESCENSO VERTICAL ¿Qué significaría si el pensamiento fuera verdad?</p>	<p>El terapeuta pregunta: Si tu pensamiento fuera real, ¿qué significaría para ti? ¿Por qué sería un problema? ¿Qué pasaría? Se realizan las preguntas por cada respuesta dada.</p>
<p>¿CÚAL ES LA PRESUNCIÓN?</p>	<p>El terapeuta examina las reglas inconscientes del paciente, los “si” o “debo”. Si a alguien le caigo mal, entonces soy un desagradable.</p>
<p>¿CUALES SON LOS COSTOS Y LOS</p>	<p>Se pide al cliente que liste las ventajas y desventajas del pensamiento para sí</p>

BENEFICIOS DEL PENSAMIENTO?	mismo y lo divide en 100 puntos entre ventajas y desventajas. Esto ayuda a la motivación del cliente para cambiar el pensamiento.
¿CUÁL ES LA EVIDENCIA?	El paciente lista la evidencia que apoya y refuta el pensamiento.
COLOCAR EL EVENTO EN PERSPECTIVA	Se pide al paciente que examine el evento a lo largo de un continuo, de cero a cien. ¿Qué pasaría si el evento ocurre? ¿Qué podría ser peor, mejor o igual en consecuencia? ¿Qué todavía podría yo hacer aún si ocurre el evento?
ESTANDAR DOBLE	Se pregunta al cliente ¿Usted aplica el mismo estándar a los demás? ¿Por qué no?
CONTRARRESTAR EL PENSAMIENTO	El terapeuta y el paciente toman roles en el cuál el paciente se le pide que argumente en contra de su mismo pensamiento negativo. Se pueden cambiar los roles.
ANÁLISIS FUNCIONAL O LÓGICO	¿Saca el cliente conclusiones que son libres de garantía? Ej.: ¿Si pierdo el examen, soy un desastre?
FALTA DE INFORMACIÓN	¿El cliente tiene toda la información necesaria para sacar sus conclusiones? Ej.: El paciente tiene dolor abdominal y concluye que tiene apendicitis, ¿Un doctor le puede

	orientar al respecto?
EXPLICACIÓN ALTERNA	Se le pide al cliente que examine tantas causas alternas y consecuencias como sea posible especialmente menos negativas.
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Determinar el problema, las metas, los medios, la información, habilidades y acciones relevantes. ¿Qué planes puede tomar el cliente para resolver el problema?
ACEPTACIÓN	¿Ay alguna realidad que el paciente puede aprender a aceptar, más que tratar de cambiarla o pelear con ella? Ej.: Pacientes con cáncer terminal, que se niegan a la realidad de la muerte persistentemente.

### 1.1.2.7 FIN DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

Conforme se acerca al fin de la terapia las sesiones se pueden dar cada vez en intervalos más largos de tiempo, hasta llegar a la última. En la última sesión, donde se evalúa el grado de logro con respecto a la meta del paciente, se tocan temas como signos de alarma de las recaídas y evitar distorsiones cognitivas del tipo de catástrofe en caso se dieran las mismas, las sesiones de refuerzo (que se dan con frecuencia des una vez al mes hasta una cada 6 meses) en las que se da una retroalimentación de parte del paciente acerca de las habilidades adquiridas a través de la terapia cognitiva y su vida cotidiana.

Es importante recordar que el objetivo primordial, es que el paciente adquiriera las habilidades necesarias para el manejo de los problemas emocionales en su vida por sí mismo, y de ninguna manera fomentar una relación de dependencia.

### **1.1.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

#### **1.1.3.1. Hipótesis de trabajo u operacional**

La terapia cognitivo conductual se adecua al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo.

#### **1.1.3.2 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables**

##### **1.1.3.3.1. Variable Independiente**

La Terapia Cognitivo – Conductual

##### **1.1.3.3.2. Variable Dependiente**

Se adecua el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Alcohólica.

#### **1.1.3.4. Tabla de categorías, indicadores y técnicas de recolección de datos**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>
Terapia cognitivo	Estadios de cambio de la conducta adictiva.	Entrevista Semiestructurada

conductual	Procesos de cambio de la conducta adictiva.	Entrevista Semiestructurada
	Abordaje clínico de recaídas.	Entrevista Semiestructurada Observación Participativa
Culpa	Mejorar autoestima	Testimonios.
	Factores que desencadenantes de la culpa.	Entrevista Semiestructurada Observación Participativa Testimonios.
Alcoholismo	Depresión	Entrevista Semiestructurada
	Ansiedad	Entrevista Semiestructurada Observación Participativa
	Culpa	Testimonios.

#### 1.1.4. DELIMITACIÓN.

La investigación tuvo lugar en el Centro de Rehabilitación “Desafío Juvenil” ubicada en 9ª. Calle 12-85 zona 11. Esta fue fundada en 1985 en Guatemala, tiene como objetivo ayudar a jóvenes y adultos con problemas de adicción, alcoholismo y delincuencia. Dicha institución atiende a personas de 18 años en adelante, de sexo masculino provenientes de diferentes áreas de Guatemala, personas de diferentes grados académicos, al igual que económicos. Teniendo como fin el cambio en las personas que se encuentran internadas, para que estas reintegrarse a la sociedad de una manera positiva.

Este centro de rehabilitación, no tiene cobro alguno a las personas que deseen entrar en el proceso de rehabilitación con el que cuentan. Desafío Juvenil depende de las donaciones para poder seguir brindando atención a personas con problemas de adicción.

El trabajo de campo fue realizado del 17 de septiembre del año 2012 al 12 de octubre del año 2012, teniendo como delimitación de población pacientes que presentan adicción al alcoholismo entre las edades de 20 a 35 años de edad; de sexo masculino.

## **CAPÍTULO II**

### **2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **2.1 Técnicas.**

La metodología utilizada en la investigación, se realizó en base a la investigación cualitativa, debido a que esta permitió el establecimiento de las preguntas de investigación y la comprobación de la hipótesis planteada. Durante la misma se utilizaron diversos métodos de recolección de datos, como lo es la observación participativa, entrevista semiestructurada y testimonios, con el fin de recolectar información sobre la realidad de los pacientes con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo tal como la experimentan y perciben los protagonistas y el personal administrativo del centro de rehabilitación

El trabajo de campo se realizó de forma ordenada e integral con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la investigación, a través de la recolección de información relevante brindada por el centro de rehabilitación, el cual tuvo una postura accesible permitiendo de esta manera recolectar los datos requeridos para la investigación.

En la primera fase se recolectaron los datos, ya seleccionado el diseño de investigación y determinada la muestra, se recolectaron datos que fueron utilizados. Se centró en el estudio de efectos ocasionados por el alcoholismo, sobretodo en sentimiento de culpa en el individuo, esto con el fin de comprobar si se adecua La Terapia Cognitivo Conductual al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo en personas de 20 a 35 años de edad.

Para la recolección de datos se trabajaron con diferentes instrumentos: entrevista semiestructurada, observación participativa, y testimonios, con el

objetivo de recabar información, que permitiera obtener datos importantes para la investigación, y de esta manera poder verificar la hipótesis formulada.

En la segunda fase se analizaron e interpretaron los resultados con el análisis cualitativo, se obtuvo gran cantidad de datos recolectados a través de entrevistas con los pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación, con los encargados y autoridades y con las transcripciones de audio sobre los testimonios de los internos en el centro de rehabilitación.

Con el enfoque cualitativo, se extrajeron datos importantes de la investigación que se realizó a través de la clasificación de información, sin descartar datos valiosos. El propósito del análisis cualitativo fue darle un orden a los datos, describir las experiencias de las personas en su lenguaje y con sus expresiones llegando a generar preguntas, reconstruyendo historias, para relacionar los resultados del análisis con la teoría fundamentada.

En la tercera fase se elaboró la propuesta del plan de tratamiento utilizando diversos instrumentos, permitiendo la obtención de datos relevantes los cuales sirvieron para llevar a cabo la elaboración de una propuesta de tratamiento psicoterapéutico en personas adictas al alcohol a través del modelo Cognitivo Conductual. Teniendo como objetivo minimizar el sentimiento de culpa generada por el alcoholismo. La propuesta estuvo basada en cuatro fases integradas en evaluación del paciente, aprendizaje acerca de la adicción, fortalecimiento de relaciones interpersonales, control de impulsos y reinserción social.

A continuación se presentan los diferentes procedimientos para procesar la información:

En su inicio se recolectaron y revisaron todos los datos y material obtenido en la investigación, organizándolo y se clasificando la información, para que de esta manera tuviera un orden, luego se analizó y se verificó a través de los diferentes instrumentos. En la entrevista semiestructurada y observación participativa, si era escrita, fuera legible, al igual que los testimonios, para que de esta manera la información proporcionada pudiese ser utilizada en la investigación.

Se revisaron todos los datos recolectados, de la entrevista semiestructurada que se aplicaron a las personas del centro de rehabilitación, transcribiéndolas, de igual manera con la observación cualitativa. Se procedió al análisis de los testimonios recabados formulando el análisis general de los objetivos y verificando así la adecuación del tratamiento Cognitivo Conductual en los efectos ocasionados por el consumo del alcohol en personas de 20 a 35 años de edad.

Las categorías que se utilizaron para la investigación cualitativa fueron:

**Terapia Cognitivo-Conductual:** Las intervenciones en personas alcohólicas pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso del alcohol.

**Culpa:** Sentimiento en el cual el paciente presenta diferentes emociones negativas.

**Alcoholismo:** El alcohol posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves periodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia en una persona alcohólica lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo.

## **2.2 Instrumentos.**

A continuación se describen los instrumentos utilizados en la investigación:

En la observación cualitativa se tuvo como propósito el explorar los ambientes y contextos así como aspectos de la vida social. La descripción de cómo se desarrollan las actividades de las personas que participaron en la investigación, identificando los problemas más relevantes acerca de la problemática que presentan, siendo estos: sentimiento de culpa, que es uno de los problemas vitales que enfrenta el paciente alcohólico, ya que tiene que ver con la distorsión de personalización, donde se atribuyen la responsabilidad de eventos externos a uno mismo. La culpa es desencadenante de otro tipo de problemáticas como lo son: problemas de depresión, ya que es frecuente en pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación, teniendo como síntomas principales el estado de ánimo deprimido o triste y la pérdida del placer o gusto en actividades que antes eran placenteras; ansiedad ya que los pacientes manifiestan sensaciones de palpitaciones fuertes, sudoraciones, siendo esta una característica por el cambio del ambiente o evento interno. Dentro del proceso de rehabilitación, el paciente presenta síntomas de pánico, ya que mencionan sentir sentimientos de desrealización (perder el control o volverse loco), opresión en el pecho o dificultad en la respiración, mareos, hormigueos o cosquilleos en el cuerpo, siendo un factor importante en el pánico, los procesos de rehabilitación por una adicción. De igual manera se manifiestan problemáticas de desesperanza, al sentir que su vida no tiene sentido.

En la entrevista cualitativa se encontraron factores negativos que obstaculizan el proceso de rehabilitación en pacientes siendo la principal la culpa que generan por el alcoholismo. En los resultados obtenidos a través de la entrevista se puede observar, que los pacientes al carecer de vínculos afectivos

con su núcleo primario, estos se culpabilizan constantemente por los actos cometidos en el pasado, dando como resultado en ellos, el abandono de su familia, la desintegración familiar a causa de las problemáticas que han surgido, siendo esto un factor negativo en la vida del alcohólico, ya que lo desmotivan, cerrando así la probabilidad de obtener resultados satisfactorios en su recuperación. Se puede observar la modificación de pensamientos en los pacientes, ya que hicieron mención de mejorar la comunicación y relación entre su núcleo primario, mencionando que sería un factor clave en ellos sentir el apoyo familiar, motivándolos a seguir con el tratamiento de rehabilitación, y minimizar así la recaída en el alcoholismo. Otros resultados que se obtuvieron de la entrevista semiestructurada fue que los niveles de ansiedad, y los síntomas de abstinencia disminuyeron a través de las diferentes técnicas cognitivas empleadas por la institución como lo son entrenamiento en relajación, identificar los pensamientos negativos, resolución de problemas, aceptación.

En los testimonios los pacientes, contaron de una manera sencilla, clara y precisa las diferentes etapas de sus vidas, mencionando que el inicio de sus adicciones fue a temprana edad, ingiriendo alcohol en compañía de algún miembro del núcleo primario o de sus pares. Mencionando los pacientes que en los comienzos de la adicción al alcoholismo surgió por la curiosidad, o porque en entorno en donde se desenvolvían siempre estuvo presente el alcohol.

Mencionando la mayoría de los pacientes que después de ciertas etapas, dejaban a un lado diversas actividades como; ir a estudiar, trabajar, por ingerir licor frecuentemente. Los pacientes mencionaron sentirse enojados, desesperados, ansiosos, cuando no ingerían alcohol, llegando al punto de robar en sus casas o a otras personas por mantener su adicción. En los resultados de los testimonios se pudieron observar que en su mayoría terminaron perdiendo sus trabajos, ya que faltaban constantemente por ingerir alcohol; la desintegración familiar o abandono de su núcleo primario por la problemática

que presentan y por los estados emocionales alterados que manifestaban dentro de sus hogares. Se identificaron a través de los testimonios, los sentimientos negativos que presentan los pacientes al contar su historia como lo es la culpa. En los testimonios se identificaron modificación de pensamientos de los pacientes, ya que hicieron mención de estar dentro del centro de rehabilitación, para vencer la adicción del alcoholismo, y de esta manera poder recuperar su familia, trabajo, sus pares y la confianza de las personas que se desenvuelven en su medio social; teniendo como resultado el aumento de confianza en ellos mismo, y la motivación necesaria para mantenerse en el proceso de abstinencia enfocados a minimizar una posible recaída en el alcoholismo.

## **CAPÍTULO III**

### **3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN.**

##### **3.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR.**

El centro de rehabilitación cuenta en el primer nivel con dos oficinas, las cuales les sirven para dar información a personas que quieran entrar al centro de rehabilitación, un espacio de abasto de insumos, los cuales son obtenidos a través de diferentes donativos y un amplio parqueo. En el segundo nivel de las instalaciones cuentan con una cocina en donde los mismos internos preparan sus alimentos, un salón donde reciben clases, 3 habitaciones que cuentan con aproximadamente con 3 literas cada una, teniendo dentro de las mismas un sanitario por habitación. En el tercer nivel tienen un espacio en donde reciben clases de computación, un ambiente para realizar trabajos de carpintería, un área con mesas de pin pon. En la terraza de las instalaciones se cuenta con un pequeño huerto que es cuidado por los mismos internos. Estas instalaciones están adecuadas para el proceso de rehabilitación de los pacientes que se encuentran internos. Cuenta con programa de estudios por madurez, para las personas que desean retomar sus conocimientos académicos.

Desafío Juvenil, contando con un programa de atención para la rehabilitación de personas con diversas adicciones, que consiste en 4 etapas:

- Rehabilitación,
- Entrenamiento
- Orientación
- Reintegro

Un problema que identifiqué fue que en las jornadas matutinas del centro de rehabilitación, en los horarios de 11am a 12pm, un grupo de pacientes aproximadamente de 5 a 6 integrantes, no reciben las clases o charlas que les son impartidas al demás grupo, ya que estos están elaborando los alimentos que consumirán todos los miembros de la institución, afectando en su tiempo de estudios ya que este no es recuperado.

### **3.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:**

El centro de rehabilitación Desafío Juvenil, tiene como características, que el rango de edad para los pacientes es de 18 años en adelante, ya que se encuentran personas de 70 años en el centro de rehabilitación actualmente. El centro de rehabilitación, atiende a personas únicamente de sexo masculino, brindando atención psicológica bajo la terapia Cognitivo Conductual, y abordando las diferentes problemáticas que estos presentan, como el consumo de diversas sustancias como el alcohol, cannabis, alucinógenos, cocaína. El centro de rehabilitación atiende a personas de diversas zonas del municipio de Guatemala. La escolaridad que los pacientes varía, ya que algunos cuentan con diversificado, y otros no culminaron la primaria. La situación económica de las personas internas son alta, media, baja y extrema pobreza.

La población de pacientes que tiene el centro de rehabilitación varía, ya que algunas veces llegan a 20 internos, pero algunas personas se retiran y el número varía.

Se trabajó con 12 pacientes del centro de rehabilitación Desafío Juvenil, que llenaban los requisitos para la investigación, como lo era tener la adicción al alcoholismo y estar entre las edades de 20 a 35 años. Estos brindaron la información necesaria que requerí para mi investigación, y el análisis e

interpretación de los resultados obtenidos para la verificación de mi hipótesis formulada.

Los pacientes en proceso de rehabilitación, así como los rehabilitados, mostraron un estado emocional a lo largo del proceso favorable, ya que la intervención de los encargados del centro es positiva en ellos, siendo uno de los fines de la institución ver a los pacientes desenvolviéndose de una manera positiva en la sociedad a los pacientes.

### **3.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Análisis e interpretación de resultados.

#### **3.2.1 MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA DURANTE EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ALCOHOLICOS.**

##### **Análisis de resultados:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia Cognitivo- Conductual y alcoholismo

##### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R/ "Ha mejorado, he hestado siendo aceptado en algunas actividades de mi familia"*

*R/ "Mi estilo de vida a mejorado he logrado aceptarme como soy"*

*R/ "En la vida sociofamiliar en un 60% comunicándome con mis hijos por vía telefónica, en mi forma del cuidado personal, mas comunicación con mis amigos de una forma diferente"*

**Interpretación:**

La terapia Cognitiva- Conductual puede ser utilizada para la prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol. Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente.

**3.2.2 SENTIMIENTO DE CULPA GENERADA POR EL CONSUMO DE ALCOHOL****Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa y alcoholismo

**Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R/ "Mi sentimiento se genera porque me estoy destruyendo y destruyendo a mis seres queridos, mi esposa he hijos me han abandonado"*

*R/ "Irresponsabilidad en mis compromisos, alejamiento en mi hogar, en mi Trabajo y otras responsabilidades en el Trabajo>"*

*R/ "Si por el abandono de mi esposa, el trabajo, asistencia a la Iglesia etc."*

**Interpretación:**

El alcoholismo es una enfermedad emocional y física, que está basada en una dependencia al alcohol. Genera un marcado deterioro en la vida de quien padece la enfermedad y en su familia. En muchas casas, no se sabe realmente qué es y qué síntomas tiene la enfermedad. Hay quienes confunden al alcohólico y piensan que "solo tiene la mala costumbre de tomar", cuando en realidad

estamos frente a esta enfermedad. Se conoce como enfermo alcohólico a toda persona que no puede controlar su manera de beber, lo que lo conduce a problemas personales (morales, espirituales y de salud), familiares (de trato, de comunicación y económicos), laborales y sociales. Es una persona que padece una compulsión física, emparejada a una obsesión mental por la bebida.

### **3.2.3 SÍNTOMAS QUE GENERA EL ALCOHOLISMO.**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa y alcoholismo

#### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R/ "decaimiento moral, depresión, soledad, rebeldía, mal caracter"*

*R/ "Tristeza, soledad, pobreza en lo que se refiere al dinero"*

*R/"Antes de tomar miedo, culpa, malestar, no quiero hablar ni que me hablen. Después de tomar mmm poco de calma se me quita el malestar, tomando me siento mmm poco alegre y se me olvida los problemas"*

#### **Interpretación:**

El uso continuado del alcohol produce una "primitivización" de la personalidad, que se vuelve más infantil y eufórica. Hay una pérdida de las funciones cognitivas, se alteran los ritmos biológicos, hay lagunas en la memoria (sobre todo de acontecimientos relacionados con las borracheras), desorientación espacio-temporal. Surgen sentimientos de culpa, y explosiones de irritabilidad. Se tiene poca tolerancia a las frustraciones.

### **3.2.4. SINTOMAS PRESENTADOS POR LA ANSIEDAD**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa y alcoholismo

**Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R" Bomitos, apatía, enojo, soledad, culpabilidad, nerviosismo"*

*R" ganas de tomar otro trago, porque uno siente que se le quita la ansiedad y los dolores corporales"*

*R" Nerviosismo, necesidad de ingerir alcohol, mal carácter y desesperación"*

**Interpretación:**

La severidad del síndrome de abstinencia puede variar desde leves como por ejemplo pequeños trastornos del sueño y ansiedad hasta niveles severos en donde la vida puede llegar a correr riesgo debido a síntomas como delirio, particularmente alucinaciones y en muchos casos convulsiones. La severidad del síndrome depende de varios factores tales como la edad, factores genéticos y lo más importante, el nivel de alcoholismo en el que se encontraba previamente el paciente (considerando la ingesta y el período), lo que es medido también por el número previo de desintoxicaciones

**3.2.5. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE CULPA.**

**Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia Cognitivo- Conductual

**Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R" Cambiar mis actitudes malas que desarrollo mientras tomo por algo positivo como trabajar estar ocupado en algo siempre"*

*R"El tener un empleo estable, convivir con mi familia"*

*R"Distraes Mi Mente Mis Pensamientos Y Centimientos Realizando Actividades Que Me Ayuden A Olvidarme De La Culpa"*

**Interpretación:**

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personas, facilitando la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Al igual que proporcionar experiencias reales y desarrollar las nuevas habilidades.

**3.2.6. ACTIVIDADES PARA EL MANEJO DE DEPRESIÓN**

**Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia Cognitivo- Conductual.

**Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R"Leer mucho, hacer ejercicio"*

*R"distraerme en algo que me guste hacer como practicar un deporte que me gusta"*

*R"Platicar con un amigo muy sercano para que me pueda ayudar con unas palabras de aliento"*

**Interpretación:**

La influencia general de los ejercicios físicos en la rehabilitación, consiste en la estimulación de las funciones vitales del organismo y en la formación de hábitos que les permitan a los pacientes la utilización de las actividades físicas

en un entorno familiar y social. En este sentido el grupo de alcohólicos debe tener claridad de la importancia y de los beneficios psicológicos y sociales que le reportan las actividades físico-recreativas, lo que permitirá establecer una adecuada motivación hacia los mismos y participar en su realización de una manera intencional y propositiva.

### **3.2.7 SENTIMIENTO DE CULPA DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa y terapia Cognitivo-Conductual

#### **Sustracción dirigida a pacientes:**

*R"Si, Todo el daño que uno se ha hecho y el daño que le causa a las personas con quien uno se relaciona"*

*R7"Uno al no tomar vuelve a la vida real y se da cuenta de todo lo que ha destruido (familia trabajo)"*

*R"Si arrepentimiento, de mis actos conmigo y mi familia"*

#### **Interpretación:**

Los alcohólicos son sometidos, al castigo de la culpa de una manera, tal vez no premeditada, pero muy efectiva, destinado a convertirse en auténticas fábricas de culpabilidad. Sin embargo a través del enfoque cognitivo conductual el paciente puede modificar pensamientos y emociones minimizando la culpabilidad que sienten, pudiendo de esta manera controlar y manejar de una manera positiva su adicción al alcohol.

### **3.2.8. PROBLEMAS QUE DIFICULTAN LA REINserCIÓN SOCIAL**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia Cognitivo –Conductual

#### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R"por parte de mi vergüenza y por parte de otros rechazo"*

*R"Con el alcohol uno se siente de menos y cuando uno esta en consumo la gente lo rechaza, este sentimiento se queda con uno aun cuando ya no esta consumiendo."*

*R"El principal es la desconfianza ya que ba costar mucho que las personas buelban a confiar en mi"*

#### **Interpretación:**

El alcohólico es una persona que no rinde en el trabajo por lo que acaba perdiéndolo y de igual manera todas las actividades en las que se desenvuelve. Pasa el alcohólico a formar parte del grupo de "vagabundos alcohólicos anónimos" lamentablemente sin hogar y sin empleo. Es rechazado especialmente por los demás, por resultar molesto y descuidado en su aseo e higiene personal, y no mostrar un dialogo coherente ni razonable. Pero abordando la adicción de alcohol con la terapia cognitivo- conductual se da un enfoque diferente a la persona para que esta pueda salir de la adicción, creyendo que el rehabilitado pueda integrarse nuevamente a la sociedad y jugar un papel productivo en ella.

### **3.2.9. FACTORES QUE DESENCADENAN EL SENTIMIENTO DE CULPA**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías:  
alcoholismo, culpa

#### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R"El quedarme solo y sin nada cuando antes tenia a mi familia y todo lo necesario para vivir"*

*R7"Buena pues el pensar en el daño que le hago a mi familia"*

*R"abandono de hogar, familiar, irresponsabilidad"*

#### **Interpretación:**

Se necesitarán mucho tiempo para que los familiares puedan confiar en que la persona con problemas de alcohol se mantenga sobria. Lo más normal es que la confianza haya sido sustituida por la duda. Esto es algo natural y debe ser reconocido por todos. Si las personas están nerviosas porque desconfían que su familiar siga bebiendo, es bueno expresarlo de un modo apropiado.

### **3.2.10 SINTOMAS DE DEPRESIÓN DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa

#### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R"En ocasiones al sentirme con las manos atadas de no poder solucionar algunas cosas"*

*R"me siento aún culpable, deprimido, solo"*

*R/“la mera verdad que si porque no estaba acostumbrado a siertas cosas”*

**Interpretación:**

Los pacientes presentan síntomas de depresión durante el proceso de rehabilitación ya que son muchos factores los cuales intervienen en el estado de ánimo como lo son la falta de apoyo familiar, la soledad que presentan al estar en el centro de rehabilitación, y al estar en un estado de conciencia se ven afectadas por los sentimientos de culpa y remordimiento que conllevan a la baja autoestima de los pacientes.

**3.2.11 CAMBIO DE ESTILO DE VIDA POR EL ALCOHOL**

**Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías:  
tratamiento cognitivo conductual

**Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R/“PROBLEMAS CON LA SOCIEDAD CON MI FAMILIA YA NO CONFIAN EN MI”*

*R/“Ha cambiado bastante ya que he tenido perdidas laborales, económicas y sobre todo familiares”*

*R/“Tuve muy buena vida pero el dinero el alcohol, las drogas y mujeres arruinaron mi vida familiar”*

**Interpretación:**

Las personas alcohólicas pueden modificar su estilo de vida a través del abordaje Cognitivo-Conductual, ya que al tener un diferente punto de vista que sea positivo para el paciente genera nuevas motivaciones las cuales ayudan a

fortalecer la autoconfianza en el individuo y de esta manera tener autocontrol en la abstinencia.

### **3.2.12 PROBLEMAS DELICTIVOS QUE AFECTAN LA REINserCIÓN SOCIAL**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia cognitivo- conductual, culpa

#### **Sustracción de entrevista dirigida a pacientes:**

*R/ "1 vez detenido por consumo de alcohol"*

*R/ "Pues problemas con la jura si por que algunas veces me llevaron a la comisaria y mi familia me tuvo que llegar a traer y todo por problemas que se produjeron en las fiestas a las que iba"*

*R/ "5 veces en prisión por manejar en estado de ebriedad"*

#### **Interpretación:**

La sociedad puede ser un obstáculo para la reinserción del paciente en proceso de rehabilitación ya que se ven juzgados por los problemas que han afrontado en el pasado y las adicciones por las cuales han ingresado en un centro asistencial.

### **3.2.13 RANGO DE EDAD DE PACIENTES ALCOHOLICOS EN LA INSTITUCIÓN**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías:  
Alcoholismo

**Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/ "18 a 70"*

*R/ "a veces preguntan hasta jóvenes de 15 a 70 años"*

**Interpretación:**

Como podemos en nuestro país los índices de personas con problemas de alcohol son altas, ya que desde temprana edad empiezan con el consumo de licor. Diversos son los factores que influyen en el consumo de alcohol en las personas como lo son problemas familiares, económicos, amistades entre otros.

**3.2.14 PROCESOS CONDUCTUALES QUE SE UTILIZAN PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA AL ALCOHOL.**

**Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia cognitivo- conductual

**Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/ "programas de relajación en pacientes, detención de pensamiento, programas de control y actividades destinadas a pacientes durante todo el día."*

*R/ "técnicas de imaginación, detención de pensamiento"*

**Interpretación:**

Al utilizar la diferentes técnicas conductuales, el paciente que presenta problemas de alcoholismo, tiene una mejora significativa, ya que las estrategias

empleadas son con el objetivo que el paciente pueda manejar su problemática con el alcoholismo y minimizar los sentimientos de culpa que este genera.

### **3.2.15 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL ALCOHOL.**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia cognitivo -conductual, alcoholismo,

#### **Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/"agresividad, delirios"*

*R/"delirios, violencia"*

#### **Interpretación:**

Para algunas personas que abusan del alcohol, los rasgos psicológicos como impulsividad, baja autoestima y una necesidad de aprobación provocan que se beba alcohol de manera inapropiada. Algunas personas toman para sobrellevar o "curar" problemas emocionales, un impacto muy negativo en la salud mental. El abuso de alcohol y el alcoholismo pueden empeorar condiciones existentes como la depresión o provocar nuevos problemas como la pérdida grave de memoria, la depresión o la ansiedad.

### **3.2.16 MANEJO DE CULPA GENERADA POR EL ALCOHOL**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia cognitivo- conductual

#### **Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/"hacen diferentes actividades."*

*R/"ejercicio, talleres para estar ocupados y no tener tiempo para estar pensando en la adicción."*

**Interpretación:**

La terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a estimular su motivación para dejar de tomar, identificar las circunstancias que desencadenan el consumo de bebidas alcohólicas, aprender nuevos métodos para sobrellevar situaciones de alto riesgo que propician la bebida y desarrollar sistemas de apoyo social dentro de sus comunidades

**3.2.17 SINTOMAS PRESENTADOS POR CULPA GENERADA POR ALCOHOLISMO.**

**Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: culpa

**Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/"baja autoestima"*

*R/"Muchas veces lo que hacen es que no se valoran como seres humanos, su autoestima tienen por los suelos, les da depresión"*

**Interpretación:**

La culpa que genera el alcoholismo en las personas adicta, desencadena otro tipo de sentimientos como los son, soledad, ya que se sienten solos aunque estén rodeadas de otras personas, porque prefieren hacer cosas que no los

pone en contacto personal con nadie, enojo con ellos mismo que conlleva a la baja autoestima y a la desvalorización personal.

### **3.2.18 ACTIVIDADES PARA EL MANEJO DE CONTROL DE IMPULSOS EN LA ABSTINENCIA DE PACIENTES ALCOHOLICOS.**

#### **Análisis de resultado:**

En esta pregunta se tomaron en cuenta las siguientes categorías: terapia cognitivo- conductual

#### **Sustracción de entrevista dirigida a la institución:**

*R/“actividades ocupacionales, deportes, talleres.”*

*R/“diferentes actividades*

#### **Interpretación:**

Las diferentes actividades que realizan los pacientes con problemas de alcoholismo, refuerzan el control de abstinencia en el proceso de rehabilitación, ya que se cuenta con técnicas en las cuales se les alternativas que serán de beneficio para manejar la problemática de una manera adecuada.

### **3.3 TESTIMONIOS.**

#### **Sustracción de testimonio de pacientes**

*“cuando tenia diesiceis años comencé a beber cerveza para ver el efecto que tenía desde entonces fue afectando mi vida poco a poco primero comencé a faltar a clases, 1 o 2 días al mes luego faltaba hasta una semana después cuando ya estaba consumiendo alcohol más seguidamente me quedaba sin*

*dinero comenzaba a agarrar dinero de mi familia así se fue prefijando y enraizando cada día más y más este vicio del alcohol y mi familia ya no quiso que estuviera viviendo con ellos entonces llevo casi 4 años de andar viviendo en casas hogares y me he metido en muchos problemas he estado a punto de morir apuñalado, golpeado, disparado hasta he llegado a la cárcel le he hecho mucho daño a personas que no se lo merecen”.*

### **Sustracción de testimonio de pacientes**

*“Pues todo empezó en un billar con unos amigos jugando y pues tomamos la decisión de tomar cervezas y así fue como empecé con el problema del alcohol pues cada viernes y según yo todo estaba bien al pasar los meses pues de cervezas pase a probar ron, whisky y todo tipo de bebida alcohólica y allí me case, pero mi esposa se separo de mi porque en los trabajos me despedían x llegar ebrio y me degrade empecé a consumir licores más baratos a raíz de eso pues conocí otras personas y pues para eso fue mi primer internado, luego Salí de allí y como ya no trabajaba y si conseguía dinero era para emborracharme el punto de vender cosas de mi casa y también las mías empecé a robar por necesidad al alcohol”*

### **Sustracción de testimonio de pacientes**

*“yo empecé a ingerir alcohol desde los catorce años en el instituto donde estudiaba al principio yo lo miraba como algo que me gustaba hacerlo y lo hacía con un límite con mis amigos a mi me gustaba mucho estudiar fui el mejor de clase y de los lugares donde estudie. Pasaron los años y mis padres fallecieron y tome el alcohol como una salida, mi vida se torno en una pesadilla porque me enfoque solo en el vicio deje atrás los estudios empecé a llevar una vida desordenada para mi hasta el amor desapareció de mi he pasado todos estos*

*años tratando de cambiar mi vida pero no e podido me e querido levantar pero al igual en el intento he caído muchas veces, no he sabido valorar lo que tengo todo lo que tenido lo destruyo por eso es que busque ayuda para cambiar mi pasado y forjar un futuro presente”*

### **Sustracción de testimonio de pacientes**

*“yo emepece desde muy pequeño a tener contacto con el alcohol porque mi padre era alcohólico cuando yo tenia como 15 años yo ya tomaba cerveza, a los 17 años me emepece ha involucrar solo con personas adictas, sentía que andar con personas que no consumían no me entendían cuando tenia como 19 años me capturo la policía y me llevaron preso yo tenia un buen trabajo y lo perdi.estuve casi un año preso al salir tuve mis antecedentes machados mis antecedente y me encontré que o podía conseguir trabajo y emepece ha pedir dinero a la jente hasta me quede sin un hogar y anduve viviendo en las calles recogiendo la basura para poder comer y pidiendo dinero a las personas, sentía que yo ya no valia nada”*

### **Sustracción de testimonio de pacientes**

*“mi papá se dejo de mi mamá y esta experiencia me impulso a freceuntar cluber nocturnos y conoci los placeres que ofrecen estos centros, comencé a consumir alcohol, cerveza, tequila, güisqui, vodka y distintos tragos preparados que daban en las barras de las discos. Mi búsqueda por la salud de mi vida emocional me llebo cada vez más profundo y conocí lugares que o están abiertos al publico en general sino que son clandestino.*

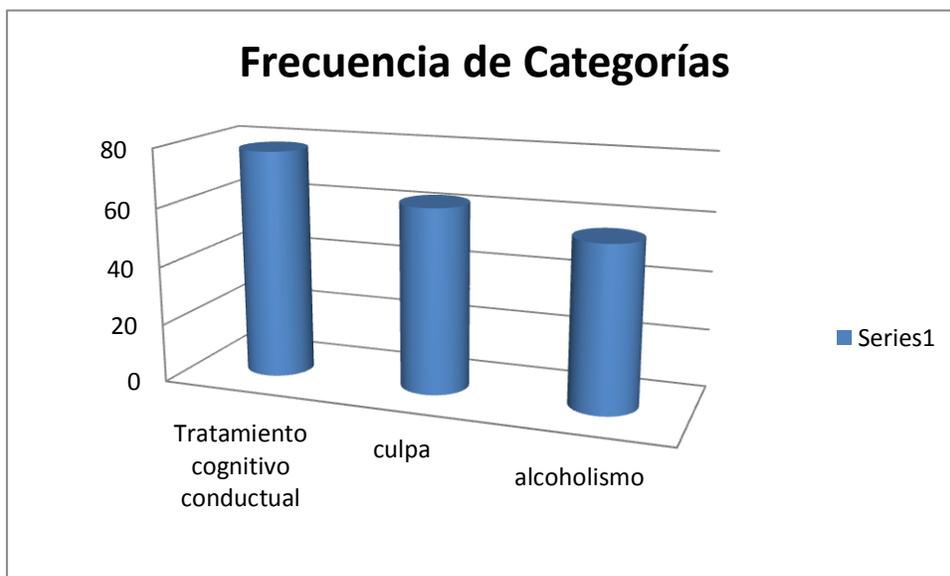
*Emepece a consumir cocaína mezclada con alcohol y un bom en mis emociones y me sentí cada vez mejor, sin embargo esto fue solo el lanzamiento hacia arriba con una velocidad extrema con la cual también tenia que caer. Robe*

*en mi casa y luego en las calles, fui golpeado, estuve preso, casi me matan por esta adicción.”*

### 3.3 Presencia de cada categoría.

#### Frecuencia con la que aparece en los materiales analizados cada categoría.

A continuación se presenta la frecuencia con que aparecen en los materiales analizados tomándolos en cuenta por categorías:



Descripción: se presentan los resultados de la recolección de datos de los diferentes instrumentos aplicados en el centro de rehabilitación desafío juvenil.

Se puede apreciar que la frecuencia de las categorías de las cuales partió el análisis de la entrevista semiestructurada realizada, la recopilación de testimonios y la observación participativa a la población objeto de estudio, el porcentaje más alto hace referencia a la categoría del -Tratamiento Cognitivo-

Conductual-, el cual permite un mejor abordaje en las personas que presentan sentimiento de culpa generada por el alcoholismo, categorías que se observan en la gráfica con un rango menor, siendo estas las generadoras de la aplicación del Tratamiento Cognitivo-Conductual, la cual se adecua al tratamiento de la persona alcohólica.

Por lo tanto, se puede estimar que el a través del enfoque cognitivo conductual se puede proporcionar un tratamiento a la adicción del alcoholismo teniendo como resultados la reducción de efectos como el sentimiento de culpa y una disminución del consumo de alcohol en los pacientes adictos.

La Hipótesis de trabajo u operacional La Terapia Cognitivo-Conductual se adecua al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo

La hipótesis se fundamentó en la recopilación de datos obtenidos a través del trabajo de campo y en las teorías expuestas que fueron referencia para comprobar si la Terapia Cognitivo-Conductual se adecua al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo, partiendo de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información, por ello, la Terapia Cognitivo Conductual, se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol, teniendo como objetivo facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción.

La Terapia Cognitivo Conductual se adecua al tratamiento de personas con sentimiento de culpa generada ya que a través de las diferentes técnicas conductuales como:

Las metas conductuales que tienen el objetivo de modificar conductas del paciente, prácticas de conducta en las cuales el paciente muestra cómo se comportaría fuera de la terapia y entrenamientos de relajación.

De igual manera en la Terapia Cognitivo Conductual hay diversas técnicas cognitivas como la identificación de pensamientos negativos que tiene como objetivo identificar el problema, las metas que se desean alcanzar, y las habilidades con las que cuenta el paciente para solucionar la problemática que presenta.

Con lo anteriormente descrito, la terapia cognitivo conductual se adecua a reducir los sentimientos negativos que presenta el paciente, mejorando significativamente su estado emocional, su dinámica familiar, siendo esta el factor desencadenante del sentimiento de culpa que presenta la persona alcohólica, todos estos factores favorables brindan al paciente una pronta recuperación, reduce una recaída en el alcoholismo y la pronta reinserción social.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

El tratamiento cognitivo conductual se adecua al abordaje de personas que presentan sentimiento de culpa generada por el alcoholismo, ya que esta permite la toma de conciencia sobre los pensamientos y emociones que presenta el paciente, para que de esta manera, puedan enfrentar la adicción que tienen, y se minimice la posible recaída en el alcohol nuevamente.

El sentimiento de culpa generada por el alcoholismo tiene diferentes factores que la causan siendo el principal la familia del adicto ya que la carencia afectiva afecta la rehabilitación del paciente.

A través de los resultados de la investigación realizada se puede observar que los índices de consumo de alcohol empieza a temprana edad en adictos, siendo el alcohol una de los principales drogas consumidas.

La culpa que genera el alcoholismo, obstaculiza el manejo de abstinencia en el adicto, ya que conlleva diferentes sentimientos negativos lo cual incrementa la posibilidad de una recaída en la adicción.

## 4.2 RECOMENDACIONES

Apoyo a pacientes que presentan problemas de alcoholismo ya que en la actualidad, esta enfermedad tiene un alto impacto en nuestra sociedad, ya que vemos que se empieza el consumo de alcohol a muy temprana edad, minimizando la calidad de vida de las personas alcohólicas.

Implementación de programas con abordaje Cognitivo Conductual, para mejorar la calidad de vida del paciente, su pronta recuperación, y reinserción social.

La universidad de San Carlos de Guatemala, debe crear programas en los cuales involucre a los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas para que puedan ir a instituciones como lo es Desafío Juvenil, y convivir con personas que presenten este tipo de problemática y brindarles talleres, charlas motivacionales, ya que son de mucho beneficio para estas personas.

Creación de campañas sobre concientización de la adicción al alcohol en jóvenes, ya que el porcentaje de pacientes que consumen dicha droga comienza a temprana edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, Jhon R. "Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral." Segunda edición. Editorial Impacto en Medios Publicitarios S.A. México, 2001. P.p 513.

Beck, Aaron. "Terapia Cognitiva de las Drogodependencias". Editorial Paidós. Madrid, 1999. P.p 457.

Beck, Aaron. "Terapia Cognitiva: basics and beyond." Editorial Guilford Press. New York, 1995.P.p 391.

Bosch-Capblanch X, Abba K, Pricor M, Garner P. "Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes. La Biblioteca Cochrane Plus. Edición 4. Oxford, 2008

Casas, Miguel. "Avances en drogodependencias". Barcelona 1995. P.p 305.

Casas, M. y Gossop, M. "Recaída y prevención de recaída. Tratamientos Psicológicos en drogodependencias". Barcelona1993. P.p 372.

Caballo, Vicente E. "Manual de técnicas y terapia, y modificación de la conducta". Segunda edición. Editorial, Siglo XX de España editores S.A. España, 2008. P.p 841.

Caballo, Vicente E. "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos vol. 2". Segunda edición. Editorial, siglo XX de España S.A. España 2008. P.p 721.

Comisión contra las adicciones y tráfico ilícito de drogas. "Plan Nacional antidrogas". Guatemala, 2003. P.p 101.

Chance P. "Aprendizaje y conducta." Tercera edición. México, 2001. P.p 418.

De la Garza, Fidel "La juventud y las drogas: guía para..." Primera edición. Editorial Trillas. México D.F 1983. P.p 217.

Díaz, Jorge Bolívar, "Evaluación del impacto institucional que el consumo de drogas representa en departamentos del país un estudio-control en 1996". SECCATID/SECIS. Guatemala, 1996. P.p 101.

Díaz, Jorge Bolivar "Situación del abuso de drogas en Guatemala". SECCATID. Guatemala, 1998. P.p 90.

D.S.M - IV - R. (1995) "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Versión española de Valdes, M. y col. Masson. Barna. P.p 1049.

Fernández Hermida, José Ramón. Secades Villa Roberto. "Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias". Segunda edición. Ministerio de Sanidad y consumo. Centro de comunicaciones 2002. P.p 384.

Gálvez C, Guerrero M. "Intervención psicológica."En: Tirado P, coordinador. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo

de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2008. P.p 240.

García, A. (1987): "Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria" en P.F. Ramos, A. García, J.L. Graña et al. (compiladores), Barcelona: Asociación para el estudio y promoción del Bienestar Social. P.p 160.

Jaffe, Jerone."Vicios y drogas: problemas y soluciones". Editorial tierra firme. México D.F, 1980. P.p 128.

Kazdin Alan E. "Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas". Segunda edición. México, Distrito Federal, 1996. P.p 343.

Klein SB. "Aprendizaje principios y aplicaciones." Madrid: McGraw-Hill; 1994. P.p 453.

Larger Brancolini F. Y cols. "Manual de drogodependencias para profesionales de la salud". Ediciones LU. Barcelona, 2002. P.p 381.

Madden, J. S. "Alcoholismo y Farmacodependencia". Segunda edición. Editorial Manual moderno S.A de C.V. México D.F 2000. P.p 351.

Ministerio de Salud Pública "Normas mínimas de atención" Guatemala 2006. P.p 26.

Ministerio de salud pública "Evaluación de necesidades para un programa contra el uso de drogas en Guatemala". 1990.

Prada, Rafael “Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas”. Cuarta edición. Editorial San Pablo. México, 1998. P.p 284.

Quinto Barrera, See King Emilio. “El Modelo Cognitivo: La psicoterapia”. Primera edición. Editorial San Antonio. Guatemala, 2002. P.p 78.

Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. “Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos.” Editorial Pirámide. Madrid, 2003. P.p 703.

Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. “Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína”. Editorial Pirámide. Madrid, 2000. P.p 243.

Secretaría General de Planificación. “Programa de Gobierno” Guatemala, 1996. P.P 136.

Tejero, A y Trujols, J. “El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas”. Madrid, 1994. P.p 145.

Tapia Roberto. “Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas”. Manual Moderno. México, Distrito Federal, 2001. P.p 289.

West Robert. “Teoría de las adicciones”. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. P.p 211.

# Anexo

**Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Centro Universitario Metropolitano.  
Escuela de Ciencias Psicológicas.  
Centro de rehabilitación Desafío Juvenil.**



**Propuesta de programa dirigida a la institución Desafío Juvenil para el  
tratamiento de pacientes con sentimiento de culpa generada por el  
alcoholismo.**

A continuación se presenta la propuesta para minimizar el sentimiento de culpa en el paciente adicto al alcohol, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida y la pronta rehabilitación del paciente.

**Fase I**

**Primera sesión: Evaluación de la conducta de la persona.**

(Duración 45 minutos)

Entrevista con el paciente acerca del comportamiento que presenta actualmente y las problemáticas que han desencadenado las mismas.

**Segunda sesión: Evaluación de la duración de la adicción de la persona.**

(Duración 45 minutos)

Evaluación del tiempo que ha tenido el paciente consumiendo alcohol, y el daño emocional que esta ha causado en la persona.

**Tercera sesión: Valoración de motivación del tratamiento.**

(Duración 45 minutos)

Evaluación de los pacientes en el tratamiento ya que se deben motivar en cada sesión para que haya un avance significativo, que minimice el riesgo de una posible recaída

## **Fase II**

### **Cuarta sesión: Historia de aprendizaje de la adicción**

(45 minutos)

Que el paciente tome conciencia de en qué consiste la ingestión del alcohol los problemas y enfermedades que contraen a causa de este y en que tiempo requerido se ven las consecuencias.

### **Quinta sesión: Técnicas para autocontrol de abstinencia.**

(Duración de 45 minutos)

Realizar talleres de musicoterapia, luego hacer una reflexión de cómo se encuentra el paciente en ese momento y que se exprese a través de su dialogo.

## **Fase III**

### **Sexta sesión: Evaluación de relaciones socio-interpersonales**

(Duración 45 minutos)

Que se fortalezcan los lazos afectivos del paciente con la reconstrucción de sus vínculos familiares, al igual que la reestructuración.

### **Séptima sesión: Reestructuración cognitiva**

(Duración 45 minutos)

Se trabajaran como ir controlando los niveles de ansiedad que presenten los pacientes para que puedan mantener abstinencia, al igual que técnicas de relajación que al emplear los pacientes minimizara sus niveles de estrés.

#### **Fase IV**

##### **Octava sesión: Prevención de recaídas.**

(Duración 45 minutos)

Aprendizaje y reforzamiento de habilidades necesarias para los pacientes para lograr controlar la abstinencia y así minimizar una recaída.

##### **Novena sesión: reinserción social.**

(Duración 45 minutos)

El fin es que la persona pueda integrarse nuevamente a la sociedad y desempeñar un papel productivo en ella en el cual se sientan útiles y de provecho.

**Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Centro Universitario Metropolitano.  
Escuela de Ciencias Psicológicas.  
Centro de rehabilitación Desafío Juvenil.**



### **Entrevista semiestructurada dirigida al personal de la institución.**

*A continuación se presentan preguntas enfocadas al estudio del sentimiento de culpa generada por el alcoholismo.*

1. Rango de edad en el que se encuentra la mayoría de pacientes adictos al alcohol.
2. Descripción de cada uno de los pasos en el proceso de rehabilitación que se utilizan en la institución.
3. ¿Problemas psicológicos asociados al consumo de alcohol?
4. ¿Cómo manejan la culpa generada por el alcoholismo?
5. ¿Qué tipo de sintomatología presenta el paciente con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo?
6. ¿Qué tipo de estrategias cognitivo – conductuales se emplean para brindar el tratamiento psicoterapéutico a personas adictas al alcohol?
7. Actividades realizadas para el manejo del control de impulsos de la abstinencia.

8. ¿Cuáles son los pasos del proceso de rehabilitación que utilizan en dicho centro?
  
9. ¿Cuál es el perfil de los alcohólicos?
  
10. ¿Qué tipo de problemática es más común con los pacientes alcohólicos?

**Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Centro Universitario Metropolitano.  
Escuela de Ciencias Psicológicas.  
Centro de rehabilitación Desafío Juvenil.**



### **Entrevista semiestructurada dirigida a pacientes de la institución.**

*A continuación se presentan preguntas enfocadas al estudio del sentimiento de culpa generada por el alcoholismo.*

1. ¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de tratamiento de rehabilitación al no consumir alcohol?
2. ¿Ha manifestado sentimientos de culpa generadas por el consumo de alcohol?
3. ¿Qué síntomas ha presentado por la culpa generada por el alcoholismo?
4. ¿Qué síntomas ha presentado mientras está ansioso?
5. ¿Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la culpa?
6. Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la depresión.
7. ¿Ha presentado sentimientos de culpa durante el proceso de rehabilitación?
8. ¿Problemas actuales que dificultan la reinserción social por la culpa generada por el alcoholismo?

9. ¿Qué factores han influido, para que manifieste sentimientos de culpa?
10. ¿Se ha sentido deprimido durante el proceso de rehabilitación?
11. ¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de consumo de alcohol?
12. ¿Procesos judiciales que ha tenido o tiene pendientes en la actualidad o estancias en prisión?

**Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Centro Universitario Metropolitano.  
Escuela de Ciencias Psicológicas.  
Centro de rehabilitación Desafío Juvenil.**



### **Actividades observadas.**

En el centro de rehabilitación, cuentan con un horario establecido. El inicio de las actividades de los pacientes comienza a las 5:30am y termina a las 10:00pm.

Dentro de las actividades que observe que realizan en el centro de rehabilitación fue:

Reciben clases impartidas por maestros que llegan de lunes a viernes, en diferentes horarios, a veces por las mañanas o por las tardes, la duración de las clases es aproximadamente de 1 a 2 horas dependiendo del día y la jornada.

Los pacientes reciben clases de computación, ya que cuentan con un espacio con aproximadamente 10 computadoras, algunas veces dependiendo de la cantidad de estudiantes pueden compartir en parejas las computadoras.

Los pacientes reciben actividades ocupacionales como la realización de cuadros pintados a mano alzada, realizan marcos en el taller de carpintería, origami, pulseras. Todos los objetos realizados están de venta al público, ya que la institución se mantiene activa a través de las donaciones y de las ventas de los productos que realizan los pacientes.

Los pacientes realizan actividades de agricultura en el huerto que tienen en la terraza de la institución, ya que cultivan diferentes verduras para el consumo de las mismas.

A través de las diferentes actividades realizadas por la institución, formulé mi propuesta terapéutica basada en la terapia cognitivo conductual para las personas con sentimiento de culpa generada por el alcoholismo.