

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Estudio de caso: “Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social” –CAS-
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Saúl Estuardo Quiñonez de León

Guatemala, agosto 2018

Estudio de caso: “Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social” –CAS-
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Saúl Estuardo Quiñonez de León

M.A. Diana Sierra de Gamalero (Asesora)
M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisora)

Guatemala, agosto 2018

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinador de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de mayo del año 2018

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social” –CAS-”. Presentado por el (la) estudiante: Saúl Estuardo Quiñonez de León, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.A. Diana C. Sierra D. de Gamalero
Asesor



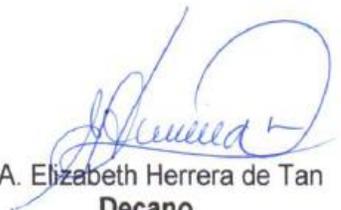
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de mayo del año 2018.

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Estudio de caso: “Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social” –CAS-“.** Presentado por el (la) estudiante: **Saúl Estuardo Quiñonez de León**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de agosto del 2018. _____

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: "Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social" –CAS-", presentado por el (la) estudiante Saúl Estuardo Quiñonez de León reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Visión	4
1.6 Misión	4
1.7 Programas establecidos	4
1.8 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Definición de alcoholismo	5
2.1.1 Tipos de alcoholismo	6
2.1.2 Tipos de alcohólico	7
2.1.3 El alcoholismo en Guatemala	8
2.2 Estadios del cambio	9
2.2.1 Los procesos del cambio	10
2.2.2 Niveles de cambio	11
2.3 Causas emocionales del alcoholismo	12
2.4 Manejo de las emociones y el consumo de alcohol	14
2.5 Inteligencia emocional y alcoholismo	14
Capítulo 3 Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	17
3.1.1 Problemática del caso de estudio	18
3.2 Pregunta de investigación	19
3.3 Objetivo general	19

3.4	Objetivos específicos	19
3.5	Alcances y limitaciones	19
3.5.1	Alcances	19
3.5.2	Limitaciones	20
3.6	Metodología	20
3.6.1	Procedimiento	20
3.6.2	Descripción de pruebas	21

Capítulo 4 Presentación de resultados

4.1	Sistematización del estudio de caso	23
4.1.1	Motivo de consulta	23
4.1.2	Historia del problema actual	23
4.1.3	Historia clínica	24
4.1.4	Historia familiar	26
4.1.5	Examen del estado mental	27
4.1.6	Resultado de pruebas	28
4.1.7	Impresión diagnóstica	31
4.1.8	Recomendaciones	32
4.1.9	Plan terapéutico	33
4.1.10	Análisis de resultados	35

Conclusiones	40
---------------------	----

Recomendaciones	41
------------------------	----

Referencias	42
--------------------	----

Anexos	46
---------------	----

Resumen

En la presente investigación, se expone el estudio de caso realizado como parte de la Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, campus central, zona 16 ciudad capital. Como parte del proceso de práctica el alumno Saúl Estuardo Quiñonez de León; la llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social –CAS- con ubicación en 7ª. Avenida, 3-17, zona 9 Edificio Buonafina 3er. Nivel, Ciudad Guatemala, con un tiempo de duración aproximado de diez meses, de enero a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, Marco de referencia, se compone de la información descriptiva estructurada y detallada de la institución social, ubicación física, organización interna, visión y misión de la organización, así como también de los programas establecidos, a su vez se describe la justificación de dicha investigación.

El capítulo 2, Marco teórico, expone la base teórica del presente informe de manera detallada y precisa sobre la investigación del manejo de emociones y su efecto en el consumo de alcohol, fundamentada en diversos autores.

En el capítulo 3, Marco metodológico, se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, la metodología utilizada, fue realizada a través de una sistematización de estudio de caso, tomando a un participante del proceso terapéutico. Se detalla el procedimiento llevado a cabo en la realización del psicodiagnóstico, utilizando distintas pruebas proyectivas y psicométricas, para establecer un diagnóstico adecuado, pudiendo realizar un plan terapéutico basado en las características y necesidades verbalizadas por el paciente.

Capítulo 4. En este capítulo, se presenta la sistematización del estudio de caso, describiendo información importante del paciente, incluyendo datos generales, motivo de consulta, historia del problema, entre otros, en este punto se incluye conclusiones y recomendaciones del análisis de resultado.

Introducción

Como se conoce, el alcoholismo es un trastorno de conducta que utiliza un exceso de bebidas alcohólicas y por ende, se pierde el control del individuo, llegando a afectar significativamente la libertad de la persona, el deterioro de las relaciones interpersonales, conductas autodestructivas y problemas en el manejo de situaciones vitales.

El alcoholismo en Guatemala, es una de las afecciones comunes que presentan la población, el uso de bebidas alcohólicas, se utiliza como un suplemento de vacíos afectivos o vacíos interiores profundos, pudiendo huir de la realidad que les afecta, convirtiéndose en una carga tanto física como emocional, muy difícil de sobrellevar.

El desarrollo de la sistematización del estudio de caso, se realizó a través de una pregunta de investigación, la cual formuló el objetivo general y los objetivos específicos. Se logró determinar toda una serie de conceptos y criterios, por el cual el participante presentaba inconvenientes en el manejo de emociones y por ende, presentaba dificultades en el manejo de su consumo de bebidas alcohólicas.

El trabajo de práctica profesional dirigida, se realizó en las instalaciones del Centro de Asistencia Social –CAS, en el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron pruebas proyectivas y psicométricas, así como escalas de consumo de alcohol, las cuales orientaron a una mejor evaluación, logrando por parte del paciente, el reconocimiento del problema de dependencia alcohólica, así como la problemática presentada por la falta de manejo de emociones.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La implementación del Centro de Asistencia Social - CAS, surge como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel. Esta proyección Social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de Ciencias psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología.

También cumple con la función de fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

La práctica supervisada se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana -CAS, ubicado en la zona 9 de la ciudad capital, en coordinación con Licda. María Fernanda Ramírez, coordinadora del centro, quien en coordinación con la catedrática Licda.

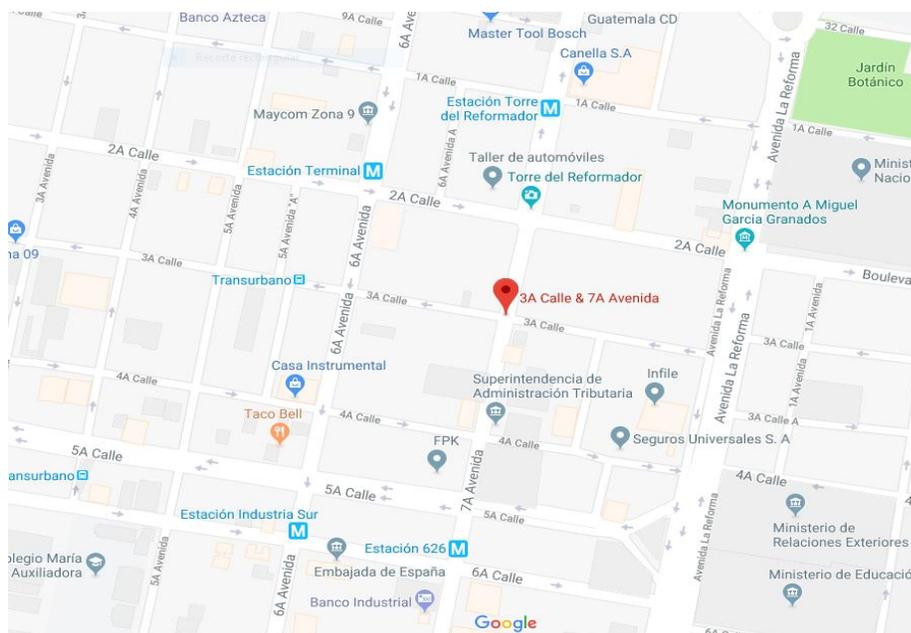
Melissa Lemus, supervisan la realización de este proceso profesional, designando diversos casos para su abordaje psicológico. El centro de asistencia social cuenta con apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos. Posee un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

El proceso de práctica de Psicología Clínica dio inicio el 23 de enero de 2017, acudiendo los días lunes de 4:00 p.m. a 6:00 p.m., miércoles de 2:00 p.m. a 6:00 p.m., sábado de 12:00 p.m. a 2:00 p.m., finalizando el día 15 de noviembre de 2017.

1.3 Ubicación

La práctica profesional se llevó a cabo en la siguiente dirección: 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel, Ciudad Guatemala.

Imagen 1
Centro de Asistencia Social CAS

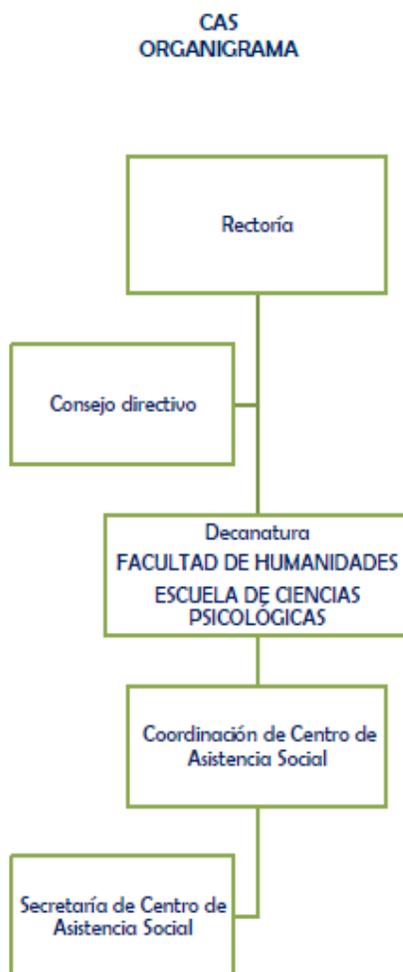


Fuente: Google Maps

1.4 Organización

A continuación, se presenta el organigrama del Centro de Asistencia Social.

Imagen 2
Organigrama Centro de Asistencia Social CAS



Fuente: Centro de Asistencia Social, 2017.

1.5 Visión

Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad Guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética.

1.6 Misión

Nuestra misión es brindar asistencia Social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

1.7 Programas establecidos

Se proporciona apoyo psicológico y de consejería social por practicantes de quinto año de la Universidad Panamericana a niños adolescentes y adultos, adicionalmente cuenta con la implementación de Escuela para padres gratuita.

1.8 Justificación de la investigación

Se realiza el trabajo de campo, con el propósito de optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en la casa de estudios Universidad Panamericana, por lo tanto, los estudiantes del 5° año de la carrera en mención realizaron el proceso de Práctica Profesional Dirigida, en el Centro de Asistencia Social (CAS).

Capítulo 2

Marco Teórico

El capítulo actual, se fundamenta en investigaciones y estudios previos que permiten comprender y clarificar ideas acerca del trastorno por consumo de alcohol. Asimismo, se explica acerca de la importancia de comprender los estadios de cambio previo a cualquier intervención psicoterapéutica. El propósito es demostrar y a su vez analizar, la problemática derivada del trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años, atendido en el Centro de Asistencia Social.

2.1 Definición de alcoholismo

Según el boletín de la oficina sanitaria panamericana (1981), es una actividad del ser humano relacionada con el uso del alcohol etílico como bebida. Al respecto, se debe señalar que no ha sido posible producir en los animales de experimentación una conducta vinculada al uso del alcohol, en forma similar a la que se manifiesta en el hombre.

Si bien frente a la carencia de determinados elementos de la dieta pueden buscar de modo selectivo el consumo de bebidas alcohólicas, este desaparece cuando se equilibra el régimen alimenticio; por otra parte, aunque se ha logrado obtener la aparición de signos por privación de alcohol después de graves intoxicaciones alcohólicas, nunca se observó la búsqueda de alcohol como solución (OMS, 1976).

Asimismo, la cantidad de alcohol que se bebe es excesiva. Tal como se sabe, su uso moderado no conlleva mayores riesgos, pero el problema surge cuando la cantidad ingerida altera el funcionamiento armónico del psiquismo, del sistema nervioso central y, por último, de otros órganos y del cuerpo en su totalidad. El uso excesivo de bebidas alcohólicas es crónico. No se trata de un uso excesivo ocasional, que conduzca a la embriaguez, sino de un uso reiterado a través del tiempo que lleva a embriagueces repetidas o que sobrepasa en forma reiterada la

capacidad del organismo para disponer del alcohol, es decir, para metabolizarlo y eliminarlo (Naveillan, 1980).

Jellinek (1960) explica que es un uso excesivo crónico de bebidas alcohólicas en que se da una pérdida de libertad del individuo. Una persona normal puede decidir con libertad si beberá alcohol o no, y también si se embriagará o no, antes o durante el acto de beber, en función de los fines que persiga (pasar un buen momento, ser sociable, olvidar, alegrarse, vencer timideces, aliviar la angustia, etc.), y controlar de manera voluntaria su conducta en función de los mismos. Según el manual diagnóstico DSM-5 (2014), refiere que el individuo al presentar el trastorno relacionado con el consumo de alcohol, manifiesta un deterioro o malestar clínicamente significativo por al menos un lapso de tiempo de 12 meses. Los rendimientos académico y laboral pueden deteriorarse por los efectos tras el consumo o por las intoxicaciones tanto en los lugares de trabajo como de estudio. Finalmente, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos, psicológicos, sociales o interpersonales.

2.1.1 Tipos de Alcoholismo

Cloninger (1996), define dos tipos de consumo alcohólico, el tipo 1 que es un consumo que busca el placer (o evitar el dolor), limitado por el medio, la dependencia es más bien psicológica, se asocia a personalidades pasivo-dependientes y ansiosas. Y el tipo 2 que es un consumo indiferente del entorno, más antisocial y por búsqueda de sensaciones, suele predominar más en hombres, influyen factores hereditarios y predomina la dependencia física con inicio precoz (menores de 25 años). Sin embargo, Babor (2010) también propone dos tipos de consumo: El tipo A (de inicio tardío, con menor vulnerabilidad y ausencia de problemas psicológicos asociados) y el tipo B de inicio precoz, con progresión rápida, trastornos psicológicos asociados, alta vulnerabilidad genética.

2.1.2 Tipos de Alcohólicos

Jellinek (1960), describió los tipos de alcohólicos clasificándolos en cinco grupos. Las categorías de Jellinek son antiguas (1952) pero su clasificación ha tenido mucha influencia en modelos posteriores. Los tipos de bebedor son:

Alcohólico Alfa: Es el tipo de bebedor al que podemos caracterizar como enfermo psíquico. El alcohólico alfa presenta una dependencia del alcohol psicológica, pero no física. No existe, por tanto, síndrome de abstinencia. El consumidor mantiene el control sobre el consumo, pero no lo abandona porque utiliza la sustancia para paliar algún dolor emocional o psíquico.

Alcohólico Beta: bebedor excesivo regular. Tampoco existe dependencia fisiológica. Los factores socioculturales son determinantes. Presentan complicaciones alcohólicas como gastritis, cirrosis hepática, etc.

Alcohólico Gamma: bebedor Alcoholómano. Existe dependencia fisiológica, pero también una gran importancia de los factores psicológicos, que son los más importantes. En estos casos son relativamente frecuentes largos periodos de abstinencia.

Alcohólico Delta: bebedor alcoholizado. Dependencia fisiológica y psicológica. Los factores sociales son determinantes, son bebedores sociales incapaces de largos periodos de abstinencia. Es un perfil de progresión lenta.

Alcohólico Epsilon o Dipsomanía: bebedor episódico. El estado habitual de abstinencia o consumo moderado se interrumpe por episodios de ingesta masiva de alcohol.

2.1.3 El alcoholismo en Guatemala

El alcoholismo es uno de los problemas graves que afecta a la población guatemalteca. No discrimina edad, género y profesión. Hoy en día, decenas de personas sufren de esta dependencia, que según la Liga de Higiene Mental estaría vinculada principalmente a las frustraciones.

Algunas organizaciones consideran que no es posible cuantificar cuántos alcohólicos hay en el país, porque no todos aceptan que tienen ese problema, por lo que dificulta obtener cifras reales, sin embargo, solo en Alcohólicos Anónimos (AA) hay un registro aproximado de 30 mil integrantes que estarían en recuperación (Castañón, 2016).

La edad de inicio promedio para el consumo y abuso de alcohol es antes de los 13 años, según los estudios de los diferentes países entre ellos Guatemala. Este dato comparado con el informe del grupo de A.A. en Guatemala: “La edad de las personas que acuden por primera vez a Alcohólicos Anónimos (AA) ha disminuido. Antes los visitantes superaban los 30 años, ahora son cada día más los menores de 20 años” (Ferraté, 2016).

Según estudios realizados por el Patronato Antialcohólico y la Secretaria Ejecutiva de la Vicepresidencia de la República de Guatemala (2010), señalan que: “en promedio los guatemaltecos se inician en el consumo de licor, a la edad de los 15 años. También mencionan que de cada 100 guatemaltecos, 66 consumen licor. En promedio, un individuo ingiere 64.75 litros de bebidas alcohólicas al año”.

Por otra parte en un estudio realizados por SECCATID (2003), llamado la Desregulación Psicológica y su relación con el uso de drogas en adolescentes, realizado en un grupo de 8500 adolescentes guatemaltecos entre 12 y 20 años, concluyó: “que uno de cada tres estudiantes reportó por lo menos un problema social, legal o médico, relacionado con el uso de alcohol. La preeminencia de alcoholismo y de la drogadicción en los adolescentes era más evidente en los hogares que tenían antecedentes en el uso de los mismos”.

2.2. Estadios del cambio

Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), explican que los estadios representan la dimensión temporal, es decir, cuándo cambia la gente. Al ayudar a alguien se debe considerar el momento particular en el que se encuentra. Se postula que para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

Para alcanzar el éxito en el cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto. En otras palabras, lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en que se encuentre. Los estadios que los autores proponen son los siguientes:

- Precontemplación: es probable que el paciente concurra por constricción externa (orden judicial, familiares, etc.), manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio. El riesgo de abandono aquí varía entre un 40% y un 60%, e incluso a un 80% en casos relacionados con el consumo de sustancias.
- Contemplación: el sujeto reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
- Preparación: en esta etapa la persona se halla lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos en pos del objetivo.
- Acción: se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Su duración es de 6 meses.
- Mantenimiento: sigue a la acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.
- Finalización: el cliente ya no necesita de la utilización de ningún proceso de cambio a fin de impedir la recaída o el regreso al problema.

Es importante destacar que, al intentar cambiar un problema, gran parte de los sujetos recaen al menos una vez en el proceso, pero la mayoría de ellos suele volver a empezarlo desde la etapa de contemplación o preparación, para luego pasar a la acción. Por lo tanto se dice que el cambio no sigue un patrón lineal, sino más bien uno en espiral. La mayoría de los sujetos incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de lo experimentado en las recaídas. También es primordial que el terapeuta recuerde que los estadios del cambio son específicos para cada conducta – problema (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

2.2.1 Los procesos del cambio

Prochaska (1978), se refieren a la dimensión procesal (cómo cambian las personas). En otras palabras, se refiere a que son las herramientas utilizadas por cada individuo en su propósito de solucionar determinados problemas. Los procesos de cambio que podemos encontrar con más frecuencia son:

- **Concientización:** se refiere a las actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que pueda obtener respuestas efectivas. El objetivo es la toma de conciencia sobre las experiencias tanto cognitivas como afectivas. Cualquier aumento de conocimiento, sea de la fuente que sea, también incrementa la conciencia. Algunos procedimientos terapéuticos para aumentar la conciencia sobre el individuo o la naturaleza de su problema son: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la interpretación y la confrontación.
- **Autoreevaluación:** es un proceso desencadenado por algunas actividades que la persona realiza luego de reevaluar aspectos cognitivos y afectivos. Consiste en la reflexión sobre la necesidad de cambiar o no las cosas, el conflicto con su sistema de valores y los posibles beneficios y desventajas. Es común que el sujeto sienta que, si bien las cosas mejorarían con el cambio, este tendría un costo.
- **Autoreevaluación social:** el individuo considera que, si el cambio sucede, su entorno sería más saludable.

- Autoliberación: luego de hacer una retasación de su situación, la persona toma la decisión de cambiar la conducta problemática.
- Liberación social: consiste en actividades que ayuden a que el individuo tenga más alternativas para elegir; al modificar el entorno de la persona también se puede ayudar a que otros cambien.
- Relieve dramático: es cuando se experimentan y expresan emociones producidas por las consecuencias negativas que conlleva la conducta problema.
- Contracondicionamiento: es un proceso conductual que consiste en la modificación de una respuesta (ya sea motora, fisiológica o cognitiva) que son provocados por estímulos condicionados a una conducta específica; con dicho proceso se logra favorecer y desarrollar más opciones de conducta (ejemplo de esto son las técnicas de control de ansiedad, como los ejercicios de relajación y respiración).
- Control de estímulo: esta técnica implica una reestructuración del ambiente con el objetivo de reducir la probabilidad de que el estímulo se presente.
- Manejo de lo eventual: el objetivo central de este proceso es utilizar una serie de actividades para cambiar las consecuencias que siguen al comportamiento problemático mediante un sistema de refuerzos y castigos. Este último no sólo es cuestionable desde un punto de vista ético sino que tampoco es usado con frecuencia por terapeutas y por las personas que consiguen cambiar exitosamente solas. Una forma de refuerzo que es muy simple y eficaz es la autovaloración.
- Relaciones de ayuda: es esencial para lograr el cambio y se refiere simplemente, al apoyo social que pueden proveer los familiares, amigos etc.

2.2.2. Niveles del cambio

Prochaska & Prochaska (1993), explican que los niveles de cambio constituyen la dimensión objetual o lo que debe ser cambiado. Y se representa por varios niveles interrelacionados que engloba los problemas psicológicos susceptibles de tratamiento, a saber:

- Síntoma / Situación
- Cogniciones desadaptativas
- Conflictos actuales interpersonales
- Conflictos familiares / sistemas
- Conflictos intrapersonales

Es muy importante que al momento de la intervención, el terapeuta pueda definir a cuál nivel demanda ser ayudado el sujeto porque suelen variar aún en pacientes que presentan síntomas similares. Prochaska & Prochaska (1993), recomiendan comenzar con el primer nivel debido a que: a) Las personas que intentan cambiar solas tienden a utilizarlo más. b) Es el nivel que menos resistencia ofrece y es más accesible a la conciencia. c) Por último, suele representar el motivo de consulta.

Si el cambio no se concreta se puede recurrir a la estrategia de cambio de nivel. Aunque si el paciente reclama desde la primera entrevista, ser ayudado desde cierto nivel, se utiliza la estrategia del nivel clave. Por último, puede suceder que el sujeto llegue demandando al mismo tiempo problemas en varios niveles, la estrategia que se utiliza aquí es la de impacto múltiple.

2.3 Causas emocionales del alcoholismo

El abuso de bebidas alcohólicas causa un conjunto de trastornos, los cuales pueden afectar físicamente, el cuerpo cambia, las capacidades y el funcionamiento del cerebro disminuyen, el sistema nervioso y muscular se vuelven excesivamente tensos. El resto de dependencias, como el alcoholismo, se manifiesta principalmente en el momento en que se necesita colmar un vacío afectivo o interior profundo. Los motivos para beber abusivamente pueden ser muy variados: huir de la realidad, afrontar miedos, la autoridad, o simplemente a la humanidad, ya que se tiene miedo de mostrarse, de vencer inhibiciones y darse valor para seguir adelante, hablar, o entrar en contacto con el sexo opuesto; o simplemente para buscar algo de poder (Wilson, 1958).

Por otra parte, se viven sentimientos tales como la soledad, aislamiento, culpabilidad, angustia interior, incomprensión y alguna forma de abandono familiar o de otra índole, y se puede llegar a pensar que se es una persona inútil, sin valor, inepta, inferior e incapaz de actuar para el mismo o para los demás. Frecuentemente, se desea huir de una situación conflictual, bebiendo alcohol. Cuando el alcohólico consume un vaso de alcohol, la tensión inicial disminuye en un primer tiempo, y se realiza una especie de relación simbiótica que parece ser, tensión más alcohol, igual a bienestar. Así cada vez que se vive un inconveniente personal, la información grabada en el cerebro conducirá a tomar una copa de alcohol para lograr un sentimiento de bienestar. Se desarrollará un automatismo, lo cual es una respuesta automática de la mente (Wilson, 1958).

Puede que el origen del alcoholismo resida en la dificultad que se experimenta, siendo niño o adolescente, con la familia, ya que; probablemente, uno de sus miembros sufre de la enfermedad del alcoholismo. Incluso puede que se haya intentado disociar de la familia, y en cualquier caso se debe de ser consciente de la desvalorización de las imágenes parentales y de sus posibles consecuencias en todos los aspectos de vida. En ciertas familias los adultos han educado al niño, que beber es como un juego, una costumbre o algo totalmente normal. Pero ingerir alcohol no está exento de trastornos neuróticos, alteraciones de la personalidad e incluso carencias nutricionales (Wilson, 1958).

Wilson (1958), indica que el alcoholismo puede también proceder para olvidar ciertas preocupaciones del pasado, pero sobre todo los inconvenientes del presente. Se pierde entonces el contacto, para algún tiempo, con sentimientos de soledad, de incomprensión, de impotencia, de no ser como los demás, de rechazo. Aparentemente los afectados experimentan un estado de sentirse liberados, comprendidos, y con un aparente bienestar. Pero esta situación va empeorando a medida que crece la dependencia del alcohol porque se está cada vez más insatisfecho con la realidad.

2.4 Manejo de las emociones y el consumo de alcohol

En el área de la prevención del consumo de alcohol, la problemática no deja de ser compleja, siendo que a lo largo de muchos años de investigación se han identificado un gran número de factores que influyen la probabilidad de caer en las adicciones (Hawkin, 1992). La lista de factores es tan grande, de lo genético a lo educacional y de las relaciones parentales a las políticas nacionales de regulación del consumo, que una simple intervención no puede abarcar todos los factores identificados. Más aún, por la esencia multifactorial del problema adictivo, las intervenciones deben ir dirigidas a incrementar los factores protectores más que atacar los factores de riesgo (Hawkin, 1992; Becoña, 2002).

Por esto, los esfuerzos preventivos deben dirigirse, tal como lo plantea la perspectiva de la comunidad terapéutica a la persona en su totalidad. Es decir, hacia estrategias preventivas integrales que produzcan un cambio desde la profundidad del individuo, conductas o estilo de vida, aspectos cognitivos, emociones, pensamientos, trascendencia o dominio espiritual, etc. (Becoña, 2001). Al combatir el vacío existencial o la falta de sentido y resignificar el sufrimiento y el propósito vital (Martínez, 1999).

2.5 Inteligencia Emocional y alcoholismo

La inteligencia emocional, fue definida por primera vez en 1990 por Salovey & Mayer como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos” (p.239). Posteriormente el equipo de Mayer y Salovey en 1997, reformularon su definición: “La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir con exactitud, valorar y expresar emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando ellos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997 p.10).

Hay evidencia científica que considera la Inteligencia Emocional como una variable mediadora entre los acontecimientos de la vida y las posibles consecuencias sobre la salud y el bienestar. Así se relacionan los niveles bajos de inteligencia emocional con problemas de salud tales como ansiedad, trastornos del estado de ánimo, problemas psicofisiológicos, alteraciones del sistema inmune, cambios en los hábitos de conductas saludables o mayor prevalencia de conductas adictivas (Fernández, 2006). Desde este punto de vista, la inteligencia emocional es un buen predictor de las estrategias de afrontamiento a los diferentes acontecimientos de la vida, entendida ésta como la capacidad de los individuos para identificar, entender y regular sus emociones y la de los demás y utilizar esta información como una guía de los pensamientos y de las acciones (Limonero, 2006).

La inteligencia emocional facilita la adaptabilidad de las personas a los múltiples sucesos vitales, favoreciendo una respuesta apropiada, disminuyendo las respuestas emocionales negativas y desadaptativas y aumentando los estados emocionales positivos. En esta dirección, Brackett, Mayer y Warner (2004) observaron que niveles bajos de inteligencia emocional en hombres pueden ser predictivos de mala adaptación y se relaciona con conductas asociadas a aspectos negativos de la vida como consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales, conducta desviada y malas relaciones con amigos. Donde se examina la relación entre la inteligencia emocional y el consumo de alcohol en adolescentes.

La inteligencia emocional se asocia con la disminución de conductas de riesgo para la salud en las que se incluye el consumo de tabaco y alcohol. Se llega a la conclusión que los adolescentes con una menor puntuación en inteligencia emocional recurren al consumo de estas sustancias como una forma externa de autorregulación emocional. También se afirma que la capacidad para la reparación de emociones, entendida como la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos, ayudaría a prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Además de la influencia demostrada de la inteligencia emocional, otras variables también han sugerido ofrecer protección ante el consumo de alcohol y otras drogas. Algunas de estas variables son la resiliencia, el apoyo social y las

actitudes positivas hacia el mantenimiento de la salud (Fernández-Berrocal, Ramos & Extremera, 2004).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Es común hoy en día, en jóvenes, que se utilice el alcoholismo para contrarrestar aspectos emocionales. Lo que se busca en estos casos, es el inhibir ciertas problemáticas, huir de la realidad, resistir a los miedos que puedan surgir, a la autoridad, ya sea parental o social, y a la gente. Justamente se tiene miedo de revelarse, de mostrarse tal y como son, dándose valor de una forma errónea, pudiendo hablar, y afrontar a la gente desde una perspectiva fantasiosa e irreal (Trinidad, 2005).

Si el primer paso para conseguir un equilibrio emocional es el reconocimiento y la expresión de las emociones, el siguiente paso es aprender a manejarlas, para la obtención de un mejor resultado de nuestro objetivo. Si se considera el consumo de bebidas alcohólicas, un síntoma de otras dificultades y conflictos en el funcionamiento interpersonal, pueden perpetuarse haciendo de aquella una condición crónica y recurrente. Se concluye que el aprendizaje de estrategias y habilidades para afrontar y manejar adecuadamente estos sentimientos resultará la mejor forma de prevención de recaídas, proporcionando así al sujeto otra forma de funcionamiento que le permita minimizar, si no erradicar, los efectos psicológicos asociados al consumo de alcohol (Trinidad, 2005).

Se presenta a continuación la problemática de un paciente de 27 años, diagnosticado con trastorno por consumo de alcohol moderado, llamado G.B., para respetar la confidencialidad del caso.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

La problemática del caso gira en torno al consumo de alcohol en un adulto de veintisiete años de edad, que inició a beber a los trece años de edad, con amigos de colegio, por lo que siempre se ha visto involucrado en situaciones de contacto con alcohol. Refiere que su padre también posee problemas con el alcohol. Actualmente posee una relación distante con su papá, a causa de los problemas pasados no resueltos. Refiere que su inicio en la bebida fue relativamente sociable, uno que otro trago de vez en cuando con los compañeros de colegio.

El participante manifiesta que su situación empeoró a la edad de veintitrés años, el consumo fue mayor, ya que el entorno en su trabajo, compañeros y sus ingresos mensuales, contribuían a que el consumo fuera en crecimiento. El consultante indica, que las ingestas de alcohol, cada vez son mayores, ya que últimamente refiere tomarse de doce a quince cervezas en una noche de esparcimiento con amigos. Adicional, el paciente indica que en horarios de comida, ingiere de una a dos cervezas, casi a diario, provocando que al salir de labores, continúe el paciente con la misma conducta de consumo. El participante, asimismo, manifestó que en algún momento buscó la ayuda en una iglesia cristiana para poder dejar el consumo, pero su intento fue fallido, ya que se sintió aludido e incómodo por el tipo de abordaje religioso al cual se sometería.

El consultante indica que tiene una relación larga con su pareja, la cual conoce desde los trece años de edad y se encuentran comprometidos, pero a causa de las mentiras y salidas excesivas del usuario aunado al consumo de alcohol, su prometida le ha dicho que prefiere no casarse con él, y darse un tiempo para pensar si ha tomado una buena decisión en unirse en matrimonio con el paciente. Esto ha hecho que el participante posea pensamientos de mejorar en su adicción, y buscar ayuda, ya que desea poder regresar con su pareja y casarse. Se realizó el abordaje terapéutico individual, con el propósito de contrarrestar el consumo de alcohol, iniciar con el entrenamiento en asertividad, y el manejo emocional, para lograr que el usuario posea una mejor calidad de vida, en todos los ámbitos en los que se desenvuelve. Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente interrogante:

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo el manejo de emociones influye en las conductas de consumo de alcohol del paciente de 26 años del Centro de Asistencia Social?

3.3 Objetivo General

Describir cómo el manejo de emociones afectó el consumo de alcohol, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social.

3.4 Objetivos Específicos

- Conocer el nivel en donde se encontraba el participante antes del tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol
- Describir los distintos factores sociales que influyen en el consumo de alcohol.
- Evaluar como el contexto familiar, afectó el consumo de alcohol en el paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social.

3.5 Alcances y limitaciones

3.5.1 Alcances

Un mejor entendimiento de que el alcoholismo, es más que una enfermedad física, ya que también abarca aspectos emocionales, los cuales agravarán el resultado de la adicción, si no son abordados terapéuticamente.

3.5.2 Limitaciones

La falta de varias entrevistas profundas ya que eso hubiera permitido mayor entendimiento del fenómeno estudiado en esta investigación.

3.6 Metodología

Esta investigación se realizó por medio del método cualitativo, siendo parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Dicha investigación cualitativa se fundamenta en el estudio de caso, del paciente G.B., diagnosticado con trastorno por consumo de alcohol, moderado.

3.6.1 Procedimiento

El usuario es referido por una tercera persona, queriendo erradicar su consumo de alcohol, resolviendo ciertos inconvenientes emocionales, entrenamiento en asertividad y la resolución de conflictos con su padre. En este caso de estudio se realizó terapia cognitivo conductual, a su vez se realizó una entrevista, y diversas pruebas psicológicas; se pudo observar, falta de manejo de emociones, relación conflictiva con el padre, y falta de asertividad en la resolución de conflictos familiares y de pareja. Se trabajó con el paciente examen mental, entrevista y pruebas psicológicas, mediante herramientas diagnósticas se observó al usuario, afectado por el consumo de alcohol, en distintos ámbitos de vida, así como los demás inconvenientes emocionales que presenta el usuario. Para el proceso se empleó: Test del Árbol, Test de la Familia, Cuestionario de Breve de Confianza Situacional, Inventario de situaciones de bebida.

El resultado de la batería de test aplicada proporcionó datos con los cuales se pudo constatar que el paciente evidenciaba mal manejo que posee de inteligencia emocional, el usuario también posee inconvenientes de bebida al presentarse emociones desagradables, o si las cosas le estuvieran saliendo mal, aumentando la probabilidad del consumo de bebidas alcohólicas en el

paciente, así como los momentos agradables de los cuales puede estar atravesando el paciente, son excusa para el consumo de alcohol. La terapia cognitiva conductual consiste en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

3.6.2 Descripción de pruebas

Pruebas proyectivas, árbol y familia

Las pruebas proyectivas son técnicas que permiten la por lo general homogeneidad en la manera de aplicarlas, a su vez requiere de interpretación individual de cada una, con el objetivo de formar una visión clara de la aplicación debido a que mediante los resultados de esas pruebas se deriva tratamiento específico, siendo herramientas auxiliares e importantes en el psicodiagnóstico clínico, por lo que el profesional en psicología, deberá hacer uso de manuales específicos que correspondan a cada prueba menor (Koch, 1957; Corman, 1961). Para la calificación del test del árbol se utilizó el manual de interpretación de Koch, (1957) quien afirma, que el dibujo del árbol es una grafología menos sutil, menos elaborada, pero que en ciertos casos permite ver lo que aquella no logra.

Para el test de la familia se utilizó el protocolo de calificación de Corman (1961) introdujo modificaciones importantes a las instrucciones impartidas por Porot, quien le pedía al niño “dibuja tu familia”. Gorman indica “dibuja una familia, una familia que tu imagines”. La ejecución del dibujo debe ser seguida por la realización de una breve entrevista, la cual refuerza notablemente la interpretación que efectuará el psicólogo.

Cuestionario de Breve de Confianza Situacional

Evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo ante 8 categorías situacionales. Las 8 categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las 8 categorías fueron confiables para administrarse a individuos considerados bebedores excesivos (Annis, Graham y Davis, 1982).

Inventario de situaciones de bebida.

Consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante al año anterior en 8 categorías. Los puntajes de las 8 sub escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad en bebedores problema; y validez de contenido aceptable, representando el universo de situaciones de recaída. (Annis, Graham y Davis 1982).

Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de Salud, versión 2.0 (Whodas 2.0)

Es aplicado a nivel mundial, este se perfila hacia la mayor parte de las habilidades físicas y refleja de manera deficiente las cualidades de salud mental en las que el profesional clínico tiene especial interés. Este cuestionario sustituye la evaluación de la actividad global EEAG del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV-TR), el WHODAS 2.0 se incluye en la reciente actualización del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales 5 (DSM-5), (Morrison,2014).

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos generales:

Nombre: G.B.B.P.
Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: Julio 1990
Edad: 26 años
Estado Civil: Soltero
Escolaridad: Estudiante universitario
Institución: U.M.G.
Profesión: Diseñador Gráfico en Construcción
Religión: Cristiana (no activa)
Referido por: M.J.C.
Fecha de inicio del
proceso terapéutico: 01 de marzo de 2017

4.1.1 Motivo de consulta

El consultante refiere: “Mi novia me dejó por mi problema con la bebida, nos íbamos a casar, no puede ser que el vicio domine mi vida”. (SIC).

4.1.2 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración

El consultante refiere que inicio a beber a los trece años de edad, con amigos de colegio, por lo que siempre se ha visto involucrado en situaciones de contacto con alcohol, refiere que su padre

también posee problemas con la bebida.

Estresores y factores precipitantes

El participante manifiesta que las dos semanas anteriores a presentarse a consulta, han sido muy intensas en lo que se refiere al consumo de alcohol, indica que ha ingerido alcohol por más de tres días durante la semana, presentándose a trabajar en estado etílico. Adicionalmente, esta situación ha ocasionado disputas con su pareja, ya que miente del lugar en el que se encuentra, compartiendo cada vez, menos tiempo con su prometida.

Impacto del problema

A causa de las mentiras y salidas excesivas del paciente, aunado al consumo de alcohol, su prometida le ha dicho que prefiere no casarse con él, y darse un tiempo para pensar si ha tomado una buena decisión en unirse en matrimonio con el cliente, esto ha derivado en el hecho que el paciente posea pensamientos de mejorar en su adicción, y buscar ayuda, ya que desea poder regresar con su pareja y casarse.

4.1.3 Historia clínica

Historia prenatal

El paciente refiere que durante el embarazo, su madre sufrió de golpes propinados por su padre, no fue un embarazo planificado, pero si deseado por su mamá. Indicó que el ambiente fue hostil de su padre hacia su madre, por el problema de bebida que poseía su papá. Manifestó que a causa de estos inconvenientes sus padres se mudaron de casi aproximadamente cinco veces.

Nacimiento

El paciente refiere que no hubo ninguna complicación al nacer, sin embargo, los problemas entre sus padres continuaron paulatinamente conforme se fue dando la convivencia familiar.

Evolución neuropsíquica

Indicó que no sufrió ninguna complicación con los temas referidos en la evolución neuropsíquica.

Evolución de lenguaje

Obtuvo una evolución normal en el tema del lenguaje, no hubo ninguna complicación, y se mantuvo en las edades promedio de balbuceo, primeras palabras y relatar acontecimientos.

Desarrollo escolar

Refirió que su escolaridad fue bastante sufrida, a causa que tuvo que trabajar para poder ayudar a su mamá con los gastos del hogar, así como responsabilidad en el cuidado de sus hermanos, indica que siempre fue un buen estudiante, dedicado y comprometido.

Desarrollo social

Manifiesta que posee facilidad de socializar, la bebida lo ha hecho más conocido entre su grupo de amistades frecuentes.

Adolescencia

Manifestó haber tenido una adolescencia bastante complicada, a causa del abandono de su padre, por ser el hermano mayor, tomó el papel de proveedor, y esto ocasionó el tomar distintas prioridades tanto educativas como personales.

Adulthood

El consultante indica sentirse bien en esta etapa de su vida, refiere conocer e identificar sus responsabilidades, estudio y trabajo, en su hogar refiere poseer una buena relación con sus hermanos menores, una excelente relación con su madre, de confianza y respeto.

La relación con su pareja ha sido intermitente, ya que se conocen desde los trece años, sin embargo están comprometidos y dispuestos a casarse.

Historia Psicosexual y vida marital

El paciente refiere poseer una vida sexual activa, la cual inició a los catorce años de edad.

En las separaciones sentimentales que ha presentado con su actual pareja, indica que ha tenido encuentros sexuales con otras mujeres.

Historia médica

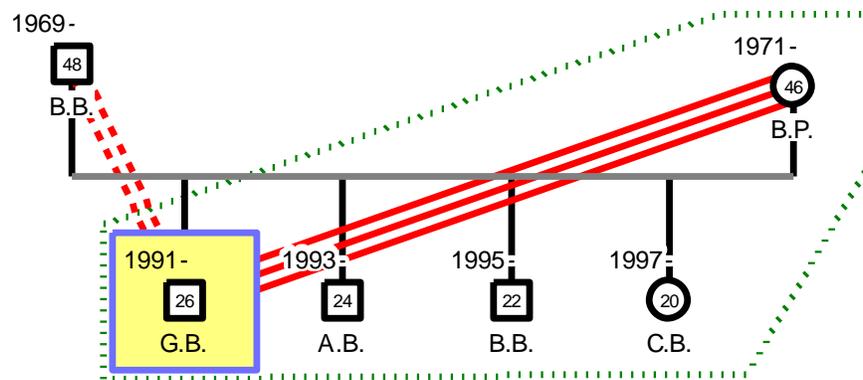
No refiere enfermedades de consideración, de niño padeció enfermedades de los bronquios, pero nada de consideración.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No refiere.

4.1.4 Historia familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente elaboración propia, 2017

Estructura familiar:

La familia está conformada por su madre y sus tres hermanos menores. Refiere que posee una buena relación con todos los miembros cercanos, menos con su padre; indica que sus hermanos no muestran apoyo hacia su situación, ya que sus dos hermanos menores han empezado a consumir alcohol con mayor frecuencia últimamente. El usuario posee una buena estabilidad laboral, por la que la fuente de sus ingresos es mayor a la de sus hermanos, considerándose como una familia de clase media, y habitando una vivienda digna para todos los miembros familiares.

Antecedentes familiares

El usuario manifiesta que su madre posee un gran corazón, que ha ayudado a todos sus hijos a salir adelante, del padre no refiere mucha información, indica que con su madre siempre se ha llevado bien sin ningún inconveniente relevante, caso contrario a su padre, con el cual no posee una buena relación, y le reprocha muchas situaciones que vivió siendo un niño y posteriormente adolescente. Su madre es ama de casa y su padre es chofer de camiones. Sus hermanos son: A.B. de 24 años de edad, mecánico, B.B., de 22 años de edad, también mecánico y por último C.B., de 20 años de edad, diseñadora gráfica, todos sus hermanos son solteros.

Cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales

El usuario no refiere.

4.1.5 Examen del estado mental

El paciente mantiene un estado de vigilia adecuado, siendo consciente de lo que ocurre a su alrededor, complexión media, de tez morena clara, de estatura media, higiene corporal y arreglo personal adecuado; aspecto de pulcritud, mantiene contacto visual, postura adecuada durante el tiempo que duró la sesión.

Su actitud desde el inicio fue cooperador, franco y abierto, mostró temor hacia su situación actual, por la separación que presenta actualmente con su pareja.

Muestra expresión facial congruente al relato, preocupación y desilusión, habla emocional y con volumen de voz adecuado. Mantiene atención y concentración evidenciando capacidad de concentrarse en los temas verbalizados.

Orientado en tiempo, persona y lugar, relatando sucesos de la infancia al tiempo actual. Diálogo prolijo, utiliza términos apropiados al expresarse. Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias.

Su pensamiento es optimista y perseverante. Al finalizar la sesión denotó estar comprometido y dispuesto a realizar todas las recomendaciones que fueran necesarias para la superación a su adicción.

4.1.6 Resultado de pruebas

El usuario se mostró cooperador en todo momento de la realización de pruebas, así como también de los cuestionarios propuestos para la obtención de información acerca de su consumo de alcohol, concentrado y atento a las instrucciones dadas durante todas las pruebas.

Cuadro 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test del Árbol	15.03.2017
2. Test de la Familia	15.03.2017
3. Cuestionario Breve de Confianza Situacional	22.03.2017
4. Inventario de Situaciones de Bebida	22.03.2017
5. Whodas 2.0	29.03.2017

Fuente: elaboración propia, mayo 2017

Test del Árbol

El paciente se relaciona con su aspecto espiritual, orientado al futuro, denota impaciencia al realizar la prueba, predominando la razón, frialdad exterior. El participante denota deseo de superación, refiere ser débil en ocasiones, aunque posee capacidad de abstracción y claridad en lo que desea. En ocasiones muestra vulnerabilidad en su interior. Vanidoso y narcisista en ocasiones, utiliza mucho su imaginación.

Indica poca comunicabilidad, aunque en eventualmente refleja armonía, plenitud y firmeza. El paciente se valora, en ocasiones de muestra extrovertido y espontáneo.

Test de la Familia

El usuario refiere una gran expansión vital, utilizando gran parte de la hoja para realizar su dibujo, extroversión. Las figuras muestran depresión, leve tendencia al pasado.

Se observa que valoriza más la figura paterna, ya que fue la primera figura que dibujó el usuario, desvalorizándolo al mismo tiempo, ya que la figura no está tomada de la mano de la madre, caso contrario al de los demás miembros familiares, los cuales están todos tomados de una forma armónica, mostrando una relación cercana con los demás miembros familiares.

El usuario indica que su madre y su hermano son los más buenos de esta familia, ya que se identifica más con estos miembros, por la cercanía de edades que posee con su hermano, y con su madre, ya que indica que su madre posee un corazón bueno, así como también, ha atravesado situaciones difíciles y siempre ha estado con ellos, (hijos), apoyándolos en todo lo que ella pueda.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

El cuestionario refleja que el cliente se presenta bastante inseguro en distintas situaciones de índole social, así como en el mal manejo que posee de inteligencia emocional, ya que según refiere el cuestionario, el paciente también posee inconvenientes de bebida al presentarse emociones desagradables, o si las cosas le estuvieran saliendo mal, aumentando la probabilidad del consumo de bebidas alcohólicas, así como los momentos agradables de los cuales puede estar atravesando el paciente, son excusa para el consumo de alcohol.

El participante manifiesta que en ocasiones se ha puesto a prueba para comprobar que puede dejar de beber, a lo que resulta afectado, ya que el ambiente que lo rodea, amigos y diversión juegan un punto en contra para el control del consumo, llegando a la necesidad física de ingerir bebidas alcohólicas hasta en horarios laborales.

Inventario de Situaciones de Bebida

Los resultados que arroja esta prueba son problemas en las siguientes áreas:

- Estados de ánimo desagradables
- Ponerse a prueba
- Impulsos
- Presión Social
- Ratos agradables con gente

Esto indica que se debe de colocar más atención en estas áreas de la vida del usuario, ya que en estos escenarios y situaciones, es en donde el paciente no puede controlar su ansiedad de consumo, por lo que las intervenciones y técnicas psicológicas propuestas, estarán guiadas a poder controlar estos escenarios de vulnerabilidad en el paciente.

Cuadro 2
Whodas 2.0 resultados cuantitativos

Ítem	Porcentaje	Interpretación
D.1	0%	No se evidencia déficit
D.2	0%	No se evidencia déficit
D.3	0%	No se evidencia déficit
D.4	10%	No se evidencia déficit
D.5	0%	No se evidencia déficit
D.6	21.88%	No se evidencia déficit

Fuente: elaboración propia, 2017

Resultados cualitativos

Whodas 2.0

D.1 Comprensión y Comunicación / No se encontró déficit

D.2 Capacidad para moverse en su alrededor / No se encontró déficit

D.3 Cuidado personal / No se encontró déficit

D.4 Actitudes de la vida diaria / No se encontró déficit

D.5 Condición de salud / No se encontró déficit

D.6 Participación en sociedad / No se encontró déficit

4.1.7 Impresión diagnóstica

Según lo evaluado y observado con el paciente posee un problema con la bebida, iniciando a una muy temprana edad el consumo, agravándose conforme la evolución física y mental del usuario, llegando a convertirse en un problema en su desenvolvimiento personal, laboral y social.

Según las pruebas aplicadas, el usuario posee una dificultad mayormente de presión social, ya que indica que el ambiente en el cual se desarrolla cuando ingiere bebidas alcohólicas, es un agravante en su consumo, llamándole un “rato agradable”, llevándolo a perder el control, mintiéndole a su pareja y mintiéndose a el mismo que puede llegar a controlar el consumo, afectando sus emociones, sus relaciones interpersonales y familiares, causando una inestabilidad personal y de preocupación al mismo usuario.

Se pudo observar que posee problemas en la relación con su padre, y el ejemplo vivido con él, en el cual también existe una adicción, pudo ser una causa para que el paciente iniciara también con la réplica del inconveniente.

Evaluación DSM-5

- Trastorno por consumo de alcohol
303.90 (F10.20) Moderado Presencia de 4-5 síntomas
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar el consumo de alcohol.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarios para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 5. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

4.1.8 Recomendaciones

Se recomienda un alejamiento de las situaciones que le producen ansiedad así como de los compañeros recurrentes con los cuales consume alcohol.

Se recomiendan técnicas de respiración y de relajación a través de la imaginación para el control de la ansiedad de consumo, así como también verbalización y realización de técnicas orientadas a la ansiedad por consumo de alcohol.

Asistir a terapia una vez a la semana, adicional, se propone la resolución de los conflictos presentados en la relación con su padre.

Asistir a reuniones de AA, para que pueda identificarse con su problema, pudiendo observar y escuchar a personas enfermas y recuperadas totalmente de su adicción al alcohol. También se propone la inclusión en actividades deportivas y de distracción.

4.1.9 Plan terapéutico

Los programas cognitivo conductuales se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuencias ambientales e individuales (cogniciones y emociones), que mantienen la conducta de consumir sustancias. Las cogniciones desadaptativas y el déficit en habilidades de afrontamiento son consideradas como el mayor factor de riesgo para el uso de sustancias.

También se las denomina “terapias de amplio espectro”. Están destinadas a mejorar las habilidades cognitivas y de conducta para cambiar el consumo de alcohol y mantener la abstinencia.

En otras palabras, ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones de consumo, evitarlas y enfrentarse a ellas. Es una estrategia terapéutica estructurada, orientada hacia objetivos concretos, y centrada en los problemas inmediatos. Sin embargo, es flexible y adaptable a las necesidades individuales de cada paciente y es compatible con cualquier otro tipo de intervención terapéutica. El alcoholismo es resultado de un proceso de aprendizaje mal adaptado y el objetivo es corregir dicha conducta y reemplazarla por otras más adaptadas.

Perspectiva terapéutica

La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

Mantiene una concepción psicológica basada en los procesos mentales (el razonamiento, la memoria y la atención) y desde un punto de vista intrapsíquico. Se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como la ansiedad, la depresión y las fobias.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 5 meses, aproximadamente 20 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

Cuadro 3
Presentación de plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración
Consumo de alcohol	Manejo de las situaciones de bebida y la evitación de escenarios de consumo	Técnicas para reducir la disminución de ansiedad Técnicas utilizadas en Craving Técnica de relajación a través de la imaginación Autoregistro	Estas técnicas fueron propuestas para la disminución y manejo de la ansiedad y estrés de consumo de alcohol, así como un autoregistro de pensamientos por ansiedad de consumo.
Falta de asertividad	Mejorar la comunicación familiar y de pareja	Biblioterapia Libro “Cuestión de Dignidad” de Walter Riso	Esta lectura ayudará al usuario a observar los casos descritos en el libro para que pueda identificarse y así lograr una mejor comunicación con su pareja y su familia.

Falta de Manejo de emociones	Expresión y manejo de emociones en el usuario	Se utilizarán técnicas gestálticas de tipo expresivas e integrativas para lograr contacto y conocimiento de las propias emociones.	Se proponen estas técnicas para que el paciente pueda conectarse y reconocer sus propias emociones, para obtener un mejor control de sus acciones y sus pensamientos
Relación conflictiva hacia su padre	Trabajar el Perdón hacia su padre	Análisis y reconocimiento Elegir la opción de perdonar Aceptación del sufrimiento Establecimiento de estrategias Expresiones de perdón Silla vacía	Técnicas que ayudaran a superar el enojo y el distanciamiento no únicamente verbal que posee el usuario, sino que también emocional y racional.

Fuente: elaboración propia, mayo 2017

4.1.10 Análisis de resultados

Tomado como base en la investigación el objetivo general y los objetivos específicos expuestos, se sugieren los siguientes resultados:

Trastorno por consumo de alcohol moderado

Según el manual diagnóstico DSM-5, el trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, que nos demuestran que la persona enferma, continua consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con la dependencia.

Tipos de alcohólico

Según (Jellinek, 1960), existen cinco grupos de alcohólicos, describiendo las características y dependencias que cada uno presenta. Por lo evaluado acerca del participante, este se encuentra en el concepto de alcohólico alfa, ya que el autor nos explica que el enfermo se caracteriza por un problema psíquico. El afectado presenta una dependencia psicológica, pero no física, por lo tanto no presenta síndrome de abstinencia. Explica el autor que el consumidor mantiene el control sobre el consumo, pero no lo abandona del todo, ya que utiliza la sustancia para paliar algún inconveniente ya sea emocional o intrapersonal.

Alcoholismo en Guatemala

En Guatemala existe un elevado índice de personas alcohólicas, tal y como lo explica la Liga de Higiene Mental. Muchos de estos casos se dan por frustraciones, emociones reprimidas y otra serie de inconvenientes difíciles de canalizar para muchos de los pobladores del país. Se menciona que de cada 100 guatemaltecos, 66 consumen licor.

Según lo observado en el participante, en ningún momento de las intervenciones, aceptó el poseer un problema con la bebida, o referirse a él como alcohólico, situación que es común indica el grupo de apoyo A.A. También manifiesta el Patronato Antialcohólico que la edad promedio en que los guatemaltecos inician el consumo de alcohol es a la edad de 15 años, iniciando el paciente a la edad de 13 años, según lo manifestó.

Estadios de cambio

Los estadios representan la dimensión temporal, es decir, cuándo cambia la gente. Al ayudar a alguien se debe considerar el momento particular en el que se encuentra. Se postula que para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Para comprender la etapa en la que el participante se presentó a la clínica tomaremos sus síntomas, su diálogo y su racionalización acerca de su enfermedad. En la etapa de contemplación se manifiesta que el sujeto reconoce tener un problema, tal y como lo indicó el paciente.

Exterioriza mayor receptividad a la información brindada acerca de los obstáculos que presenta y a las posibles soluciones que se pudieran poner en práctica, vacilando en cuanto al momento de iniciar el cambio, ya que el consultante en algunos momentos de las intervenciones, expresaba poseer poca voluntad para dejar de frecuentar lugares en los que se consumía alcohol, así como también sus amistades, los cuales también son consumidores regulares.

En esta etapa del tratamiento se utilizaron técnicas de craving, las cuales lograron una reducción en la ansiedad de consumo, logrando que el paciente pudiera concretar y hacer conscientes sus síntomas, llevándolo a la reflexión y control de los impulsos; sustituyendo pensamientos y recuerdos negativos, por imágenes positivas para evitar la conducta de consumo.

Niveles de cambio

Según Prochaska (1978), refiere que las personas poseen diferentes herramientas de afrontamiento, las cuales utilizan para la solución de determinados problemas.

Fue de suma importancia este nivel en las intervenciones psicológicas, ya que a través de las pruebas proyectivas y psicométricas, se lograron enfatizar aspectos de personalidad, racionalidad acerca de la enfermedad y situaciones detonantes en las que el paciente iniciaba el consumo de alcohol. Para este nivel se utilizó la concientización, la cual se refiere a las actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que pueda obtener respuestas efectivas. El objetivo es la toma de conciencia sobre las experiencias tanto cognitivas como afectivas.

Cualquier aumento de conocimiento, sea de la fuente que sea, también incrementa la conciencia. Algunos procedimientos terapéuticos que se utilizaron para la toma de conciencia fueron: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la interpretación y la confrontación. Utilizando el nivel de síntoma / situación, el cual fue verbalizado en la primera sesión, como motivo de consulta, se logró englobar el problema psicológico, pudiendo realizar un abordaje adecuado a las necesidades del cliente, cubriendo cada uno de los problemas clínicos verbalizados y encontrados a lo largo de las intervenciones realizadas.

Causas emocionales del alcoholismo

Según el autor Bauer (1955), el alcoholismo, se manifiesta principalmente en el momento en que se necesita colmar un vacío afectivo o interior profundo. Los motivos para consumir bebidas alcohólicas abusivamente pueden ser muy variados, entre los que podemos mencionar, afecciones emocionales, pérdidas o duelos, huir de la realidad, la autoridad, miedo a mostrarse tal y como se es, vencer inhibiciones y darse valor para seguir adelante, hablar, o entrar en contacto con el sexo opuesto. El autor continúa, se viven sentimientos tales como la soledad, aislamiento, culpabilidad, angustia interior, incompreensión y alguna forma de abandono familiar o de otra índole, y se puede llegar a pensar que se es una persona inútil, sin valor, inepta, inferior e incapaz de actuar para el mismo o para los demás.

Se determinó que las diversas circunstancias por las que el paciente consumía alcohol, era para evadir ciertas emociones y sentimientos de abandono por parte de su padre, aunado a la figura de proveedor que tuvo que asumir, a causa de la separación de sus padres, y los constantes abusos de la madre, sufridos a manos de su conviviente.

Adicional, el cliente manifestó ser una persona sociable, atraído por los el bullicio, el ambiente de fiesta y el compartir con compañeros que gustan de las mismas actividades. Haciendo a la bebida, una excusa más, para buscar escapatorias de la realidad, convirtiéndolo en usuario de mentiras, sentimientos de culpabilidad, no únicamente a su empleo, sino que también a su pareja y familia, ya que refirió haberse presentado a su trabajo en estado etílico, indispueto en ciertas ocasiones a cumplir sus obligaciones tanto laborales como personales.

Manejo de las emociones y el consumo de alcohol

Los esfuerzos preventivos deben dirigirse, tal como lo plantea la perspectiva de la comunidad terapéutica a la persona en su totalidad. Es decir, hacia estrategias preventivas integrales que produzcan un cambio desde la profundidad del individuo, conductas o estilo de vida, aspectos cognitivos, emociones, pensamientos, trascendencia o dominio espiritual (Becoña, 2001).

Desde este punto de vista, la inteligencia emocional es un buen predictor de las estrategias de afrontamiento a los diferentes acontecimientos de la vida, entendida ésta como la capacidad de los individuos para identificar, entender y regular sus emociones y la de los demás y utilizar esta información como una guía de los pensamientos y de las acciones (Limonero, 2006).

La falta de inteligencia emocional que presentó el paciente al momento de la entrevista inicial, y las sesiones posteriores, antes del abordaje del plan terapéutico, fue uno de los factores primordiales para la atención del participante. Se mostraba con un aplanamiento emocional, convirtiéndose en una persona fría, vacía e inexpressiva emocionalmente. Se le trabajaron técnicas integrativas y expresivas de la Gestalt, por lo que el cliente inició primeramente con el reconocimiento de emociones personales, ayudándole al reconocimiento emocional posterior, de las personas que lo rodeaban, figuras significativas en la vida del paciente, ya que no poseía empatía ni amor por sus semejantes.

Adicionalmente se propuso la resolución de los asuntos pendientes que presentaba con la figura paterna, proponiendo el perdón; realizando una serie de ejercicios de reconocimiento, elección, aceptación, establecimiento de estrategias y finalizando con la expresión de los sentimientos hacia su padre.

Al finalizar las intervenciones se logró evidenciar el control del consumo de alcohol, ya que no volvió a presentar ninguna recaída o ansiedad de consumo. El paciente se muestra más confiado con su relación de pareja, logrando sentirse cómodo con sus actividades actuales y su entorno. Reconocimiento de emociones personales e interpersonales, así como una mejor relación con su padre, llegando a compartir tiempo de calidad y una mejor tolerancia hacia la relación parental.

Conclusiones

Se concluye que el trastorno por consumo de cualquier sustancia, es el cúmulo de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos, y nos demuestra que la persona aun viéndose enferma, en peligro y vulnerable, continua consumiendo la sustancia a pesar de los inconvenientes significativos que conlleva poseer una dependencia.

Describiendo los tipos de alcohólicos, se determina que el participante posee una dependencia psicológica, más no física, por lo que no presenta síndrome de abstinencia. Manteniendo un “control” aparente sobre el consumo, ya que utiliza la sustancia para ocultar inconvenientes emocionales no resueltos.

Se concluye que el participante presentó problemas emocionales a causa de la separación temprana de la figura paterna, canalizando esta dificultad a través del consumo de alcohol paulatino aunque degenerativo a través de los años de consumo, agravando la percepción acerca de su situación, ya que continuó presentando el déficit emocional, más una dependencia a una sustancia dañina para su salud a largo plazo.

Para el afrontamiento de una dependencia a una sustancia específica, se determina que deben de existir estrategias desde la profundidad del individuo, conductas o estilo de vida, cogniciones y racionalizaciones, emociones, trascendencia o dominio espiritual, sin estos elementos, no se logrará la concientización de la enfermedad, y por ende, no se cumplirá con la erradicación paulatina de la enfermedad.

Recomendaciones

Se recomienda para el abordaje del trastorno por consumo de sustancias, sea incrementado el estado de conciencia. Utilizando la Psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la interpretación de pensamientos y la confrontación. Con estas técnicas se podrán cubrir los problemas clínicos presentados por el paciente, para obtener un mejor resultado en el abordaje terapéutico.

Se enfatiza la importancia de conocer los tipos de alcohólicos propuestos por los distintos autores, ya que esto ayudará a la comprensión de etapas y situaciones puntuales que presentan los enfermos, logrando un entendimiento sustancial y justificado, para el pronto abordaje de los problemas clínicos presentados por el participante.

Se recomienda la importancia de la comunicación así como también de la expresión emocional a las familias guatemaltecas, ya que la prohibición y la censura de estos aspectos tan importantes en un ser humano, son en ocasiones, los detonantes de drogodependencias y otra serie de malestares inter e intra personales.

Para el logro de los objetivos terapéuticos propuestos en un caso de dependencia a sustancias, se recomienda la externalización integral profunda del consultante, ya que son los distintos aspectos internos y externos de los seres humanos, los que cumplirán el cometido de la concientización de la enfermedad, llevando al paciente a una recuperación sincera y comprometida.

Referencias

- Annis H. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Addiction Research Foundation, Toronto.
- Babor, T.F. (2010). *Alcohol no ordinary commodity*. United Kingdom: OUP UK.
- Becoña, I. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, I. (2001). Modelos Teóricos para la Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 40, 78-83.
- Brackett, Mayer, J.D. y Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and the prediction of behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387- 1402.
- Castañón, M. (2016). Alcoholismo: un problema grave en la población guatemalteca. *Unidad*. Recuperado de https://issuu.com/lahoragt/docs/la_hora_13-08-2016
- Corman, L. (1961). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Kapeluzs
- Cloninger, C.R. (1996). Asystematic method for clinical description and classification of personality variations. *A proposd. Arch Gen Psych*, 44, 573-88
- Fernández, P. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of Spanish modified version of the Trait Meta Mood Scale. *Psychological Report*, 94, 47-59.

- Ferraté, R. (2016). Entrevista con Román Ferraté. Recuperado de <http://www.prensalibre.com/hemeroteca/historia-de-alcoholicos-anonimos-aa>
- Hawkins, J.D. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Koch, K. (1957). *El test del árbol*. Buenos Aires: Editorial Kapeluzs
- Limonero, J.T. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. (2013). (5ª. Edición). México: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, E. (1999). *Acción y elección*. Colombia: Editorial Colectivo Aquí y Ahora
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators*. New York: Basic Books
- Morrison J. (2014). DSM-5, guía para el diagnóstico clínico. México: Editorial Manual Moderno.
- Naveillan P. (1980). Prevención primaria, secundaria y terciaria en alcoholismo. *Revista médica chilena*. 108:155.
- Organización Mundial de la Salud. (1976). *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación*. Ginebra: Editorial.

- Organización Panamericana de la Salud. (1981). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 91 (4). Chile: Editorial.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas, en Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *Applications to addictive behaviors. American Psychologist*. 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. (1978). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Illinois: Dorsey Press.
- Red Iberoamericana de ONG para Drogodependencias, (2003). *Declaración de Antigua Guatemala sobre prevención sobre el uso y abuso de alcohol en Iberoamérica*. Antigua Guatemala: Editorial.
- Salovey, P., Mayer, J.D. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, Disclosure y Health*. Washington: American Psychological Association.
- Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia de la República, Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) (2003). *¿Qué es el Alcoholismo?* Guatemala.
- Trinidad, D.R. (2005). Emotional Intelligence and Acculturation to the United States: Interactions on the Perceived Social Consequences of Smoking in Early Adolescents. *Substance Use and Misuse*, 40, 1697-1706.

Wilson, W. (1958). *Tres charlas a sociedades médicas por Bill W. Cofundador de Alcohólicos Anónimos*. New York: Grapevine Inc.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Saúl Estuardo Quiñonez de León

Título de la sistematización: Estudio de caso: “Trastorno por consumo de alcohol moderado, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social”.

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de asertividad ✓ Falta de manejo de emociones ✓ Relación conflictiva con su padre 	Alcoholismo	1. Trastorno por consumo de alcohol moderado	¿Cómo el manejo de emociones influye en las conductas de consumo de alcohol del paciente de 26 años del Centro de Asistencia Social?	Describir como el manejo de emociones afectó el consumo de alcohol, en un paciente de 26 años atendido en el Centro de Asistencia Social.	1. Conocer el nivel en donde se encontraba el participante antes del tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol.
		2. Estadios de alcoholismo			2. Describir los distintos factores sociales que influyen en el consumo de alcohol.
		3. Factores sociales vinculados con el alcoholismo			3. Evaluar como el contexto familiar, afectó el consumo de alcohol en el paciente de 26 años de CAS.
		4. Factores familiares asociados con el alcoholismo			



Anexo 2

Entrevista adultos

I Datos Generales

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo: _____

Estado Civil:

Domicilio:

Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____

Referido por:

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlos aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta:

¿Cuándo se iniciaron los síntomas?

Actitud de los familiares en relación con su problema:

Consulta y tratamientos previos:

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia:

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.):

Relación con las personas que convive:

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación?

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar):

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad):

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares):

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual):

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):

OBSERVACIONES:
