



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**“EL ALCOHOLISMO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO MIGUEL ITURRALDE DE LA CIUDAD DE LATACUNGA PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2009”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Umajinga Guamán, Elsa Mariana

**Tutora:** Dra. Ruiz Olarte, Ana Mercedes

**Ambato –Ecuador**

**Septiembre, 2014**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el Tema:

**"EL ALCOHOLISMO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO MIGUEL ITURRALDE DE LA CIUDAD DE LATACUNGA PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2009."**

de Elsa Mariana Umajinga Guamán estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2014

LA TUTORA

---

Dra. Ana Mercedes Ruiz Olarte

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación sobre: **"EL ALCOHOLISMO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO MIGUEL ITURRALDE DE LA CIUDAD DE LATACUNGA PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2009."** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

---

Elsa Mariana Umajinga Guamán

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

---

Elsa Mariana Umajinga Guamán

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **"EL ALCOHOLISMO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO MIGUEL ITURRALDE DE LA CIUDAD DE LATACUNGA PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2009"**, de Elsa Mariana Umajinga Guamán estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Septiembre del 2014

Para constancia firman

-----  
PRESIDENTE/A

-----  
1er VOCAL

-----  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedico primeramente a Dios quien me dio la vida, a mis padres, José Umajinga y María Guarnan quienes me enseñaron superación y trabajo. A mi esposo e hijos quienes son fuente de motivación para seguir adelante superarme día a día.

Elsa Umajinga

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad por abrirme sus puertas, a la Facultad por permitirme ser parte de una Carrera tan humana como es la Psicología Clínica que me ha enseñado el valor y potencial humano de cada persona, al colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi" por su apertura para la investigación, a mis profesores por transmitirme sus conocimientos sin reserva alguna, a mi tutora por haber compartido sus conocimientos.

Elsa Umajinga

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1

### **CAPÍTULO I**

#### **PROBLEMA**

1.1.TEMA .....	2
1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1.Contextualización.....	2
1.2.2.Análisis crítico .....	7
1.2.3.Prognosis .....	8
1.2.4.Formulación del problema .....	8
1.2.5.Preguntas directrices .....	8
1.2.6.Delimitación de problema .....	9
1.3.JUSTIFICACIÓN .....	9
1.4.OBJETIVOS .....	10
1.4.1.Objetivo General .....	10
1.4.2.Objetivos Específicos.....	10

### **CAPÍTULO II**

#### **MARCO TEÓRICO**

2.1.ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	11
2.2.FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	14
2.3.FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	15
2.4.FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	17

2.5.FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA .....	17
2.6.GRÁFICOS DE INCLUSIÓN INTERRELACIONADOS .....	18
2.6.1.Desarrollo de la variable independiente: Alcoholismo .....	19
2.6.2.Desarrollo de la Variable Dependiente: Relaciones Interpersonales .....	38
2.7.FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	55
2.8.SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	55

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

3.2.ENFOQUE .....	56
3.3.MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	56
3.4.NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	56
3.5.POBLACIÓN Y MUESTRA.....	57
3.5.1.Población.....	57
3.6.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	58
3.7.RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	60
3.8.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS .....	61

### **CAPÍTULO IV**

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.2.Análisis e Interpretación de resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes del colegio Miguel Iturralde. ....	62
4.2.Interpretación Test de Sacks en los Estudiantes. ....	72
4.3.Hipótesis.....	76

### **CAPÍTULO V**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.2.Conclusiones .....	80
5.3.Recomendaciones.....	81

### **CAPÍTULO VI**

#### **PROPUESTA**

6.2.DATOS INFORMATIVOS .....	82
6.2.1.Título.....	82
6.2.2.Institución.....	82
6.2.3.Beneficiarios: .....	82

6.2.4.Ubicación .....	82
6.2.5.Equipo Técnico Responsable .....	83
6.2.6.Materiales.....	83
6.3.ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	83
6.4.JUSTIFICACIÓN .....	84
6.5.OBJETIVO.....	84
6.5.1.General .....	84
6.5.2.Específicos .....	84
6.6.Factibilidad Interna .....	85
6.7.FUNDAMENTACIÓN.....	85
6.7.1.Fundamentación científica -técnica.....	85
6.8.Modelo Operativo .....	121
6.9.MARCO ADMINISTRATIVO .....	122
6.9.1.RECURSOS .....	122
6.9.1.1.Recursos Institucionales.....	122
6.9.1.2.Recursos Humanos.....	122
6.9.1.3.Recursos materiales.....	122
6.9.1.4.Recursos económicos .....	122
6.9.1.5.Cronograma.....	123
6.10.PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN .....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	125
ANEXOS.....	130

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"EL ALCOHOLISMO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO MIGUEL ITURRALDE DE LA CIUDAD DE LATACUNGA PROVINCIA DE COTOPAXI, DURANTE EL PERÍODO MARZO-AGOSTO DEL 2009"**.

**Autora:** Umajinga Guarnan, Elsa Mariana

**Tutora:** Dra. Ruiz Olarte, Ana Mercedes

**Fecha:** Ambato, Agosto del 2014

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo conocer El alcoholismo y su incidencia en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009. La información obtenida se la recolecto a través de los test aplicados de Test de Audi y el Test de Sacks Adolescentes para verificar el grado de incidencia de los estudiantes en el consumo de alcohol. Su enfoque principal es Determinar el grado de incidencia del alcoholismo en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato en el colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi durante el periodo del Marzo- Agosto 2009, para su efecto se tomó como muestra a los estudiantes de esta institución que presentan síntomas de consumo de alcohol, que causa problemas como: bajo rendimiento académico, problemas con lo sus padres, conflictos interpersonal y ante la sociedad; a las cuales se les aplico los test de Audi y de Sacks Adolescentes; que nos permite percibir el tipo de consumo de alcohol en cada uno de los estudiantes y así terminar si existe o no el problema. Con los resultados obtenidos en el proceso investigativo se aplica la técnica cognitiva conductual con el fin aplicar el plan operativo disminuyendo así; la sintomatología de consumo de alcohol den la población investigada.

**PALABRAS CLAVES:** ALCOHOL, DROGODEPENDENCIA, CONDUCTA, ESTUDIANTES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“ALCOHOLISM AND ITS INCIDENCE INTO INTERPERSONAL  
RELATIONSHIPS OF SECOND AND THIRD BACHELOR STUDENTS  
FROM MIGUEL ITURRALDE HIGH SCHOOL LOCATED IN  
LATACUNGA COTOPAXI, DURING MARCH-AUGUST 2009.”**

**Author:** Umajinga Guarnan, Elsa Mariana

**Tutor:** Dra. Ruiz Olarte, Ana Mercedes

**Date:** Ambato, August del 2014

**SUMMARY**

This investigative work has as a purpose to know the alcoholism and its incidence into interpersonal relationships of second and third bachelor students from Miguel Iturralde high school located in Latacunga Cotopaxi, during march-august 2009. The information was collected through tests such as: Audi and Teenager Sack, to verify the grade of incidence of the students in the alcohol consume. Its main focusing is to determine the grade of alcoholism incidence into the interpersonal relationships of second and third bachelor students from Miguel Iturralde high school located in Latacunga Cotopaxi, during march-august 2009, for this purpose some students from this institution were taken as a sample since they show symptoms of alcohol consumption, that causes problems as: low qualifications, problems with their parents, interpersonal and social conflicts; to whom Audi and teenager Sack tests were applied; that permit us to identify the kind of alcohol consume in each student, so that we can determine if this problem exist or not. With the results taken from the investigative process, the cognitive behavioral technique is applied in order to make use of the operational plan and decrease the symptomatology of alcohol consume within the studied population.

**KEYWORDS:** ALCOHOL, CONSUMPTION, CONDUCT, STUDENTS.

## INTRODUCCIÓN

Por principio universal gozamos del derecho a la Libertad pero de acuerdo a la Legislación y a las costumbres este derecho se encuentra limitado ya que por razones Sociales y Legales no podemos arriesgar la integridad Física y Psicológica de todas las personas que se encuentran a nuestro entorno. El alcoholismo es uno de los grandes problemas Sociales que afecta directamente a la juventud Ecuatoriana, donde nos encontramos involucrados todas las personas el mismo que ésta causando una alarma Social ya que este problema va creciendo de manera incontrolable.

Este tema de investigación es de incidencia Social ya que esto conlleva a un deterioro humano con estos antecedentes podemos emitir un concepto he importancia el por qué se desarrolla la presente investigación. Se debe tener en cuenta que dentro del comportamiento Humano el consumo de bebidas alcohólicas es uno de los factores determinantes para que la juventud Ecuatoriana sea presa fácil de este fenómeno Social, el mismo que limita el desarrollo correcto de la Persona como un ente útil para nuestra Sociedad.

El objetivo del presente trabajo de investigación, es para reflexionar sobre todos los problemas que causa el consumo de alcohol y los posibles inconvenientes en la salud y un posible problema legal que pudiera generar en los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato en el colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga, que se encuentren bajo los efectos de las bebidas alcohólicas. La adecuada utilización de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual de Aron Beck permitirá dar a conocer a los estudiantes y a la juventud en general de todos los problemas que produce el consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA**

### **1.1.TEMA**

El alcoholismo y su incidencia en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009.

### **1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1. Contextualización**

##### **Macro**

##### **El consumo de alcohol en América Latina**

El consumo de alcohol es un problema de salud pública en toda América Latina, siendo el causante de miles de muertes anuales y de millones de años de vida saludable perdidos por enfermedades agudas y crónicas causadas por su consumo. Aunque el consumo es mayor y más frecuente entre los hombres, las mujeres y las adolescentes están incrementando su consumo más rápidamente que los hombres y adolescentes varones. La cerveza es la bebida alcohólica más consumida, seguida de los destilados; sin embargo encontramos diferencias entre países, ya que en algunos el vino es la bebida más consumida. La industria que produce, distribuye y vende bebidas alcohólicas es poderosa, en gran parte globalizada, y con gran influencia política; por todo ello, la situación actual favorece los intereses comerciales en detrimento de la salud pública. Las políticas públicas existentes en América Latina son insuficientes para responder a esta situación a nivel nacional, donde encontramos poca o ninguna reglamentación del consumo y disponibilidad de las bebidas alcohólicas, sobre precios e impuestos, o control

gubernamental de la comercialización y de la publicidad.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo importante en la mortalidad y la morbilidad en todo el mundo (OMS 2002, OMS 2011). En América Latina, esta situación es proporcionalmente más grave; de acuerdo con la OMS (2011), en 2005, no solamente el consumo promedio per cápita de alcohol fue más alto que el promedio mundial (8.7 L en la región comparado con 6.1 L a nivel mundial) si no que, en términos de impacto sobre la salud, ocupó el primer lugar entre los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de enfermedades, medida por los años de vida perdidos por mortalidad prematura o años vividos con alguna discapacidad (AVAD)(Rehm y Monteiro 2005, OMS 2011). En el año 2004, al menos 347,000 muertes en las Américas estuvieron directamente vinculadas al alcohol, así como más de 13 millones de AVAD (OMS 2009). De acuerdo con el estudio sobre la carga global de enfermedades de 2010, en Ecuador, El Salvador y Guatemala el consumo de alcohol ocupó el primer lugar entre 67 factores de riesgos en todos los rangos etáreos; al tiempo que el alcohol ocupaba el primer lugar entre los factores de riesgo, en 27 países de los 34 evaluados, entre las personas de 15-49 años de edad (Lim et al. 2012).

En la mayoría de los países de América Latina la cerveza es la bebida más consumida (representa 54.7% del consumo total en las Américas); si bien en Argentina, Chile y Uruguay es el vino; mientras que en Antigua y Barbuda, Bahamas, Cuba, Dominica, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y en el Surinam, los son las bebidas destiladas.

Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, encontramos marcadas consecuencias sociales que surgen de su consumo, tales como problemas en las relaciones familiares y personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de niños (Klingemann y Gmel 2001). Si bien en algunas economías de mercado consolidadas los costes de los problemas sociales relacionados con el alcohol pueden ser mayores que los costes

de los problemas de salud, no tenemos conocimiento de esta relación en los países en vías de desarrollo en América Latina.

El consumo es más prevalente y más intenso entre los hombres que entre las mujeres; en las Américas, el consumo promedio entre los hombres es de 2 a 10 veces superior al de las mujeres, según el país. En el año 2004, las enfermedades crónicas causadas por el alcohol en las Américas contribuyeron a un 11.8% de todas las defunciones entre los hombres y a un 2.4% entre las mujeres (OPS 2012). Además, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir no sólo por su propio consumo, sino también por el consumo de su pareja, que incluye la violencia doméstica (Taylor et al. 2007). En uno de los estudios multicéntricos patrocinados por la OPS, casi el 40% de las mujeres entrevistadas (de la población general adulta) reportaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas después de que ellos hubieran consumido alcohol (OPS 2008).

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS y otros estudios regionales, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países de América Latina y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados. Muchos países nunca han conducido encuestas nacionales, o a gran escala, sobre el consumo de alcohol, patrones de uso y sus consecuencias sanitarias y sociales, y tampoco han llevado a cabo un análisis de estas variables por sexo.

Algunas iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud, en cooperación técnica con distintos países de la Región, generalmente con el apoyo financiero de España (Gobierno Central o de la Generalitat Valenciana) han contribuido a la mejoría de la información epidemiológica y científica, pero cambiar el escenario político de modo que puedan implementarse a nivel nacional acciones efectivas y necesarias continúa siendo un desafío. (Monteiro, 2007, págs. 99-100)

## **Meso**

Otro de los problemas sociales que invade al Ecuador es el alcoholismo, aunque no se vea a este como un gran problema, en nuestro país se consume alrededor de 16 litros por personas.

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%. A nivel de regiones, la Amazonia representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%. Las provincias con mayor número de casos de alcoholismo son Pichincha (619), Manabí (367), Azuay (343), Guayas (303), Imbabura (295), Loja (295), Chimborazo (202), Cañar (169), El Oro (156) y Morona (101). En cambio, las de menor incidencia son Tungurahua (67), Zamora Chinchipe (57), Los Ríos (53), Sucumbíos (33), Ñapo (32), Esmeralda (28), Cotopaxi (17), Carchi (5), Bolívar (2), Galápagos (1) y Orellana (1). (Diario Hoy, Quito, 2007)

El INEC revela que más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol. La mayoría lo hace a partir de la adolescencia. Según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años. Ellos probaron por primera vez algún tipo de alcohol a manos de sus familiares o luego de una “vaca” entre amigos.

Según los estudios del INEC, la conducta de los ecuatorianos respecto al alcohol ha variado con el paso de los años. En la actualidad, se registra un incremento del consumo en la etapa juvenil. Un dato preocupante si se considera que la Organización Mundial de la Salud mediante un reporte, asegura que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas. (Diario Vespertino de Cuenca, 2013)

## **Micro**

Según muestran investigaciones hechas por el Ministerio de Salud Pública en Cotopaxi (2011). Existe un 65% de consumo en la población adolescente, En la intoxicación masiva por alcohol adulterado existieron 11 casos en esta provincia de los cuales 6 de estos fueron en Adolescentes.

En la ciudad Latacunga, se puede evidenciar que existen lugares de expendio de bebidas alcohólicas cerca de centros educativos, escuelas, colegios, universidades esto incitan a los adolescentes al consumo de alcohol. El servicio de psicología de la Unidad de Bienestar Estudiantil de La Universidad Técnica de Cotopaxi manifiesta que según estudios realizados en el 2011, son alrededor de 12 bares en el sector de San Felipe, cerca de la universidad donde un 80% de los estudiantes asisten a este tipo de lugares.

Según los estudios estadísticos de la “CONSEP” (2011). El índice de consumo de alcohol en Cotopaxi, ha ido aumentando, y se entiende que en la ciudad de Latacunga el índice de ingesta comienza desde los 14 años y que ha aumentado en un 8.7%. (Chicaiza, 2013, págs. 5-6)

Lucía Bolaños, comisaria nacional del cantón Latacunga, señaló que la provincia aparece como una de las de mayor consumo de alcohol a nivel del país, entre jóvenes y adultos, además, indicó que la violencia intrafamiliar es la primera causa de inseguridad ciudadana. Frente a ello, las autoridades están trabajando en la realización de varias acciones, encaminadas a bajar el índice de los indicados problemas sociales.

Indicó que las autoridades para enfrentar el problema, realizan trabajos de capacitación con autoridades, padres de familia, estudiantes en diferentes sitios de la ciudad y el cantón. Hizo una invitación a los padres de familia, a estar más pendientes de sus hijos y evitar que los mismos caigan en el consumo del alcohol. Bolaños, expresó que la violencia intrafamiliar se da en un 95 por ciento, por el consumo de alcohol.

La Comisaria, indicó que el mayor consumo de alcohol se da en los diferentes eventos festivos que se desarrollan en la ciudad y la provincia, frente a ello, dijo

que los organizadores de las fiestas deberían incentivar a la población a vivir las mismas sin el consumo de alcohol, incentivando a rescatar la cultura y tradición de su sector. Lucía Bolaños, apuntó que las autoridades de control durante los operativos que realizan durante un acto festivo, decomisan unos 200 o 300 litros de trago artesanal.

Otro de los problemas que preocupa a las autoridades de control, es el alto número de casos de violencia intrafamiliar que se registran en la provincia. Bolaños, anotó que durante los primeros cinco meses del presente año, la Comisaría ha conocido sobre los 700 casos. En relación a meses anteriores, el problema ha marcado una cierta reducción, apuntó la autoridad.

Expresó que el mayor número de casos de violencia intrafamiliar, es por agresión física y psicológica. Señaló que los agresores luego de las audiencias respectivas son sancionados según el marco legal, como prisión hasta 30 días y el pago de una multa en un gran número, a ello se suma la aplicación de medidas de amparo a la víctima. (La Gaceta, Latacunga, 2013)

### **1.2.2. Análisis crítico**

El consumo de alcohol en los adolescentes puede ocasionar problemas en el ámbito familiar y educativo también puede llegar a tener problemas con las autoridades de esa manera los jóvenes están poniendo en riesgo su futuro por consumir alcohol a tempranas edades y a tener evidencias con la justicia.

Los adolescentes por el motivo de consumo de alcohol tienen problemas interpersonales que estos ocasionados conflictos personales, familiares sociales y laborales por lo cual los jóvenes son a veces rechazados, discriminados y humillados por tal razón estos adolescentes pueden llegar a caer en una depresión.

Estos adolescentes que consumen alcohol a tempranas edades y que tienen problemas muy fuertes deben ser tratados por un medio especialista que le ayude a

guiar en su vida para el futuro y hacerle caer en cuenta que consumir alcohol no es importante para ser aceptados en un grupo de amigos o para madurarse.

### **1.2.3. Prognosis**

El alcoholismo en los adolescentes lleva un camino muy peligroso en la cual pueden tener problemas en su vida personal, académica y familiar, también este consumo de alcohol puede transformarse en una dependencia sin salida para el futuro.

Estos jóvenes que consumen el alcohol desde tempranas edades en el adulto también tendrán mismo problemas como personales, en trabajo, con su pareja e incluso con la justicia porque vuelven agresivas, impulsivos, hostiles, autoritarios con su familia e irritable.

Posteriormente se puede proyectar en sus futuros hogares sin que exista conciencia y muchas veces se convierte en un círculo vicioso que es difícil de romper la dependencia alcohólica.

### **1.2.4. Formulación del problema**

¿Cómo incide el alcoholismo en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009?

### **1.2.5. Preguntas directrices**

¿Cuál es grado de alcoholismo existente de los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde” de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009?

¿Cuál es el grado de deterioro de la relación interpersonal de los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde” de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009?

¿Es posible diseñar una propuesta de solución al problema planteado?

### **1.2.6. Delimitación de problema**

- **Delimitación del contenido**

**Campo** : Psicología clínica

**Área** : Afectividad

**Aspecto** : El alcoholismo

- **Delimitación espacial.-** Esta investigación se realizando en el Departamento de Psicología del Colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga.
- **Delimitación temporal.-** La presente investigación se realizó en el periodo Marzo- Agosto 2009

### **1.3.JUSTIFICACIÓN**

El consumo de alcohol es un problema habitual que se encuentra rondando en el círculo de los adolescentes siendo lastimosamente muy bien aceptado ante sociedad, el alcohol es una droga ilícita que puede generar dependencia física como psicológica, amas de producir deficiencias en nuestra mente y organismo.

Las situaciones que inclinan al adolescente al consumo de alcohol se da debido a una serie de variables como: falta de valores, violencia intrafamiliar, crisis de identidad, cuestionamiento de la autoridad, falta de comunicación con los padres, integración a un grupo de amigo, baja autoestima entre otros.

Son razones de mucha importancia por los cuales merece que el tema sea investigado con originalidad.

El presente proyecto es de mucho interés para la sociedad en especial para la institución, dar a conocer que el consumo de alcohol en los estudiantes puede

ocasionar serios problemas dejando secuelas en su vida personal y académica.

Debido a los múltiples problemas que presenta hoy en día la situación social del país, es necesario buscar alternativas para un mejor estilo de vida de los adolescentes, por lo tanto permitirá a las autoridades tomar decisiones acertadas para el beneficio de los estudiantes del plantel.

La información será oportuna, facilitando la gestión adecuada de sus autoridades y promoviendo en el futuro proyecto en beneficio para la sociedad.

## **1.4.OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Investigar el grado de alcoholismo existente en los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde” de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Determinar el grado de incidencia del alcoholismo en las relaciones interpersonales de los estudiantes en los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde” de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009.
- Evaluar el deterioro de las relaciones interpersonales en los estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato del Colegio “Miguel Iturralde” de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el periodo Marzo-Agosto del 2009.
- Elaborar una propuesta psicoterapéutica que permita atender la problemática planteada.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**La ingesta de alcohol y su influencia en el comportamiento agresivo de las estudiantes del bachillerato del Colegio Nacional Técnico “UNE”. Lic. Leonor Araceli Gómez Zambrano, (2010).** Universidad Tecnológica Equinoccial. Concluye que: De acuerdo a la entrevista realizada a 5 estudiantes del Colegio Nacional Técnico UNE, se pudo comprobar que el consumo de alcohol es masivo y también inconsciente porque nadie se detiene a pensar lo que se hace. Hoy en día las adolescentes se creen libres pero en realidad son un engranaje más en la gran máquina de consumo.

Las estudiantes del bachillerato en su mayoría, manifiestan su comportamiento agresivo con insultos, por cuanto es la forma más rápida para demostrar su agresividad con las demás personas, debido a la gran influencia que tiene el barrio donde viven, la gente con quien se relaciona y el grado de preparación de los padres.

Las estudiantes consumen alcohol por gusto propio, o por diversión en sus salidas. Estas acostumbran tomar estas bebidas ocasionalmente, esto indica que el consumo es durante los fines de semana, generalmente cuando salen del Colegio.

Los lugares más elegidos para la ingesta de bebidas alcohólicas son las casas de amigas, y los bares o barras. Por lo que estos encuentros se realizan durante los viernes y los sábados. Además de frecuentar en estos lugares, casi todas toman con sus amigas, mientras que muy pocas toman solas o con otras personas.

(Gómez, 2010, págs. 55-56).

**Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Diana Cicua, Margaret Méndez y Liliana Muñoz, (Colombia) 2011, Pontificia Universidad Javeriana-**

**Bogotá.** La presente investigación buscó describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes entre 12 a 17 años, en la ciudad de Bogotá, pertenecientes a los estratos 4 y 5. Este interés surgió a partir de la alarma que actualmente hay en Colombia a nivel del Estado, padres de familia e instituciones, con relación al aumento significativo del consumo de esta sustancia a temprana edad. Ministerio de Protección Social (2005).

El consumo de alcohol en Colombia ha sido visto como un comportamiento socialmente aceptado desde tiempo atrás; este hecho repercute en la salud pública y en las relaciones sociales y familiares. A través de los distintos medios masivos de comunicación y con base en la encuesta de sustancias psicoactivas, realizada por el Ministerio de Protección Social (2005), el Estado colombiano manifiesta que el aumento de consumo de alcohol en los adolescentes se ha convertido en una de las mayores preocupaciones sociales. Por esta razón, fue pertinente indagar por los factores asociados, considerando el entorno en el que tiene lugar la conducta del adolescente, ya que en éste satisface sus necesidades físicas, psicológicas y/o sociales. (Méndez y Muñoz, 2007, págs. 4-5)

**El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo socio comunitario. María Elena Villarreal González, Juan Carlos Sánchez Sosa, Gonzalo Musitu y Rosa Varela, (2010), Universidad Autónoma de Nuevo León – México, Universidad Pablo de Olavide de Sevilla-España.** El objetivo del presente estudio es analizar las relaciones existentes entre variables individuales, familiares, escolares y sociales con el consumo de alcohol en adolescentes. El tipo de estudio realizado es explicativo causal. La muestra estuvo conformada por 1245 adolescentes de ambos sexos procedentes de dos centros educativos de secundaria y dos de preuniversitario, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad. Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado, considerando la proporción de alumnos por grado escolar, grupos y turno. Para el análisis de los datos se calculó un modelo de ecuaciones estructurales que explicó el 66% de la varianza. Los resultados mostraron que el apoyo social comunitario y el funcionamiento familiar se relacionaban con el consumo de alcohol de forma indirecta. El primero lo hacía de forma positiva y

significativa a través del apoyo de amigos y el consumo de alcohol de familiares y amigos; y el segundo, lo hacía a través de dos partes: uno, de forma positiva y significativa, con el apoyo familiar y el consumo de alcohol de familiares y amigos y, dos, de forma positiva a través del ajuste escolar y la autoestima escolar y ésta, de forma negativa, con el consumo de alcohol. También se observó una relación positiva y significativa entre funcionamiento familiar y el apoyo social comunitario. Los resultados obtenidos se discuten en función de los estudios más relevantes en la temática de esta investigación y se hace referencia a las limitaciones metodológicas de este estudio. (Villareal, Sánchez y Varela, 2010, pág. 253)

**El alcoholismo en las historias de vida de los adolescentes de: SILVA, Sílvia Éder Dias da y PADILHA, Maria Itayra.** El estudio tiene como objetivo describir las representaciones sociales de los adolescentes acerca del alcoholismo y analizar las consecuencias del alcoholismo en la historia de vida de los adolescentes. Se trata de una investigación descriptiva-cualitativa que empleó el método de la historia de la vida para recolectar los datos con 40 adolescentes concomitantemente con la observación libre. El análisis de contenido dirigido a dos categorías: Lo bueno y lo malo del alcohol y el alcoholismo y sus consecuencias. Las representaciones sociales de los adolescentes sobre el alcohol lo entrelazaron a dos significados simbólicos: la asociación de alcohol con el placer y la diversión, y la negatividad de su uso, relacionados con la violencia y pérdida del conocimiento. Se llegó a la conclusión de que vivir con el alcoholismo en la familia influye en la manera en que los adolescentes perciben el alcohol durante su vida. (Silva y Padilha, 2013)

**El abordaje del alcohol en el contexto de la enseñanza fundamental: la reconstrucción socio imaginaria de los docentes. FELIPE, Ingrid Cunha Ventura y GOMES, Antonio Marcos Tosoli.** El consumo de alcohol es considerado un problema mundial, afectando principalmente a los adolescentes. En este contexto, se adoptaron como objetivos: identificar las estrategias pedagógicas desarrolladas por los profesores de la enseñanza fundamental en el

abordaje sobre el alcohol junto a los adolescentes; analizar las actitudes, creencias, valores y prácticas de los profesores de la enseñanza fundamental en relación al alcohol; y, discutir las repercusiones de las actitudes, creencias, valores y prácticas de los profesores sobre alcohol en la interlocución con los alumnos y en la implementación de las estrategias seleccionadas. Se trata de estudio cualitativo realizado con 26 profesores de una escuela municipal de Rio de Janeiro. Los datos fueron tratados a través del análisis de contenido temático y agrupados en 5 categorías. Se concluye que la construcción socio-imaginaria y la actitud de los docentes interfieren directamente en la práctica personal y profesional repercutiendo en lo cotidiano de los alumnos. Se destaca que el enfoque no deben ser apenas los estudiantes, se debe también considerar la relación de los profesores con sus estrategias pedagógicas. (Felipe y Gómez, 2010)

## **2.2.FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La investigación se guiará en el paradigma crítico-propositivo cuya finalidad es la comprensión del problemas, la de potencialidades de cambio y la acción transformadora para la sociedad, nace debido a que proporciona la construcción de múltiples realidades, través de la interacción directa entre sujeto y objeto para su conocimiento total, sin dejar de lado o menospreciar los valores que dichos elementos puedan poseer, adaptando de esta manera el método al objeto de estudio.

Además se plantea hipótesis de trabajo y explicaciones contextualizadas no leyes inmutables o irrefutables, lo que convierte al diseño de la investigación en participativo, abierto y flexible al cambio cuantas veces sea necesario. Se utilizara para su ejecución tanto técnicas cuantitativas como: la formulación de instrumentos para la recolección y procesamiento de la información requerida, además técnicas cualitativas.

La investigación estará orientada bajo la corriente Cognitiva que se basa en el estudio de los procesos cognitivos esenciales que se fundamenta en la percepción,

la atención, la memoria, pensamiento, procesamiento racional y el lenguaje.

## **2.3.FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

### **Ley Nacional de lucha contra el Alcoholismo**

**Ley 24.788.** Prohíbese en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas. Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Sancionada: Marzo 5 de 1997. Promulgada de Hecho: Marzo 31 de 1997. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso etc., sancionan con fuerza de Ley:

**Art. 1.** Queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad.

**Art. 2.** Declárase de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

**Art. 3.** A los efectos de esta ley, se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

**Art. 4-**La prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas. Queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente.

**Art. 5.** Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes

leyendas: "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 8 años".

**Art. 6.** Queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que:

Sea dirigida a menores de dieciocho (18) años;

Utilicen en ella a menores de dieciocho (18) años bebiendo;

Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas;

Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones:

No incluya en letra y lugar visible las leyendas "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

**Art. 7.** Prohíbese en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la captación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos.

**Art. 8.** Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que será conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

**Art. 9.** El Consejo Federal de Cultura y Educación acordará los aspectos educativos del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, debiendo incluir en los contenidos curriculares de todos los niveles, ciclos y modalidades temas vinculados al consumo excesivo de alcohol.

**Art. 10.** Los establecimientos médico-asistenciales públicos, del sistema de

seguridad social y privado, deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo a su nivel de complejidad: y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol.

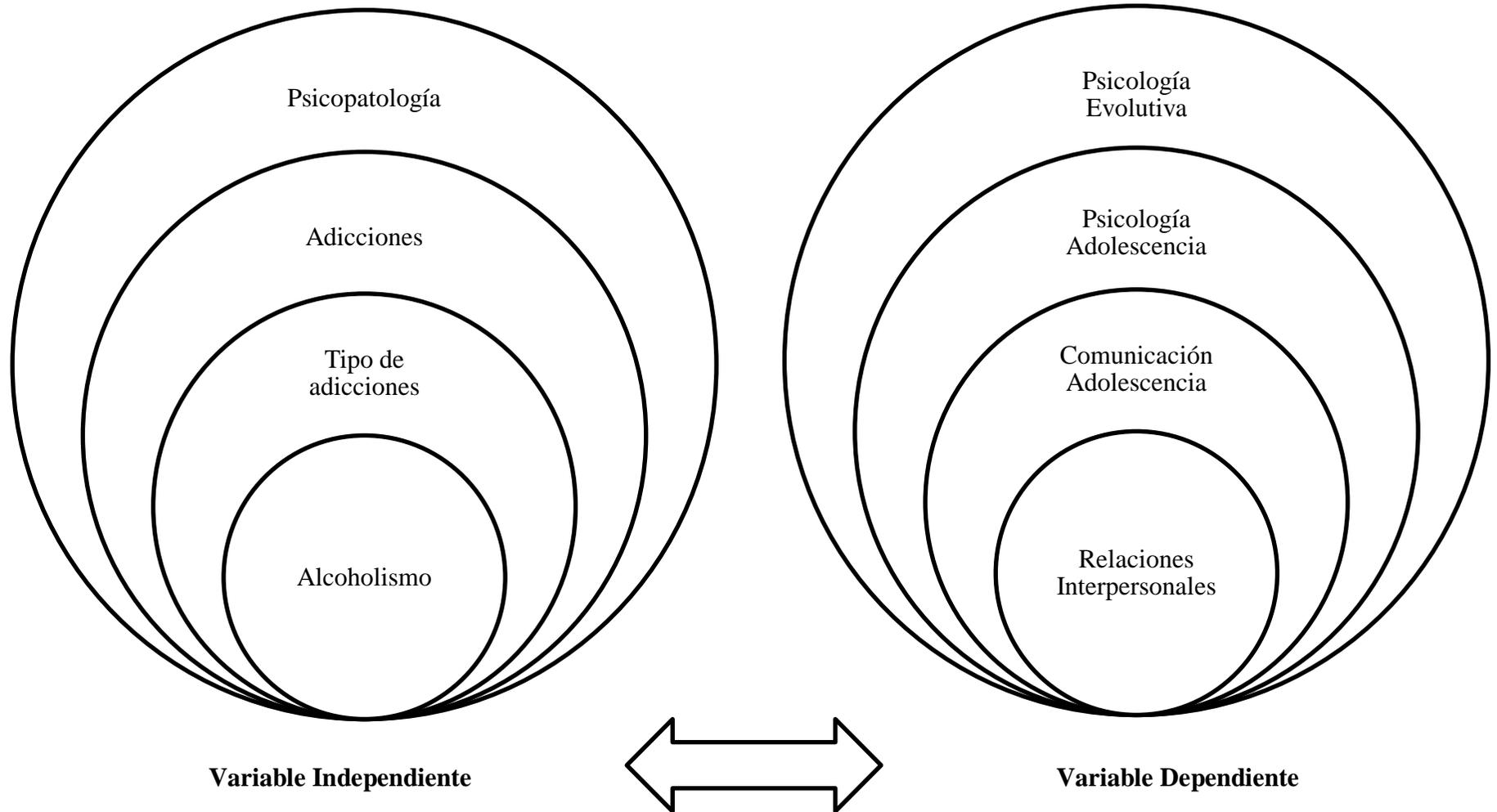
#### **2.4.FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

El proyecto investigativo se fundamentó en la base psicológica de la Corriente Cognitiva Conductual, ya que esta permite realizar un abordaje integral a la problemática que padecen los estudiantes producto de sus modelos mentales mismos que crean idealizaciones irracionales y como es lógico comportamientos inadecuados que alteran sin duda alguna el equilibrio homeostático y social. El fin de esta corriente es abordar pensamientos disfuncionales del presente, buscar mecanismos o estrategias terapéuticas para modificar las cogniciones con efectos positivos en la conducta y la adaptación biopsicosocial.

#### **2.5.FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA**

Enfocado en la continua superación del ser humano basado en los valores como: la superación, respeto, honradez, responsabilidad, conciencia social y el desarrollo holístico de la capacidad de los estudiantes en donde prevalezca la fortaleza del carácter y los rasgos predominantes de la personalidad como pauta para un equilibrio adecuado para un estilo de vida.

## 2.6.GRÁFICOS DE INCLUSIÓN INTERRELACIONADOS



### 2.6.1. Desarrollo de la variable independiente: Alcoholismo

## PSICOPATOLOGÍA

### Concepto

Según, Luis Riofrio Mora la Psicopatología es una rama de la Patología encargada del estudio de las enfermedades psíquicas, las cuales se originan por las mismas causas que producen las demás enfermedades en el hombre. Todas las enfermedades que se producen en el hombre son el resultado de la interacción entre su organismo y el ambiente, la misma que se produce, a través de su sistema nervioso. En efecto, el medio actúa sobre el organismo mediante agentes de naturaleza física o química, llamados estímulos, los cuales son recibidos por el sistema nervioso mediante elementos especiales llamados receptores, y luego el organismo responde también a través del sistema nervioso y mediante elementos especializados llamados efectores, que actúan sobre el sistema muscular unas veces y sobre el sistema glandular otras, bajo la forma de actos llamados reflejos que pueden ser no condicionados y condicionados.

El estímulo que puede desencadenar una enfermedad se llama factor patógeno y al actuar esta sobre el organismo, puede ocurrir dos cosas:

- Que el organismo esté suficientemente fuerte y con un sistema nervioso que resista la acción del factor patógeno, en cuyo caso el individuo no se enferma.
- Que el organismo se encuentre débil, con un sistema nervioso que no resista a la acción del factor patógeno y la enfermedad aparece.

En las enfermedades psíquicas, el factor patógeno actúa sobre los procesos de la actividad nerviosa superior, obligándola a desencadenar y movilizar todas las fuerzas compensadoras, mecanismos de defensa y resistencias a su alcance, para mantener de esta manera el equilibrio normal y evitar la enfermedad o conseguir su curación.

Pero cuando el sistema nervioso es débil o los agentes patógenos son grandemente fuertes, las fuerzas compensadoras se agotan, los mecanismos de defensa se anulan o se alteran y la enfermedad avanza hasta terminar con la muerte del individuo, como en cualquier otra enfermedad.

Por lo expuesto anteriormente, la enfermedad psíquica se produce por la acción de los factores patógenos del ambiente por una parte y por la existencia de un sistema nervioso débil, sin posibilidades compensadoras, con utilización de pobres mecanismos de defensa, por otra parte.

Generalmente intervienen en la producción de la enfermedad psíquica ambos factores: ambiental y constitucional del organismo. Es por éstos que a pesar de actuar el mismo factor patógeno sobre varios individuos, como ocurre con el microbio de la lúes, sin embargo no se produce en todos los pacientes el cuadro de la parálisis general progresiva, que sólo ocurre en quienes existe a la vez un sistema nervioso débil constitucionalmente, o debilitado por otras causas de carácter tóxico, como el alcoholismo, la fatiga por exceso de trabajo mental, etc. De la misma manera, la esquizofrenia es una enfermedad mental, que se desarrolla en un organismo cuyo sistema nervioso es débil constitucionalmente, por herencia, pero esto no significa que sólo el factor constitucional sea el determinante de la enfermedad, pues hace falta la participación de una causa externa de carácter afectivo, emocional o ambiental diverso para que se desencadene. (Riofrio, 1998, págs. 11-12)

Es por esto que no se puede hablar de enfermedades psíquicas producidas exclusivamente por factores externos o factores constitucionales internos y resultan equivocadas las clasificaciones que tratan de encasillar grupos de enfermedades exógenas y endógenas con criterio exclusivista. El ambiente juega un papel importantísimo en la evolución del hombre así como en la producción de sus enfermedades, obrando de la misma manera como obra la naturaleza, sobre los demás seres de la tierra.

La Organización Mundial de la Salud sitúa al alcohol entre las drogas más devastadoras para la salud física, psíquica y social de los individuos. Los efectos que tiene sobre el organismo humano son de sobra conocidos puesto que se trata de una sustancia de un consumo muy extendido en nuestra sociedad.

A continuación expondremos algunas de las complicaciones que se derivan de la bebida alcohólica.

### **La psicosis alcohólica aguda o Delirium tremens**

Tiene lugar como consecuencia de la privación o abstinencia (de pocas horas hasta 24). Durante este fenómeno se producen alucinaciones visuales con contenido aterrador que el individuo vive con suma angustia. Suele estar alterada profundamente la conciencia, con agitación psicomotora, alteraciones del pensamiento, errores en el reconocimiento del entorno, desorientación, insomnio, sudoración, hipertensión arterial y dilatación pupilar. Se da una gran ansiedad y puede desembocar en coma o muerte. (Animación, 1999)

### **En la alucinosis alcohólica no suele estar alterada la conciencia**

Tienen lugar alucinaciones auditivas (voces que le insultan) y el delirio de persecución le lleva a adoptar una conducta de huida o de agresión contra él mismo o contra los demás. Generalmente se produce después de abandonar la bebida (48 horas), pero en ocasiones puede aparecer el fenómeno en caso de un aumento del consumo.

**La celotipia.-** crónica o delirios de celos suele estar asociada al alcoholismo, aunque la personalidad del individuo es un factor a tener en cuenta como posible desencadenante. Es frecuente que el alcohólico sospeche de la fidelidad de su cónyuge. Algunas veces todavía está conservada la capacidad crítica que haga poner en tela de juicio esas dudas, otras veces llega a ser delirante hasta el punto de creer que se entrega de modo indiscriminado al propio médico o a personas de

cierta relevancia social. Algunos psicólogos de enfoque dinámico interpretan la impotencia sexual, causa de los sentimientos de inferioridad tan frecuente en el alcohólico, como la causa de este fenómeno.

Aunque el inicio del consumo alcohólico en muchos casos está condicionado a la búsqueda de relajación, disminuir la ansiedad, evadirse de los problemas con un consumo prolongado la ansiedad aumenta y el estado de ánimo empeora, surgiendo los trastornos depresivos y de ansiedad.

### **Síndrome de abstinencia**

Existen dos grupos de manifestaciones del síndrome de abstinencia:

Manifestaciones habituales de predominio matutino en las que se presenta temblor labial y de manos, sensación nauseosa, ansiedad e inquietud, cansancio y estado de ánimo deprimido, manifestaciones que mejoran con la ingesta.

El Gran Síndrome de Abstinencia o Síndrome Confuso-Onírico (Delirium Tremens). Se inicia con ansiedad y temblor en manos, extremidades, labios y lengua. Se producen crisis convulsivas y alucinaciones visuales. Se presenta al cabo de 8 a 24 horas de la abstinencia o disminución de la ingesta.

### **La personalidad del alcohólico**

El DSM-IV relaciona alcohol con trastorno depresivo aunque más como una consecuencia de la conducta de beber que como factor inherente al bebedor. La bebida produce estados maníacos y suele relacionarse con un trastorno de ansiedad, en concreto con la fobia simple en el hombre y con la agorafobia en la mujer, trastornos que el sujeto intenta superar con la bebida.

El alcohólico utiliza la bebida como un medio para eliminar la insatisfacción que habita en él. Sus problemas personales y depresiones parecen «ahogarse» con el

alcohol. Le caracteriza un alto nivel de frustración y un bajo nivel de autoestima, pero en cuanto al carácter del alcohólico dependiente surge el interrogante de si su personalidad es previa a la bebida o consecuencia de ella.

Entre los rasgos de personalidad que aparece en un individuo dependiente se encuentran:

**Inmadurez emocional:** Actúan como personas dependientes, de personalidad débil, necesitadas de aprobación, presentan desajustes sexuales y dificultad de trato con el otro sexo, baja tolerancia a la frustración y dificultad para aplazar la satisfacción de sus deseos.

**Baja autoestima y baja tolerancia a la frustración:** Esto lo hace incompetente para enfrentarse a los problemas, creciendo a la vez su frustración, lo que le lleva a la bebida por sus poderes de evasión. Termina produciéndose un círculo vicioso; el alcohol lo vuelve más impulsivo y hace que se salte las normas sociales, lo cual le generara aún menor control emocional y conductual.

**Una educación paterna restrictiva:** En cuanto a la expresión de sentimientos desemboca en un individuo adulto que esconde sus emociones y necesidades. (Animación, 1999)

## ADICCIONES

Definición adaptada por el Dr. Saúl Alvarado Medico Adiccionista para el alcoholismo.

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación. (Alvarado, 1998).

## **Tipos de adicciones**

**Primaria.-** Se refiere a la naturaleza de la adicción como entidad patológica separada de otros estados pato fisiológico que pueden estar asociados. Primaria se refiere a que la adicción no es un síntoma de otro proceso patológico subyacente.

**Enfermedad.-** Significa una discapacidad involuntaria. Representa la suma de fenómenos anormales que se presentan en un grupo de individuos. Estos fenómenos están asociados con un conjunto específico de características comunes, por lo que estos individuos difieren de la norma, y que los coloca en desventaja.

**Frecuentemente progresiva y fatal.-** Significa que la enfermedad persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan mientras el uso continúa. La adicción causa muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que involucran al cerebro, hígado, corazón, y otros órganos, dependiendo del tipo de adicción; y contribuye a la ocurrencia de suicidios, homicidios, violencia, maltrato, violación y abuso sexual, accidentes y otros eventos traumáticos interpersonales y/o familiares.

**Descontrol.-** Se refiere a la inhabilidad para limitar el uso, la duración del episodio de uso, la intensidad del uso y las consecuencias conductuales del uso.

Preocupación asociada con el uso se refiere a la inversión excesiva de atención hacia el uso, el sustrato del uso, los efectos del uso, las situaciones relacionadas con el uso; lo cual significa una gran inversión de energía y tiempo en las actividades adictivas, traduciéndose en un relativo descuido de los intereses importantes de la vida diaria.

**Las consecuencias adversas.-** Son problemas relacionados con el uso que llevan a impedimentos en las áreas de: salud física, funcionamiento psicológico, funcionamiento interpersonal, funcionamiento ocupacional: y problemas legales,

financieros y espirituales.

**La negación.-** Es usada aquí, no solo en el sentido psicoanalítico de un simple mecanismo de defensa que descalifica el significado de los eventos, sino más ampliamente incluyendo un amplio rango de maniobras psicológicas diseñadas para reducir la conciencia del hecho de que el uso es la causa de los problemas del individuo, más que una solución a estos problemas. La negación se convierte en una parte integral de la enfermedad y un obstáculo importante para la recuperación.

### **Adicciones en la adolescencia**

Se utiliza para describir un patrón de uso de adicciones en la adolescencia que conduce a problemas o preocupaciones graves como faltar al trabajo, usar drogas en situaciones peligrosas, manejar un carro el uso continuo de adicciones en la adolescencia que interfiere con las relaciones familiares o con los amigos. Adicciones en la adolescencia, como trastorno, se refiere al abuso de sustancias ilegales o al uso excesivo de sustancias legales (como el alcohol).

### **La dependencia de sustancias químicas**

Es el uso de adicciones en la adolescencia, aun cuando se hayan desarrollado problemas importantes. Estos incluyen un aumento en la tolerancia o la necesidad de aumentar las cantidades de adicciones en la adolescencia para obtener el efecto deseado. Fracaso en el intento de dejar adicciones en la adolescencia y un debilitamiento de sus actividades sociales. (Andenes, 2013)

### **Historia del alcoholismo**

La historia de la cultura humana es inseparable de la historia del alcohol, los primeros registros de un chuchaque tienen más de 30.000 años, la fermentación y destilación de ciertas plantas para la obtención de bebidas que produzcan ebriedad

y euforia ha sido una constante en casi todas las culturas de la tierra. El alcohol es la droga más usada en occidente desde hace muchos miles de años y los registros marcan la importancia de esta relación. En muchas culturas se repiten mitos similares al de Caín y Abel. En todos los casos representan el triunfo del hombre sedentario dedicado al cultivo sobre el nómada cazador y recolector. Sabemos que ese proceso forma parte necesaria en la evolución del hombre moderno, en algún momento de nuestra historia, el hombre necesito esperar y-cuidar el desarrollo de ciertos cultivos y se ubicó en los lugares favorables para la actividad agraria y así nació la cultura. Cultivo y cultura son palabras similares y con el mismo origen.

Sabemos que los sumerios se establecieron hace más de cuatro mil años para elaborar cerveza. Según la biblia, diez generaciones después de Adán, es Noé el primer hombre que planta un viñedo. También se transforma en el primer nudista luego de probar el producto de la vid (génesis ex. 20-21). Peor es el caso de Lot que habiendo perdido la conciencia en medio de la borrachera, tiene relaciones sexuales con sus hijas (génesis xix. 32), en proverbios (xxxii. 6-7) encontramos unos versos que se relacionan a una forma más compasiva del uso del alcohol, dicen: "procura bebidas fuertes al que va a perecer, vino al corazón colmado de amargura: ¡qué beba!, ¡qué olvide su miseria! ¡Qué no recuerde más su pena!".

### **La primera Ley**

El registro más antiguo que se conoce sobre el alcohol son unas tablillas cuneiformes del siglo xxii antes de Cristo y se refieren a la cerveza. Pero en el siglo XVIII A.C. el código de Hammurabi, el libro de leyes más antiguo que se conoce, tiene una ley dedicada a regular la actividad de los bares de la época. En el artículo 108 dice: "si una tabernera rebaja la calidad de la bebida, será ejecutada arrojándola al río". En países como el nuestro podríamos aprender de los babilonios. Adulterar bebida es entregar a las manos de los falsificadores la salud de los ecuatorianos. Tal vez la muerte por ahogo sea demasiado, pero la impunidad es demasiado poco.

En la Grecia antigua, una de las polémicas más animadas era entre los bebedores de agua (hydropotai) y los bebedores de vino (oinopotai). Era un debate esencialmente artístico. Los abstemios reprochaban a los otros que ni siquiera supieran lo que escribían. Los segundos indicaban que la lírica era incompatible con la sobriedad. Homero declaraba su horror ante los fríos y amanerados bebedores de agua. Sócrates era célebre por su capacidad para el trago. Platón, su discípulo, en las leyes, nos dice que el alcohol "nos preserva a la vez del temor y de la temeridad", lo que demuestra la inexistencia de vehículos a motor en la época del filósofo. También propone la prohibición de la bebida para los menores de edad y recomienda no beber en exceso hasta los cuarenta para, allí sí encomendarse a dionisias por mérito propio.

### **El Aguardiente**

El consumo de alcohol en occidente siguió estable durante casi un milenio hasta que en la edad media, se destila alcohol mediante un alambique lo que modifica totalmente los hábitos europeos respecto al trago. Aunque los griegos, los romanos y también los árabes conocían los alambiques, le dieron otros usos. Fueron monjes medievales los que comenzaron a refrigerar por medio de una serpentina y esto permitió la destilación de los primeros licores. La facilidad de su elaboración y la alta graduación alcohólica produjeron una difusión en todo el mundo sólo comparable a la que produjo el tabaco al ser traído de América. El actúa vitae o agua de la vida se comienza a fabricar en toda Europa. En pocos años, muchos cereales y frutos fueron convertidos en alcohol y se comenzaron a producir casi todos los licores que hoy se conocen. Su uso inicial como medicamento da paso a su uso recreativo y se crean bebidas cada vez más sofisticadas. También en América, los europeos comienzan a destilar licores con plantas locales como la caña de azúcar, el pulque y el mezcal, siendo varias de estas bebidas las principales armas de la conquista, los pueblos aborígenes que no estaban acostumbrados al alcohol, sucumben en forma general. Un problema que aún subsiste.

## La Ley Seca

Un capítulo aparte en la historia del alcohol merece la ley volstead o ley seca. En un ataque de fanático puritanismo, diversas organizaciones comienzan a juntar firmas para prohibir la fabricación y venta de vinos y licores en todo estados unidos. En 1914 presentan seis millones de firmas ante el congreso y comienza un debate que culmina en 1919 con la modificación de la constitución americana y el inicio de la prohibición. Ese es el período que todos conocemos a través del cine de Hollywood, la prohibición no disminuye la demanda y las mafias comienzan a tener un poder económico desconocido. Sus jefes, al brindar un producto que a mucha gente decente le interesa beber, se transforman en una especie de personajes simpáticos para el público. Al capone, al salir del juicio, le dice a los periodistas: "quisiera saber por qué me llaman enemigo público, solamente servía los intereses de la comunidad, si infringí la ley, mis clientes son tan culpables como yo". En pocos años, la corrupción alcanza a miles de médicos, los únicos autorizados para recetar licores. El 34 por ciento de los agentes encargados de hacer cumplir la prohibición están implicados en actos delictivos. El alcoholismo y las intoxicaciones por adulteración tienen niveles alarmantes. Más de cien mil personas mueren o sufren lesiones graves por beber alcoholes no aptos para el consumo como el metílico.

Trece años después de impuesta, la ley seca es derogada. El fracaso de la prohibición es evidente. Casi medio millón de personas encarceladas por esta ley recuperan su buen nombre. Lo curioso es que excepto capone que fue condenado por un tema impositivo, ningún gran mafioso fue encarcelado. Hicieron fortunas incalculables, corrompieron hasta los más altos estratos del gobierno americano y salieron ilesos de la prohibición. Además, el hijo de uno de ellos, Joseph Kennedy, llegó a la presidencia del país treinta años después. Casi todos los mañosos de la tierra descubrieron que no existe mejor negocio que tener prohibidas ciertas drogas con demanda, un arte que aún sigue dando el mismo resultado. (Aguilera, 2000)

## **Definición**

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. . La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. (Alcoholismo, 2009)

## **Tipos de alcoholismo**

**Alcoholismo Crónico:** Se produce por el consumo habitual de moderadas dosis de alcohol. El alcohólico presenta trastorno de carácter, desconfianza, irritabilidad, periodos depresivos que pueden llevar al suicidio en algunos casos extremos. (Nataly, 2009)

**Alcoholismo Agudo:** Llamado también embriaguez o ebriedad, es transitorio, consiste en una crisis pasajera que va desde la euforia a la tristeza hasta la pérdida de la razón. (Nataly, 2009)

## **Etiología**

La etiología se desconoce aunque existen hipótesis de desde diferentes tipos de vista.

**Biológicas.-** Defectos cromosómicos o genéticos posibles.

**Sociales.-** Desde el punto de vista social y farmacológico el alcohol es el único

fármaco potente con el cual es socialmente aceptado autointoxicarse.

**Psicológica.-** Las hipótesis psicológicas han señalado la frecuente incidencia de ciertos rasgos de personalidad, que incluyen:

- Cualidades esquizoides (aislamiento, soledad, timidez)
- Depresión
- Dependencia
- Impulsividad hostil y autodestructiva y
- Inmadurez sexual

(El Alcoholismo, 2014)

### **Tipos de bebedores**

- **Moderado:** Ingestión habitual de diversas bebidas alcohólicas inferiores a los tres y cuatro litros por día.
- **Habitual:** Toda su vida social se centra en el alcohol no consumen por gusto, sino porque le aporta una sensación aparente de seguridad valor o placer.
- **Excesivo:** Bebe más de un litro de vino o su equivalente por día y presenta más de una embriaguez por mes. No obstante aún puede controlar el consumo.
- **Alcohólico:** Se caracteriza por depender del alcohol tanto físico como psíquicamente y la incapacidad de detenerse o abstener. (Santos y Martínez, 1998)

### **Causas del consumo de alcohol en los jóvenes**

- La mayoría sentirse bien y divertirse.
- Para descansar y aliviar el estrés.
- Para escapar de la casa.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más gusto en reuniones.
- Para ser parte de grupo social.

- Para emborracharse.
- (Crespo, 2012)

### **Consumo de alcohol**

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica.

La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), es de 13.6 años, y la edad media de inicio de consumo semanal se sitúa en los 14.9 años, según esta fuente las chicas registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores. El 84.2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 43.9% consume al menos una vez a la semana. En cuanto a los episodios de embriaguez el 41% de los escolares se han emborrachado en alguna ocasión y el 23.6% en el último mes.

Un 80% de las muertes registradas entre adolescentes se deben a causas violentas y dentro de ellas las relacionadas con drogas o alcohol representan el 50% existiendo un mayor porcentaje de suicidios en los adictos a estas sustancias. Además, se consideran los factores familiares de gran importancia en el inicio y curso clínico de la adicción al alcohol y otras drogas, ya que hasta un tercio de los niños tienen su primera oferta de consumo de bebida alcohólica dentro del ambiente familiar, por lo que la implicación de la familia tiene gran importancia en todo programa terapéutico.

## **¿Por qué consumen?**

La creencia más compartida entre los diferentes grupos de adolescentes y jóvenes, tiene que ver con la asociación, según su opinión, entre el consumo de alcohol y las "consecuencias positivas" que este proporciona

Entre estas destacan, según ellos indican, una potenciación de la actividad psicofísica (alegría, euforia, superación de la timidez y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, etc.), posibilidad de diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consumen.

En la medida que el alcohol proporciona a los jóvenes una serie de efectos o consecuencias positivas, y el joven los interpreta como un beneficio, dichos efectos se convierten en motivos de consumo. La juventud, como regla general, no asocia el consumo de alcohol con los problemas que de él pueden derivarse, ellos esperan del alcohol cambios positivos globales (facilitador de expresividad emocional, desinhibidor y potenciado de las relaciones sociales, etc.), y a la vez no creen que dicha sustancia tenga consecuencias negativas, influyendo considerablemente en un mayor consumo durante el fin de semana, donde las relaciones interpersonales se intensifican. Por eso anticipar los "efectos positivos" y no las verdaderas consecuencias negativas, conlleva a que se produzca un mayor consumo social.

Esta consideración positiva hacia el alcohol, hace que se considere al mismo como una droga socialmente aceptada y de amplia difusión, lo que hace que los adolescentes, en un amplio porcentaje, no valoren el alcohol como una droga y no consideren su consumo como puerta de entrada hacia la adicción a otras drogas, sin embargo hay varios estudios que demuestran todo lo contrario y según los cuales es muy poco frecuente el uso de cocaína o heroína, sin haber consumido anteriormente tabaco alcohol o cannabis.

En resumen, los motivos principales que el mundo adolescente o juvenil usa para

explicar el consumo de bebidas alcohólicas son:

- Es un modo de "ponerse alegre", "alcanzar el punto".
- Forma de búsqueda de afiliación, con imitación de conductas, con consumo que a veces se impone desde el propio grupo de amigos en el que se participa.
- Presión social, a veces producida desde la publicidad. Desinhibición, superación de la vergüenza
- El consumo actuaría como un modelo de imitación y expresividad de la edad adulta.

### **Qué, cuánto y cómo consumen**

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").

Al analizar los efectos producidos por el consumo de alcohol es probable que el joven elija la estimulación agradable, cierta e instantánea proporcionada por el mismo. De este modo se construyen pensamientos propios ("no todos los que beben alcohol tendrán una dependencia física o psicológica" "no todos tienen accidentes de coche", "el alcohol afecta a los otros, que no controlan, pero no a mí") que contribuyen a reforzar los efectos o ideas positivas. (Saludalia.com, 2000)

### **Como actuar sobre el problema**

Es importante no considerar de forma aislada a los jóvenes del contexto social en que se desenvuelven, sino a ambos conjuntamente, para tener siempre presente los respectivos elementos del sistema: jóvenes, familia, escuela, y barrio o municipio y actuar conjuntamente sobre todos ellos.

Así podíamos considerar diferentes actitudes o pautas de actuación frente al problema, entre los que destacarían:

- Diseñar programas de educación, en los que se incida no sobre los efectos negativos del consumo alcohólico, sino sobre los efectos positivos del no consumo, este pequeño matiz, haría que las medidas tuvieran una mejor acogida general y una mayor eficacia.
- Orientar las actuaciones en el nivel educativo cuestionando y delimitando los efectos positivos del alcohol, que es el conjunto de creencias más desarrollado.

Se debe partir de una información realista, que sitúe en su término más justo los "efectos reforzar Nte" del alcohol, pero que también muestre sus límites. Además existen una serie de creencias erróneas respecto al alcohol (aumento de la potencia sexual, modo de combatir el frío, o como utilidad terapéutica), transmitidas de generación en generación que necesitan ser desmontadas.

- Desarrollar programas de entrenamiento en habilidades sociales, para actuar principalmente en el pre adolescencia, antes de que se instaure el consumo habitual de alcohol, para ayudar a esta población a hacer frente a la enorme presión que el grupo ejerce sobre aquellos que no beben. Para ello se debe formar a profesores del sistema educativo, educadores de calle, animadores sociales, etc.
- Hay que utilizar medidas eficaces que no tienen por qué ser las más costosas. Hacer más baratas las bebidas no alcohólicas, ya que actualmente es más barato consumir una bebida alcohólica que un refresco, así como potenciar bebidas exóticas con menor o nulo contenido alcohólico pero "que entren por los ojos" a los jóvenes.
- Conseguir imponer líneas de trabajo que logren que la edad de inicio del consumo habitual de alcohol se retrase lo máximo posible, lo cual tendrá una incidencia importante en la prevención de los consumos problemáticos del alcohol.
- Formular objetivos para evitar la desconexión de los adolescentes de los sistemas de contexto, sobre todo educativo, modificar las creencias de adolescentes y jóvenes sobre el alcohol, trabajando fundamentalmente sobre las motivaciones de consumo, o diseñar estrategias para reducir lo máximo posible el dinero que los jóvenes llevan encima los fines de semana.
- Actuar sobre los espacios físicos por donde se mueve la juventud, revisando su diseño. Así podemos:
- Ceder lugares donde creamos espacios lo más parecidos a los bares y ponerlos en manos de grupos o entidades no controlados por la Administración, que les dé más libertad.
- Estimular programas que comporten la presencia de educadores en lugares que ellos frecuentan.

- Obligar a los bares a crear espacios alejados de la barra y con un volumen de música reducido que permita la comunicación' y la organización de actividades atractivas que concentren el tiempo de ocio y diversión. Incidir en la importancia de la familia como factor regulador del consumo >' como medio de información.
- Por último, estimular el debate entre las diversas fuerzas políticas para la creación de diversos programas juveniles de control y prevención de las adicciones

(Saludalia.com, 2000)

### **Consecuencia del alcoholismo en la juventud**

Una de las peores plagas que ha azotado a la humanidad es el uso excesivo de alcohol. ¡Cuántas familias han sido destruidas por el licor! Profesionales con un futuro maravilloso han desperdiciado su vida por el alcoholismo. Muchos jóvenes también están desgraciando su vida por efectos de beber alcohol desenfrenadamente. En la calle se puede ver muchas personas cuyas han sido arruinadas por su adicción al licor. El problema es terrible. Ustedes seguramente conocen a alguien con este tipo de problema, porque en casi todas las familias, desgraciadamente, hay alguien con problema de alcoholismo. En las familias donde existe un alcohólico sea papá, la mamá o el hijo, se sufre y se derraman muchas lágrimas.

Duele mucho que el alcohol, que puede decirse que es la peor droga se promueve tanto en los medios de comunicación social y que se estimule tanto a las personas para que tomen licor.

También es lamentablemente que en cualquier ocasión se utilice el licor: cuando se pone la primera piedra de un edificio, cuando se bautiza a un niño, cuando alguien se casa y aun cuando alguien se muere. Cualquier circunstancia se aprovecha para servir licor. Hay que tener mucho cuidadoso con el alcohol, porque es una draga terrible e impresionante que está envenenando a muchísima

gente. Cuando se hace la autopsia a un alcohólico, los médicos se asombran de lo que se encuentra, sobre todo en el hígado y el cerebro. El consumo desenfrenado de alcohol, en cualquiera de sus formas tiene efectos devastadores en el organismo y perjudica también la personalidad del alcohólico.

Es importante que los jóvenes piensen y analicen para que se den cuenta que están creciendo en un mundo donde el alcohol está causando daños cada vez más graves.

Vivimos en una sociedad a la que podríamos llamar "alcoholocracia" es decir una sociedad que viví del alcohol la persona que se aprecia a sí misma y a los demás se cuida del alcohol porque sabe que no le hace ningún bien. Más bien destruye familias y empresas, hace daño a la sociedad y al país. La juventud tiene que defenderse de la terrible plaga del alcohol que azota a la sociedad. Tomen conciencia que el licor representa un peligro muy grave. Ayuden a convencer a sus amigos que pueden tener ese problema de que el licor es muy dañino. Es ridículo y absurdo pensar que en una fiesta el que tiene un vaso de licor en la mano es el más hombre. Eso no es señal de virilidad, ni de ser más hombre, ni más adulto. Por el contrario, indica que hay un tonto más que se intoxicando y puede ser candidato al alcoholismo.

Jóvenes ustedes tienen en sus manos su futuro y el de su patria. Unan fuerzas y hagan campañas públicas contra el consumo de alcohol. Apoyen y recomienden a Alcohólicos Anónimos, el organismo mundialmente reconocido que ofrece una opción a los alcohólicos para controlar su enfermedad. (Alcoholismo, 2009)

## 2.6.2. Desarrollo de la Variable Dependiente: Relaciones Interpersonales

### PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

#### ¿Que estudia la Psicología Evolutiva?

Según Alejandro Justiparan La psicología general estudia la conducta y la personalidad del sujeto; la psicología evolutiva estudia los cambios **que** se van produciendo a través del tiempo con esa conducta y esa personalidad. No todo cambio implica desarrollo, sólo aquellos que sean significativos. La significatividad está, en que si hablamos de desarrollo de la inteligencia, son cambios significativos aquellos que implican una modificación en la manera de organizar el sujeto la realidad, los problemas que se le presentan.

**Desarrollo de la personalidad.-** Cuando cambia la manera de vincularse con los demás y consigo mismo.

**Desarrollo cognitivo.-** Cuando cambia la manera de estructurar los conocimientos.

Si decimos "evolución", "desarrollo", damos a entender que los cambios deben implicar progresos, avances, dicho progreso va a estar dado porque las conductas van variando de más simples a más complejas, y de menor a mayor cantidad.

Son más complejas porque se van haciendo más específicas, precisas, diversificadas, integradas, coordinadas.

El desarrollo va de estados de menos equilibrio a estados de más equilibrio. Cuando hablamos de equilibrio entre el sujeto y el medio, hablamos de un sitio de equilibrio entre las necesidades del sujeto, generadas también con el vínculo con el medio, las posibilidades que éste le ofrece y que el sujeto mismo genera. Este equilibrio es tanto más estable cuanto más móviles ¿Cuándo un sujeto está en

equilibrio? Cuando puede satisfacer sus necesidades. Se le presentan al sujeto situaciones que tiene que resolver, si se cuenta con los medios para hacerlo estamos en equilibrio, si no cuento con ellos, estamos ante un desequilibrio.

A medida que se avanza en el desarrollo, el equilibrio va a ser más estable.

**Concepto de crecimiento.-** El crecimiento involucra a todos los cambios corporales, internos y externos, implica aumento de tamaño, peso y volumen corporal.

**Es cuantitativo.-** Se puede medir.

**Es asincrónico.-** Todo organismo considerado en su totalidad no crece al mismo ritmo, no crece en forma proporcional. Además cada parte del cuerpo tiene su propio ritmo de crecimiento; hay asincronismo también entre un órgano y otro; y entre el hombre y la mujer.

El crecimiento está totalmente pautado, predeterminado, organizado, preestablecido. Está pautado por la herencia genética (características traídas al nacer y recibidas de generaciones anteriores).

**Concepto de maduración.-** "La maduración sólo brinda posibilidades de acción, la actualización de esas posibilidades es función del ambiente"

La maduración es el desenvolvimiento de los rasgos heredados, implica cambios de tipo cualitativo, aptitud para la función.

**Maduración Fisiológica:** el órgano se prepara para la función que tiene que cumplir.

**Maduración Neurológica:** tiene que ver con el proceso de mielinización. Si se dice que un sujeto está maduro para aprender tal concepto, significa que está neurológicamente apto, que ha madurado su Sistema Nervioso Central.

Dentro del proceso de maduración, se habla de que tenemos un:

**Cerrado** No modificable por el ambiente (por ejemplo el proceso)

**Código** de dentición por el que pasamos todos).

### **Concepto de desarrollo**

El desarrollo implica cambio de tipo afectivo y cognitivo; también implica crecimiento. ¿Qué incluye desarrollo? Crecimiento, maduración, estimulación y procesos de aprendizaje. El desarrollo implica cambios cuantitativos y cualitativos. Cuando se habla de desarrollo psicológico, por un lado está su lado orgánico, su crecimiento y su maduración; por el otro lado la experiencia del sujeto con el medio, la estimulación recibida.

### **Diferencias y relaciones entre crecimiento, maduración y desarrollo.**

La conducta tiene dos aspectos: afectivo y cognitivo:

**Lo afectivo.-** Incluye los sentimientos, las emociones, los intereses, las motivaciones, las necesidades, las conductas defensivas, la mayor o menor autoestima, la tolerancia o no a la frustración, son todos factores que favorecen o no al proceso de aprendizaje o a los fines de una conducta, desarrollo afectivo, lo hay cuando hay un cambio en la manera de relacionarse con las demás personas, con las cosas, consigo mismo.

**Lo cognitivo.-** Está relacionado con la capacidad del sujeto de organizar la información y responder a los problemas que se le plantean en la vida.

## **La adolescencia, ¿un invento sociocultural reciente?**

Los adolescentes no tenían, como hoy un propio modo de vida tal como lo conocemos, la adolescencia en un proceso de nuestro siglo.

Se la considera un fenómeno sociocultural, y por lo tanto no es considerada como un fenómeno puramente biológico. Si así fuera, sería universal, sucedería en todas las culturas y en todos los momentos históricos tendría las mismas características.

Determinadas condiciones socio históricas (Revolución Francesa e Industrial) hicieron posible que se delimitara una franja de edad con ciertas características particulares, que se llamó adolescencia y que comprende, generalmente la segunda década de nuestra vida y que en algunas épocas, como la que estamos viviendo, alarga su duración.

Si dependiera solamente de las cuestiones biológicas, no podría alargarse o acortarse. Tendría que darse en todas las culturas de igual manera: es un fenómeno social y cultural, creado por la sociedad, la sociedad crea el fenómeno adolescente.

Es reciente porque es un fenómeno de nuestro siglo. La Revolución Industrial provoca cambios muy significativos, entre ellos la mayor permanencia del niño en las escuelas (en un principio los niños de clase media o alta) en pos de una mayor capacitación y formación. Finalmente, los hijos de los obreros se fueron uniendo a este estilo de vida, se introduce así, el concepto de escolaridad obligatoria.

Todo esto significa que la incorporación del adolescente al estatus adulto se ha retrasado notablemente.

Por otro lado la Revolución Francesa, implica república, régimen democrático, aparece la noción de ciudadano, que debe estar capacitado para ejercer sus

derechos y sus obligaciones. En la adolescencia el sujeto se prepara para el mundo del trabajo y el de la participación.

### **¿Es lo mismo pubertad que adolescencia?**

Pubertad es el conjunto de cambios físicos a lo largo de la segunda década de nuestra vida que transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Llamamos adolescencia a un período psicosociológico que se caracteriza por la transición entre la niñez y la adultez. La pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, la adolescencia es un hecho no necesariamente universal y que no adopta en todas las culturas el patrón de características que adopta en las nuestras.

### **Fases de la adolescencia temprana, media y tardía**

**Pre pubertad:** (8 a 11 años), comienzo de cambios biológicos.

**Adolescencia Pubertad:** ( 11 a 13/14 años), cambios propiamente dichos.

**Temprana Ad. T. Prop.** Dicha: (13 a 15 años), terminan los cambios.

La adolescencia considera los aspectos socio cultural, la pubertad considera el cambio biológico. Para Fierro la pubertad es solamente lo biológico, nada más. un determinado tiempo dentro de la adolescencia.

- **Pubertad:** 11. 12. 13 años
- **Adolescente medio:** 13. 14. 20 años.
- **Adolescente tardío:** 20. 30 años.

(Justiparan, 2010)

## **Psicología evolutiva del adolescente**

En nuestra sociedad, si un adolescente quiere convertirse en un adulto no sólo necesita madurar físicamente, sino que también ha de alcanzar una serie de objetivos:

- El ajuste a los cambios físicos de la pubertad y el posterior desarrollo de sentimientos y actitudes hacia la madurez sexual
- El desarrollo de una independencia de sus padres y cuidadores
- El establecimiento de relaciones sociales y laborales efectivas con sus compañeros.
- Y la preparación para una preparación concreta (Conger. 1977). Nuestra sociedad tiene establecidos unos cauces poco claros por medio de los cuales pueden alcanzar estos objetivos. Esta es la razón por la cual una minoría significativa de adolescentes no alcanzan hoy día estos objetivos y se encuentran metidos en problemas relacionados con la delincuencia, las drogas, el embarazo no deseado, problemas en la escuela, en la familia.

### **Características físicas**

Gran cambio biológico constituido por un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y, con frecuencia, muestran ante él una actitud crítica. Los cambios no siempre son atractivos: acné, obesidad, delgadez, cambio de tono de voz en los chicos... Las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que se les muestra en medios de comunicación puede constituir una fuente de ansiedad, y problemas graves como la bulimia y anorexia.

## **Desarrollo de la independencia**

El adolescente se encuentra con el conflicto entre su continua dependencia familiar y las nuevas demandas de independencia que recibe. La búsqueda de los adolescentes por adquirir una mayor independencia produce tensión dentro de la familia, en especial durante las primeras etapas de la adolescencia. Los adolescentes se valen del conflicto y la rebeldía como el principal medio para alcanzar autonomía e independencia respecto de sus padres.

## **Área cognoscitiva**

En esta época ocurren cambios cognoscitivos trascendentes. Un aumento de la capacidad y estilo del pensamiento enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, y su juicio. Este perfeccionamiento de las capacidades también produce una rápida acumulación de conocimientos.

Siguiendo a Piaget, nos encontraríamos en la fase del pensamiento de las operaciones formales. Se trata de un pensamiento abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. El pensamiento hipotético incluye no sólo manipulación de elementos conocidos y verificables, sino además de aquellos que son contrarios a los hechos. Capacidad de planear y prever las cosas.

Los adolescentes se vuelven introspectivos y ensimismados. Son críticos, ponen todo en tela de juicio y son pensadores creativos. Es muy importante la fantasía. Cuanto mayor es la tensión entre el mundo del deseo y la realidad más mueve al joven del mundo real para inclinarse a la introspección y la fantasía. Las destrezas cognoscitivas mejoradas les permiten también a los adolescentes desarrollar un razonamiento moral avanzado. Lo que se sabe es que los adolescentes son muy receptivos a la cultura que les rodea y a la conducta de los modelos que observan en casa, en la escuela, y en los medios masivos de comunicación.

## **Nuevas relaciones con los iguales**

Los compañeros, el grupo de amigos, desempeñan un papel decisivo en el desarrollo psicológico del adolescente. Las relaciones con los padres se van haciendo cada vez más débiles por causa de la independencia. La importancia del grupo de amigos conlleva una conformidad con los valores, costumbres y modas características de la cultura de los amigos. Esta fuerte tendencia a la conformidad del grupo de amigos tiende a disminuir hacia el final de la adolescencia.

Parece ser que la diferencia entre los valores y las costumbres del grupo de amigos y la de los padres no es muy grande. Existe un considerable solapamiento en la cultura de ambos grupos.

Durante los años del pre adolescencia las relaciones con los compañeros suelen centrarse en personas del mismo sexo. Según avanza la adolescencia, el círculo de conocimiento se amplía. Las relaciones del adolescente caen en tres amplias categorías: la amistad individual, la pandilla y un grupo más amplio de compañeros.

El rechazo del grupo afecta profundamente al adolescente. La mayor parte de los adolescentes depende de la aprobación de sus compañeros.

## **Identidad del yo e identidad sexual**

Es una época de búsqueda del propio yo. Están mirando continuamente hacia dentro. Gran importancia del mundo interior. Época de reflexiones y puede que de soledad. Se da también una fuerte autocrítica. Se escriben poesías, cartas, diario. A medida que nos adentramos en la adolescencia este carácter se pierde y vuelve a la introversión.

La cuestión de una identidad sexual madura guarda relación directa con los cambios biológicos por los que el adolescente debe pasar. Esto incluye la

expresión de los sentimientos y necesidades sexuales, así como la aceptación o rechazo de los roles sexuales. Durante la adolescencia, los jóvenes empiezan a establecer relaciones en las que el sexo juega un papel central.

Existe una clara diferencia entre la conciencia sexual y la conducta de las chicas y chicos. Estos suelen iniciar sus prácticas sexuales con anterioridad a las chicas, la pérdida de virginidad es más aceptada en hombres que en mujeres, y éstas es probable que se sientan más culpables que los chicos. Múltiples factores influyen en la conducta sexual del adolescente: la educación, la formación psicológica, las relaciones familiares, la religión, y la maduración biológica.

### **Elección vocacional**

Decidir y prepararse para una vocación profesional representa una de las tareas evolutivas más importante de la adolescencia. Se han distinguido tres períodos en la maduración de la elección vocacional. El primero se caracteriza por fantasías y elecciones en base a criterios emocionales y no prácticos. Al comienzo del pre adolescencia existe una progresión a un nuevo período tentativo. Durante este período inicialmente predominan los intereses del adolescente. Posteriormente predominan sus capacidades para ejecutar determinados trabajos y finalmente sus intereses y capacidades y se integran en el sistema de valores. El sistema de valores prepara al adolescente para su transición al tercer período vocacional entre los 17 y 18 años. Este período se caracteriza por su realismo, momento en el cual las preferencias vocacionales comienzan a ser estables. Sin embargo, esto se puede alargar hasta los 25 años.

Nuestra sociedad proporciona pocas experiencias de entrenamiento vocacional para los adolescentes. (Universidades del Salvador, 2009)

## PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. Dentro de ese total, el 85% vive en países pobres o de ingresos medios. Por otra parte, unos 1,7 millones de adolescentes mueren cada año.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas.

De acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia. (NAVARRO, 2013)

Según **Freud**, las etapas del desarrollo psicosexual no comienzan en la pubertad sino en la primera infancia y el complejo de Edipo es un fenómeno universal que no depende de la cultura. La elaboración emocional del complejo de Edipo es lo que depende de las relaciones personales que tenga cada uno. con las figuras parentales significativas.

La tarea primordial del adolescente, tal como la concibe la teoría psicoanalítica puede resumirse como el "logro de la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto."

**Anna Freud**, considera como típicos de la pubescencia, el ascetismo y la intelectualización. El ascetismo se debe a la desconfianza generalizada contra todos los deseos instintivos y la intelectualización es el aumento de los intereses intelectuales y abstractos como mecanismo de defensa contra la libido.

**Otto Rank** insiste sobre la necesidad de independencia del adolescente. Según él, el adolescente puede recurrir a dos tipos de mecanismos de defensa en su tentativa de conservar su independencia, la promiscuidad o el ascetismo. En ambos casos el adolescente evita la verdadera relación amorosa, la cual le exige dependencia.

La tendencia a la falta de compromiso actual, aún en jóvenes ya mayores, desde este encuadre teórico, significaría la dificultad para acceder a la etapa adulta y permanecer en una adolescencia perpetua.

Para **Eric Ericsson**, el concepto nuclear en esta etapa lo constituye la adquisición de una identidad del yo, la cual se cumple de diferentes maneras en una cultura u otra. La adolescencia es el período en que se ha de establecer una identidad positiva dominante del yo. la cual está especialmente subordinada a la sexualidad.

Ericsson sostiene que el enamoramiento en esa etapa es. de naturaleza menos sexual que en edades ulteriores y que toda persona tiene que saber realmente quién es y quién desea llegar a ser antes de poder decidir quién será un compañero o compañera conveniente para ella o él.

Ericsson ve la necesidad psicológica de establecer la identidad del yo antes de la realización sexual, mientras que Freud propone encauzar la energía sexual mediante la sublimación hacia fines socialmente aceptables.

Si se pudiera lograr un equilibrio armonioso entre la negación de la gratificación y la sublimación sin represiones evitaríamos los problemas de adaptación, la neurosis y la vida inmoral, y aumentaríamos el desarrollo de la creatividad en la educación.

**Spranger** llega a la conclusión que la gratificación sexual ha de posponerse por inhibición. Esta inhibición constituye un aspecto importante del desarrollo de la personalidad, porque las experiencias precoces llevan a un desarrollo psicológico inarmónico, puesto que el amor puro y la sexualidad aún no están unidos y la

sexualidad sin el amor es vivida como una experiencia superficial y sin importancia.

Este modo inmaduro de experimentar la sexualidad puede de esta manera instalarse en forma permanente y constituirse definitivamente en la manera de Vivir las relaciones en la etapa adulta. (Malena Quiroga, 2007)

## COMUNICACIÓN DEL ADOLESCENTE

### Concepto de comunicación

**James L. Gibson**, "La comunicación es la interacción de las personas que entran en ella como sujeto. No solo se trata del influjo de un sujeto en otro (aunque esto no se excluye), sino de la interacción. Para la comunicación se necesitan como mínimo dos personas, cada una de las cuales actúa como sujeto".

**Según B.F. Lomonosov y otros:** El problema de la comunicación en Psicología pág. 89.

"Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupala". (Anggew, 2010)

**E. Pichón. Riviere:** "El Proceso Grupal de Psicoanálisis a la Psicología Social" pág. 89.

'La comunicación es la interacción de las personas que entran en ella como sujetos. No sólo se trata del influjo de un sujeto en otro, sino de la interacción. Para la comunicación se necesita como mínimo dos personas, cada una de las cuales actúa como sujeto".

**Z. M. Zorín**, en Psicología de la Personalidad. “Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistema de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano”.

**Fernando González Rey** en "Personalidad y Educación"

"La comunicación es un proceso de interacción social a través de signos y sistemas de signos que surgen como producto de la actividad humana. Los hombres en el proceso de comunicación expresan sus necesidades, aspiraciones, criterios, emociones". (Comunicación, 2009)

### **La comunicación en la adolescencia**

Presentado a: Instituto Técnico Industrial San Juan Bosco Departamento de Comportamiento y Salud Santiago de Cali, Diciembre de 2003. La Comunicación en la adolescencia. Al final de esta etapa ya se notan los preparativos de la adolescencia, sobre todo en las niñas, en que su maduración sexual avanza y muchas "se hacen mujeres" (tienen su primera menstruación). Aquí se señala un punto de inflexión, un final de etapa infantil, un olvidarse de ser niña. Los niños suelen persistir aún más tiempo (unos dos años más) en esta etapa infantil.

Todo aquello que pretendemos en las generaciones que nos continúen, debemos luchar por adquirirlo nosotros primero. La educación entra más por los ojos que por los oídos. Sólo educaremos de verdad *m* procuramos que los niños y jóvenes se formen en las virtudes humanas, bajo la luz del Evangelio. De este modo, la educación podrá parecer un desafío pero no resultar un imposible.

### **La familia y la adolescencia**

La adolescencia es una etapa muy importante de la vida. Quizás una de las más difíciles tanto para los adolescentes como para sus padres.

En esta etapa se produce una gran crisis que involucra toda la personalidad del joven. La vida en su constante transformación nos lleva y nos impone cambios que muchas veces no deseamos pero que debemos aceptar por ser partes de nuestro crecimiento. El adolescente no elige serlo, simplemente debe aceptar el desafío.

Dentro de la familia, el niño aprende el sentido de identidad, autoridad y libertad, y aprenderá a compartir, competir y experimentar sentimientos de frustración, celos, rivalidad. Es aquí donde comenzara el proceso de socialización que continuara en los medios extra familiares y culminara con la sociedad en general. Como vemos la familia forma parte esencial en el desarrollo del niño, pero al llegar la adolescencia empiezan los problemas, el niño ya no es un niño y siente que ya no necesita de la presencia de un padre, por ende va buscando independencia, y quiere experimentar nuevas cosas; pero no pueden porque se encuentran dependientes de los padres, lo que los molesta porque no tienen las mismas opiniones que ellos y se sienten "alienados" por el hecho de convivir en un ambiente que aunque hayan vivido allí toda su vida, en esta etapa se siente un ambiente diferente. El problema está que la mayoría de las veces los adolescentes no están preparados aunque crean que lo están, y es papel de los padres guiarlos y enseñarles la realidad pero de forma comprensiva ya que deben comprender que la etapa por la que está pasando el adolescente no es fácil y necesita una voz de comprensión y los padres deben ir, paso a paso, hacer el papel tanto de padres como de amigos.

Se tiende a pensar que la sexualidad se inicia en la adolescencia, lo que es un grave error. Somos la resultante de una interacción entre lo genético y lo ambiental. El ser humano puede carecer de muchas cosas, o tenerlas en su mínima expresión, pero no puede carecer de amor.

En la adolescencia se produce una serie de cambios físicos, psíquicos, afectivos, espirituales, sociales, etc.; se instala la fertilidad, y emerge el impulso sexual con las características de un adulto.

En esta etapa pre-adolescente y adolescente, lo que cobra relevancia es la "información" sexual. .

Con todo lo pasado se demuestra que el adolescente pasa por muchos problemas causados por la tentación de tocar lo prohibido aunque sepa que está mal el simple hecho de que está prohibido hace que el adolescente se sienta atraído. Ejemplos de esta atracción letal son las drogas y el alcohol.

La mejor solución para estos problemas es la ayuda y comprensión de la familia que es el medio más saludable, aunque los adolescentes casi nunca recurren a él.

Las propuestas que se les presentan sólo parecen estar dirigidas a pasarla bien; a vivir el momento; es el apogeo de las emociones y lo pasajero.

Lo importante no es sólo poder seguir un buen camino sino tener claro adonde y en qué condiciones se quiere llegar.

Los jóvenes de hoy son los hombres y mujeres del mañana; son los padres y madres de las nuevas generaciones.

Hay mucho en juego y todo lo que se haga por ellos nunca será demasiado.

### **Comunicación en la familia**

Las relaciones cercanas y afectuosas son una de las necesidades fundamentales de los seres humanos. Nuestra capacidad de expresar lo que pensamos y sentimos y la seguridad en nosotros mismos, depende mucho de la forma como nos relacionamos con las otras personas.

## **Perfil del adolescente y la relación con los distintos modelos comunicacionales**

Podemos sin temor a equivocarnos darle al adolescente determinadas características, que por otra parte son las mismas que caracterizaron a los adolescentes del pasado inmediato. (San Juan Bosco, 2003)

Algunas de estas características son:

- Fuertes pasiones.
- Deseos corporales, en especial por manifestar su sexualidad,
- Ausencia de autocontrol,
- Manifiestos de violencia ante desacuerdos
- Preferencia de acciones nobles antes que acciones útiles.
- Culto a la diversión y al ingenio gracias

## **RELACIONES INTERPERSONALES**

**Relación.** Comunicación de una persona con otra.

**Interpersonales:** Es el asunto entre dos personas, que tienen efecto negativo en la comunicación mutua.

**Las relaciones interpersonales.-** (Monjas, 1999). Constituyen pues un aspecto básico en nuestras vidas, funcionamiento no solo como un medio para alcanzar determinado objetivos sino como un fin en sí mismo. (Fernandez García, 2009)

### **Causas psicológicas**

- Atracción
- Noviazgo
- Fracaso
- Amistad y amor

- Recuperación
- Familiaridad
- Complementariedad
- Ruptura

### **Relaciones interpersonales personales**

Conócete a ti mismo. Como la frase del oráculo de Delfos que cambió el rumbo en la vida de Sócrates. Desde ahí partiremos hasta llegar a las cinco dimensiones que analizamos en la inteligencia emocional:

- **El conocimiento de las propias emociones.-** Es decir el conocimiento de uno mismo la capacidad de reconocer un mismo sentimiento en el mismo momento en que aparece constituyendo la piedra angular de la inteligencia emocional.
- **La capacidad para encontrar las emociones** – La conciencia de uno mismo es una habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento
- **La capacidad de motivarse a sí mismo.-** Con esto Salovey y Mayer y más tarde Goleman quieren entender que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resaltar esencial para mantener la atención, la motivación y la creatividad.
- **El reconocimiento de las emociones ajenas.-** La empatía con las señales sutiles indican que necesitan o que quieren los demás.
- **El control de la relaciones.-** Es una habilidad que presupone relacionarnos adecuadamente con la emociones ajenas.

### **Relaciones interpersonales familiares**

- La inteligencia emocional aplicada a la pareja a la familia, mediación familia intervención en la pareja alcanzar el éxito. A veces detención precoz y la intervención inmediata evita solución lo que en el futuro es irreparable.

- Las grandes decisiones no siempre son las que tomamos en el trabajo. Ocurre que las grandes decisiones muchas veces están tomadas e influidas por nuestro entorno familiar.
- Tomar conciencia de nuestra parte emocional y aplicar los conocimientos y habilidades para tener éxito en el terreno familiar será una buena inversión de la que recogeremos buenos réditos a corto plazo.

### **Relaciones interpersonales sociales**

Entre individuos de grupo social determinado son objeto de estudio en este apartado, a veces partimos de presupuestos que son fruto del efecto de etiquetado o de nuestra propia conciencia. (Sotillo, 1998)

## **2.7.FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El alcoholismo incide de manera negativa en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.

## **2.8.SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **Variable Independiente**

- Alcoholismo

### **Variable Dependiente**

- Relaciones interpersonales

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.2.ENFOQUE**

El enfoque con el que se realizara la investigación, será predominantemente cualitativa, buscando la comprensión del alcoholismo y, como afecta el mismo en las relaciones interpersonales de los alumnos, además su relación con los fenómenos sociales.

Las técnicas para la recolección de la información serán cualitativas, tratando de contextualizarlas, y teniendo una perspectiva de lo que sucede con una participación activa. El enfoque de la investigación estará dirigido a descubrir las hipótesis planteadas anteriormente, teniendo en cuenta que cada persona que colabore con el desarrollo de la investigación es un contexto diferente.

#### **3.3.MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente proyecto es de intervención social que busca la solución del problema planteado a través de la elaboración de un modelo operativo viable y factible. El tipo de investigación es conjunta es decir: bibliográfica porque se servirá de referencias encontradas en distintos materiales como: libros, revistas, internet, etc., para la fundamentación teórica y a su vez el problema será investigado en el lugar donde estamos realizando las practicas pre profesionales que se encuentran En el departamento de psicología del Colegio Miguel Iturralde de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.

#### **3.4.NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El nivel en el cual se desarrolla la presente investigación es el descriptivo debido a

que se pretende analizar cómo se encuentra las relaciones interpersonales en los estudiantes que han tenido dificultades con el consumo de alcohol a tempranas edades a través de la observación directa, en base a este se pretenderá llegar a un nivel explicativo mediante el cual se verifiquen las hipótesis y se determine el grado de consumo de alcohol en los estudiantes llegando así a la conclusión de que estas dos variables mantienen una estrecha relación, convirtiéndose en la pauta para desarrollará una propuesta de solución en base al análisis obtenido en procesos de investigación .

### **3.5.POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población es de 35 estudiantes; al ser una población finita no es necesario realizar un muestreo pues que se puede acceder a la población en su totalidad sin ningún inconveniente.

#### **3.5.1. Población**

La población objeto de estudio en esta investigación son los estudiantes del colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga que están en proceso de investigación y cuya edad está en un promedio aproximado de 14 a 18 años de edad, además de los estudiantes se tienen a los profesionales, por lo cual la población se divide de la siguiente manera.

#### **Población Estudiantes**

Unidad de análisis	Población	%
Estudiantes	35	100
Total	35	100

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable Independiente:** Alcoholismo

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa que genera problemas de conducta mientras avanza el consumo se transforma en bebedor en riesgo hasta generar verdadera dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema relacionado con el alcohol</li> <li>• Bebedor en riesgo</li> <li>• Dependencia alcohólica</li> </ul>	0 Nunca 1 Una o menos veces ni mes 2 De 2 a 4 veces al mes 3 De 2 a 3 veces a la semana 4 Cuatro o más veces a la semana 0 Una a 2 1 Tres a cuatro 2 Cinco a 6 3 De 7 a 8 4 Diez a más 0 Nunca 1 Menos de una vez al mes 2 Mensualmente 3 Semanalmente 4 A diario o casi a diario	¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas los estudiantes? ¿Qué consecuencias ocasionan por consumir alcohol?	Observación Encuesta	Historia Clínica Test de Audi

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

**Variable Dependiente:** Relaciones Interpersonales

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>Construye pues un aspecto básico en la vida y del funcionamiento no solo con un medio para alcanzar determinados objetivos sino como un fin en sí mismo centrados en la vida familiar, desarrollo sexual en el concepto de sí mismo permitiendo una adecuada aceptación al medio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de familia</li> <li>• Área sentimental y sexual</li> <li>• Área de las relaciones interpersonales</li> <li>• Área concepto de sí mismo</li> </ul>	<p>C0 = Ausencia C1 = Leve C2 = Moderado C3 = Grave</p> <p>C0 = Ausencia C1 = Leve C2 = Moderado C3 = Grave</p> <p>C0 = Ausencia C1 = Leve C2 = Moderado C3 = Grave</p>	Familia	<p>Observación</p> <p>Encuesta</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Test de Sacks Adolescentes</p>

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

### 3.7.RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Investigar de qué manera afecta el alcoholismo en las relaciones interpersonales
2. ¿De qué personas u objetivos?	De los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Miguel Iturralde de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.
3. ¿Sobre qué aspecto?	El alcoholismo en las relaciones interpersonales.
4. ¿Quién?	Elsa Mariana Umajinga Guarnan.
5. ¿Cuándo?	Periodo Marzo-Agosto 2009
6. ¿Dónde?	Colegio Miguel Iturralde de la Ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi.
7. ¿Cuántas veces?	Una sola vez
8. ¿Qué técnica de recolección?	Observación, entrevistas y reactivos psicológicos.
9. ¿Con qué?	Test de Audit y Test de Sacks de Adolescentes
10. ¿En qué situación?	Al presentar problemas de alcoholismo y las relaciones interpersonales.

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

### **3.8.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

Para el procesamiento y análisis de la información se empleara herramientas estadísticas las mismas que nos permitirán interpretar numérica y gráficamente en comportamiento de cada una de las variables y su relación.

Una vez que realicen las encuestas a los empleados de la institución se procederá a ordenar cada una de ellas para iniciar su revisión de cada pregunta que consta en la misma y verificar si están debidamente ordenadas y codificadas por lo que facilitara a la tabulación de la misma.

Al instante de efectuar la tabulación se procederá a determinar en que categoría se clasificara las respuestas, la tabulación será computarizada la cual se realizara en el programa EXCEL.

Una vez que la información haya sido recopilada y tabulada se procederá a analizar los datos para presentar los resultados .posteriormente se elegirá los estadígrafos de porcentajes, y luego los resultados serán exhibidos en forma tabular, gráfica y escrita para una excelente comprensión.

Para la realización de la interpretación de los resultados se detallara los resultados y se analizara la hipótesis, en correlación con los resultados obtenidos, para verificarla o rechazarla, se estudiara cada uno de los resultados y se elaboró una síntesis general de los resultados.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.2. Análisis e Interpretación de resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes del colegio Miguel Iturralde.

##### 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Cuadro N° 1.1

OPCIÓN	FRECUENCIA	°/° MUESTRA
Nunca	0	0%
Una o menos veces al mes	0	0%
De 2 a 4 veces al mes	0	0%
De 2 a 3 veces a la semana	2	6%
Cuatro o más veces a la semana	33	94%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

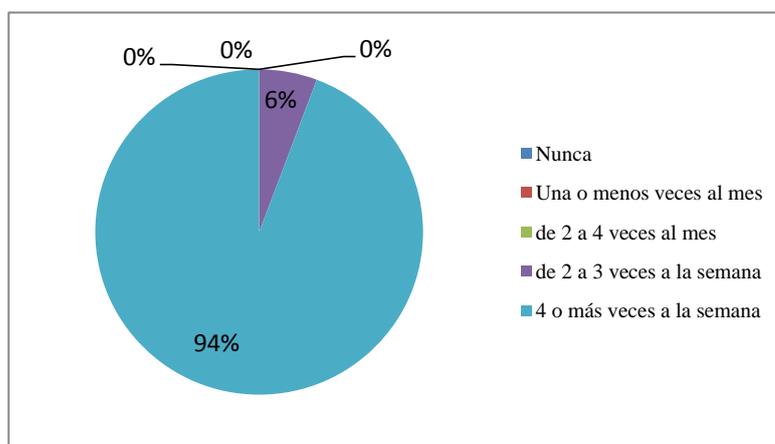


Gráfico N° 1.1.

#### Análisis e Interpretación de Resultados

Los resultados indican que los estudiantes consumen algunas bebidas alcohólicas, el 94%, 4 o más veces a la semana, el 6% de 2 a 3 veces a la semana. Como podemos observar los jóvenes durante el tiempo que dedican al ocio durante el fin de semana consumen alcohol, esto puede ser debido a la falta de integración familiar, baja autoestima, bajo rendimiento escolar y la falta de una adecuada comunicación con los padres y maestros.

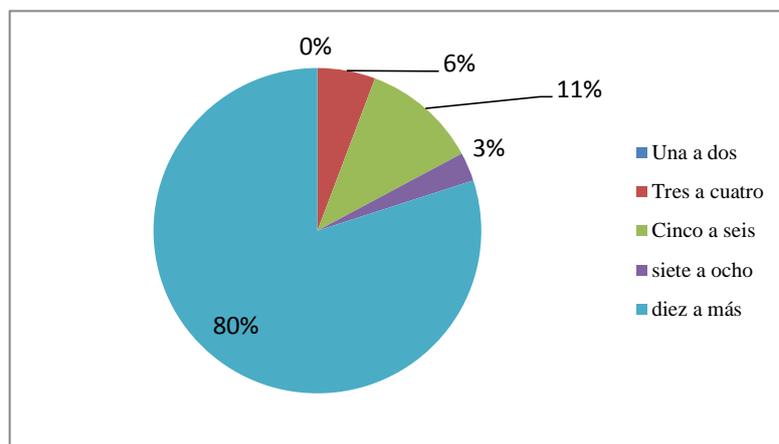
**2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suelen realizar en un día de consumo normal?**

**Cuadro N° 1.2.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Una a dos	0	0%
Tres a cuatro	2	6%
Cinco a seis	4	11%
De siete a ocho	1	3%
diez a más	28	80%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.2.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

Los resultados indican que los estudiantes realizan consumiciones de bebidas alcohólicas, el 80% de diez a más, el 11% de cinco a seis, 6% de tres a 4 y el 3% de 7 a 8. Se puede observar en los estudiantes las consumiciones el consumo del alcohol es muy grave, donde el inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy, sino se lo genera en el seno familiar, que cada vez más frecuentemente se produce en el grupo de amigos y compañeros, a edades tempranas.

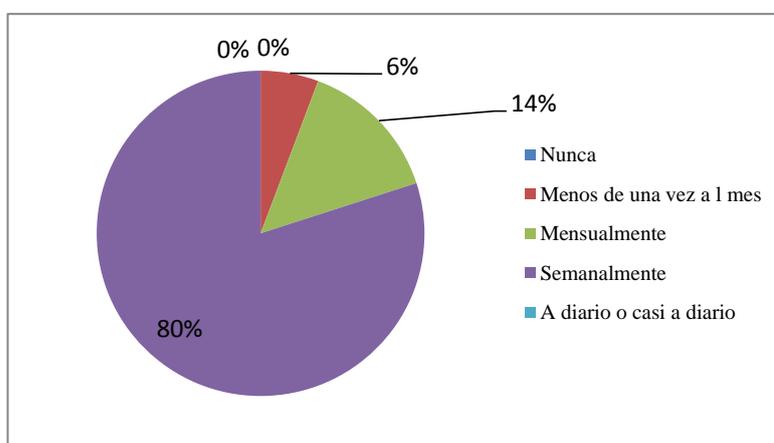
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

**Cuadro N° 1.3.**

OPCIÓN	FRECUENCIA	°/° MUESTRA
Nunca	0	0%
Menos de una vez al mes	2	6%
Mensualmente	5	14%
Semanalmente	28	80%
A diario o casi a diario	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.3.**

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

Los resultados indican que los estudiantes toman 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo, el 80%° Semanalmente, el 14%° Mensualmente, el 6% menos de una vez al mes. Aquí podemos observar, la preocupación que causa en los estudiantes por el consumo de alcohol, porque no sólo beben distintos licores sino más frecuentemente y en cantidades más elevadas, sobre todo porque desconocen los riesgos que las bebidas alcohólicas tienen para su salud y su desarrollo interpersonal.

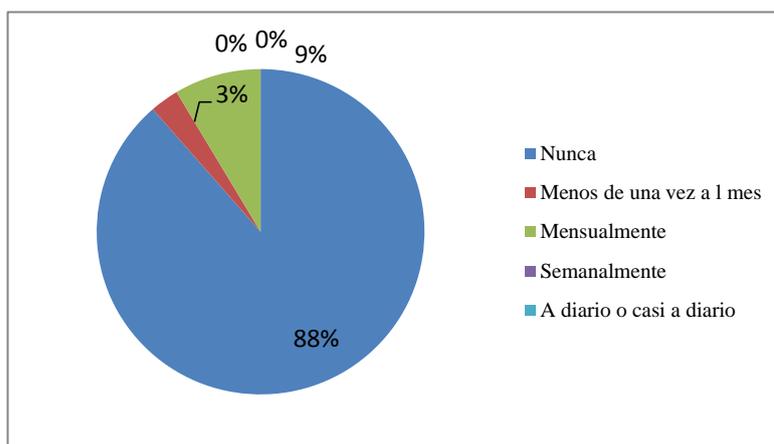
**4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?**

**Cuadro N° 1.4.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Nunca	31	88%
Menos de una vez al mes	1	3%
Mensualmente	3	9%
Semanalmente	0	0%
A diario o casi a diario	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.4.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

En lo referente a la pregunta, con qué frecuencia en el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado, el 88% Nunca, el 9% Mensualmente y 3% Menos de una vez al mes. Se puede observar, que los jóvenes por curiosidad a veces no dejan de parar de beber, cada vez más la justificación de los jóvenes es que el alcohol no es malo, pero es una sustancia peligrosa y susceptible de abuso para la salud.

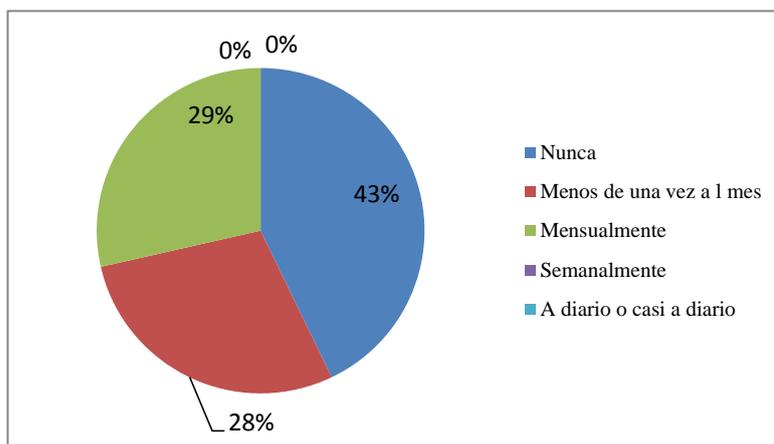
**5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?**

**Cuadro N° 1.5.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Nunca	15	43%
Menos de una vez al mes	10	28%
Mensualmente	10	29%
Semanalmente	0	0%
A diario o casi a diario	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.5.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

En lo referente con frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se pensaba de usted porque había bebido, el 43% Nunca, el 28% menos de una vez y el 29% mensualmente. Lo que podemos observar, en los estudiantes es que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas que sobrepasan una cierta cantidad de alcohol al día, los jóvenes no se pueden acordar de lo que tenía que hacer para el siguiente día respectivamente.

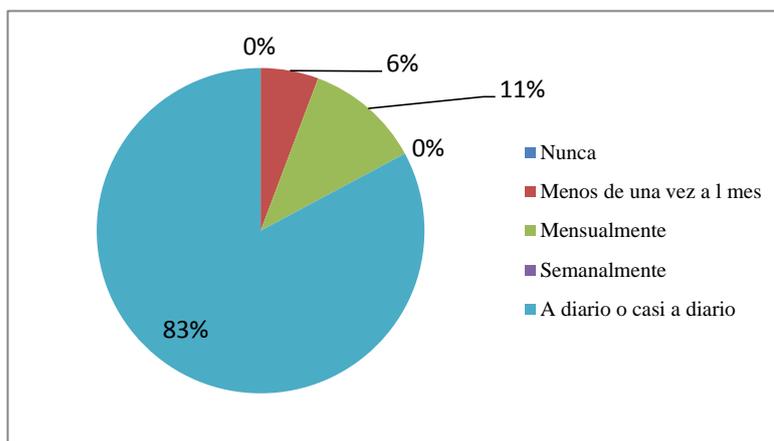
**6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?**

**Cuadro N° 1.6.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Nunca	0	0%
Menos de una vez al mes	2	6%
Mensualmente	4	11%
Semanalmente	0	0%
A diario o casi a diario	29	83%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.6.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

En lo referente a pregunta con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, el 83% determinan que Nunca, el 11% Mensualmente y el 6% Menos de una vez al mes. Observamos que existe un alto porcentaje de estudiantes que necesitan tomar para recuperarse de una borrachera anterior, por lo que se justifica la realización de la propuesta.

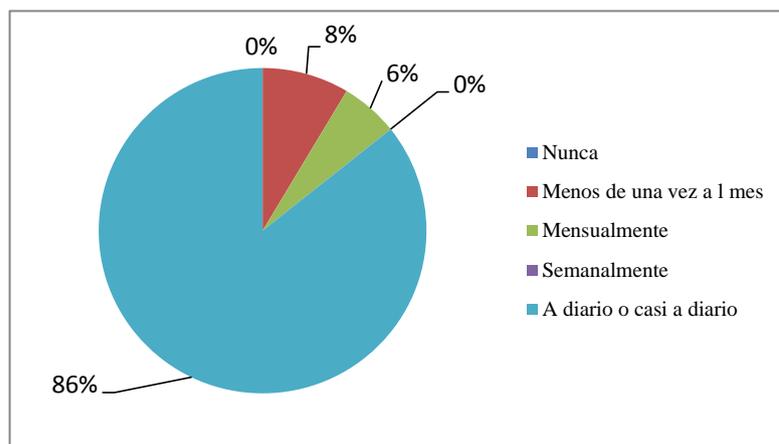
**7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?**

**Cuadro N° 1.7.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Nunca	0	0%
Menos de una vez al mes	3	8%
Mensualmente	2	6%
Semanalmente	0	0%
A diario o casi a diario	30	86%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.7.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

Los resultados indican que los estudiantes, el 86% A diario, el 8% menos de una vez al mes y el 6% mensualmente. Los resultados de la pregunta, indican que los estudiantes no han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido, lo que puede dar la pauta de que los estudiantes van perdiendo la facultad de sentir remordimientos y por consiguiente la libertad para beber se hace más evidente y cada vez los jóvenes se sienten más libres de beber lo que los convierte en blanco fácil del alcoholismo.

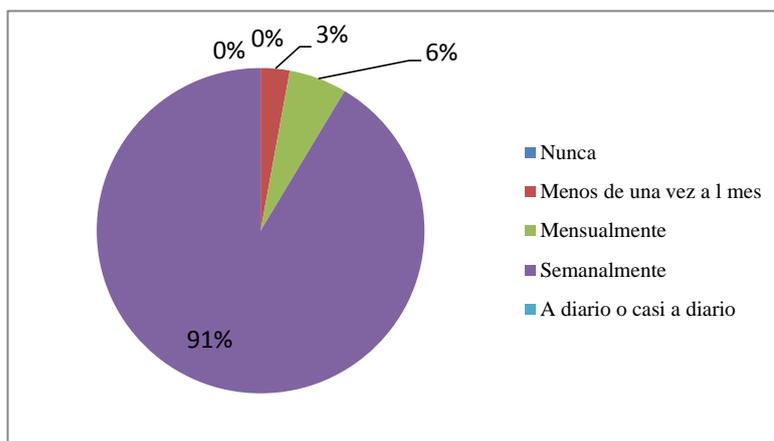
**8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?**

**Cuadro N° 1.8.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
Nunca	0	0%
Menos de una vez al mes	1	3%
Mensualmente	2	6%
Semanalmente	32	91%
A diario o casi a diario	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.8.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

Los resultados indican que los estudiantes con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo, el 91% Semanalmente, el 6<sup>o</sup> Mensualmente y el 3% menos de una vez al mes. Se ha determinado que la cantidad de alcohol que consumen los estudiantes es un factor negativo en su salud, llegando a tal punto que les ocurra una alteración de la memoria, y por tanto olviden los sucesos de la noche anterior, lo que lleva a otra problemática, que son las agresiones tanto verbales, como físicas de parte de los que beben hacia sus seres más cercanos.

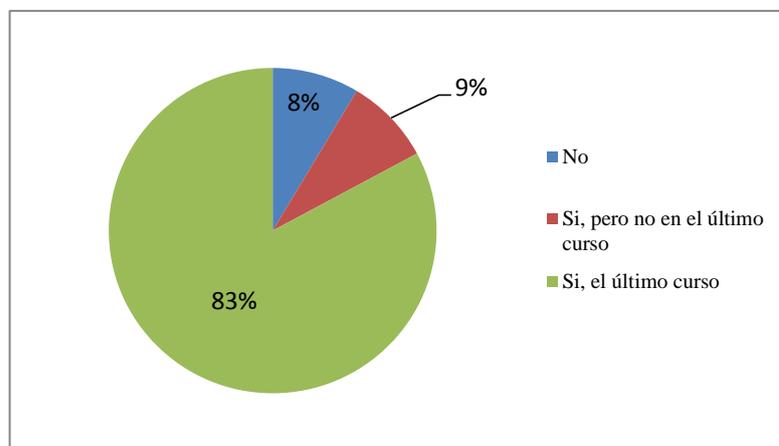
**9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?**

**Cuadro N° 1.9.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
No	3	8%
Si pero no en el curso del último año	3	9%
Si, el último año	29	83%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.9.**

**Análisis e Interpretación de Resultados**

En lo referente a la pregunta indican que el 83% que Si el último año, 9% Si, pero no en el último año y el 8% No. Lo que se determina que durante la vida estudiantil a veces han tenido problemas o peleas callejeras por consumir bebidas alcohólicas, lo que le han llevado hacer personas agresivas, reprimidas, con la posibilidad de ser asaltados o de sufrir un accidente del camino de regreso a su casa, por tanto el alcohol se convierte en un arma peligrosa para que los accidentes o las agresiones ocurran.

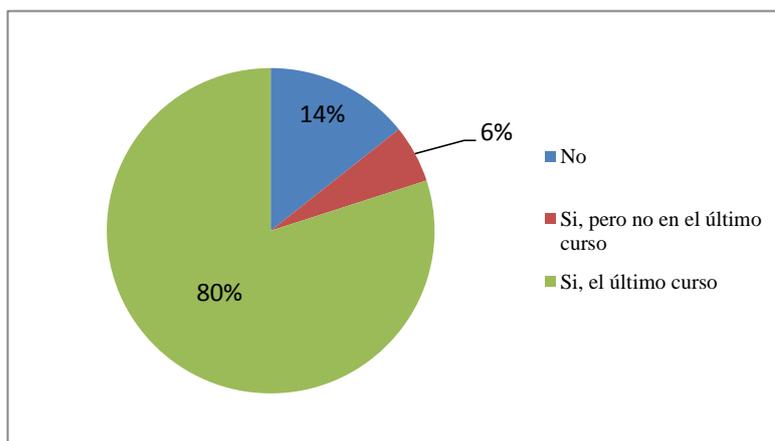
**10. ¿Algún familiar, amigo, médico o personal sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o les han sugerido que deje de beber?**

**Cuadro N° 1.10.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>°/° MUESTRA</b>
No	5	14%
Si pero no en el curso del último año	2	6%
Si, el último año	28	80%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 1.10.**

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

En lo referente a la pregunta indican los estudiantes aplicados el test el 80% Si, en el último año, el 14% No y el 6% Si, pero no en curso del último año. Según el cuadro 1.10 podemos observar que casi la mayoría de personas se preocupan por los estudiantes en cuestión que dejen de beber, tanto en familiares como amigos y gente allegada o personal de salud, lo que quiere decir que si existe preocupación por la situación de los educandos.

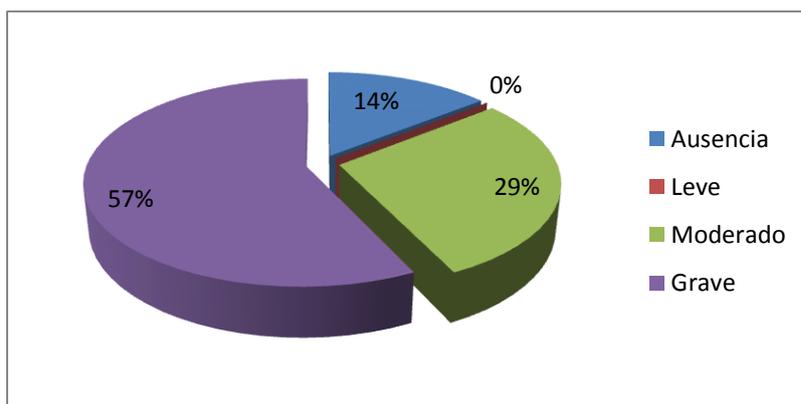
#### 4.2. Interpretación Test de Sacks en los Estudiantes.

**Cuadro 2.**

ÁREA FAMILIAR	FRECUENCIA	MUESTRA
AUSENCIA DE CONFLICTO	5	14%
CONFLICTO LEVE	0	0%
CONFLICTO MODERADA	10	29%
CONFLICTO GRAVE	20	57%
TOTAL	35	100

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 2.1.**

#### **Análisis e Interpretación de Resultados**

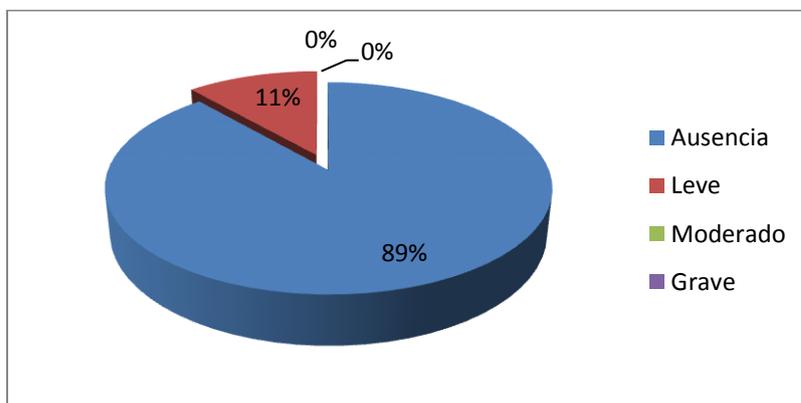
En esta pregunta en el Área Familiar el 57% presenta conflicto grave, el 29% moderado y el 14% ausencia. Aplicados el test a los estudiantes observamos que en el área familiar más de la mitad presentan conflictos familiares graves y de manera moderada, lo que puede explicar en parte el que estos jóvenes se hayan inclinado por la bebida

**Cuadro 2.2.**

ÁREA SEXUAL	FRECUENCIA	MUESTRA
AUSENCIA DE CONFLICTO	31	89%
CONFLICTO LEVE	4	11%
CONFLICTO MODERADA	0	0%
CONFLICTO GRAVE	0	0%
TOTAL	35	100

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 2.2.**

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

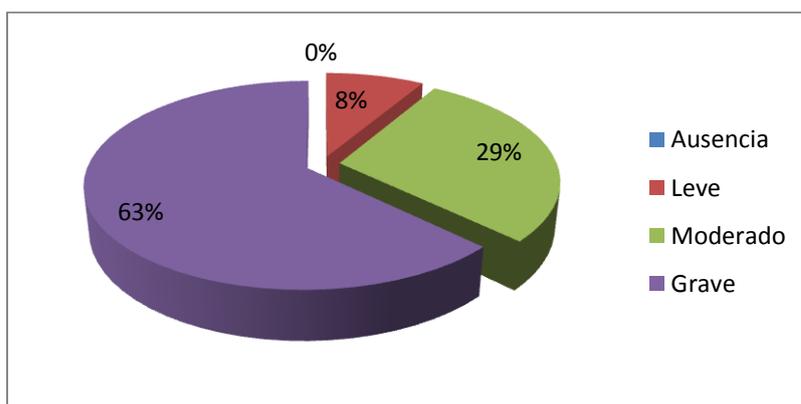
En la pregunta referente al Área Sexual el 89% presenta ausencia de conflicto sexual y el 11% presenta conflicto leve. En este cuadro los resultados nos muestran una muy poca presencia de conflictos en el área sexual, lo que nos indica que el área sexual no es la conflictiva y por consiguiente no puede ser razón para inclinarse por la bebida.

**Cuadro 2.3.**

<b>ÁREA RELACIONES INTERPERSONALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>MUESTRA</b>
AUSENCIA DE CONFLICTO	0	0%
CONFLICTO LEVE	3	8%
CONFLICTO MODERADA	10	29%
CONFLICTO GRAVE	22	63%
TOTAL	35	100

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 2.3.**

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

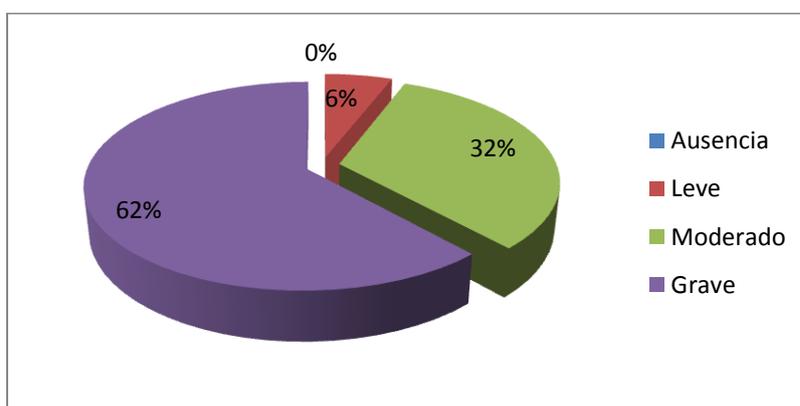
En la pregunta referente al Área de Relaciones Interpersonales, se evidencia que el 63% presenta conflicto grave, el 29% presenta conflicto moderada y el 8° presenta conflicto leve. Se hace evidente que el área de las relaciones interpersonales es otra de las que puede ocasionar la inclinación hacia la bebida, posiblemente para los estudiantes se hace muy difícil relacionarse entre ellos, lo que hace que busquen el alcohol como medio para relacionarse entre sí y así fomentar amistades basadas en la bebida, lo que no les garantiza una relación de calidad con los demás.

**Cuadro 2.4.**

ÁREA DE CONCEPTO DE SI MISMO	FRECUENCIA	MUESTRA
AUSENCIA DE CONFLICTO	0	0%
CONFLICTO LEVE	2	6%
CONFLICTO MODERADA	11	32%
CONFLICTO GRAVE	21	62%
TOTAL	35	100

**Fuente:** Estudiantes de segundo y tercer año de Bachillerato

**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana



**Gráfico N° 2.4.**

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

Como es evidente en el área del autoestima representada por el concepto que tienen de sí mismo, también es un área que en un porcentaje representativo puede ocasionar problemas para que se dé el consumo de alcohol en los estudiantes, ya que esta área refleja cuanto se valoran a sí mismos, y por consiguiente si no tienen un concepto sólido acerca de su persona, si no se valoran a sí mismos, buscan un remedio que los saque de su realidad y los proyecte hacia lo que quisieran ser dándoles una falsa ilusión de sí mismos, la misma que no consiguen sin la ayuda del alcohol.

### 4.3.Hipótesis

El alcoholismo incide de manera negativa en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi en el periodo Marzo- Agosto 2009.

#### **Hipótesis Particular:**

La dependencia alcohólica es el grado de alcoholismo predominante en los estudiantes del colegio Miguel Iturralde.

#### **Verificación**

Las áreas interpersonales y consigo mismo se hallan gravemente deteriorados en los estudiantes.

**TABLA. DATOS PACIENTE**

<b>PACIENTE</b>	<b>ALCOHOLISMO</b>	<b>RELACIONES FAMILIARES</b>
1	2	2
2	1	2
3	2	1
4	2	3
5	2	2
6	2	3
7	1	1
8	2	3
9	2	0
10	2	1
11	2	2
12	2	3
13	2	1
14	2	2
15	2	3
16	2	0
17	1	0

18	2	3
19	1	1
20	2	3
21	1	1
22	2	0
23	1	1
24	2	3
25	2	2
26	1	1
27	2	3
28	2	1
29	2	0
30	2	3
31	2	3
32	2	2
33	2	0
34	2	1
35	2	3

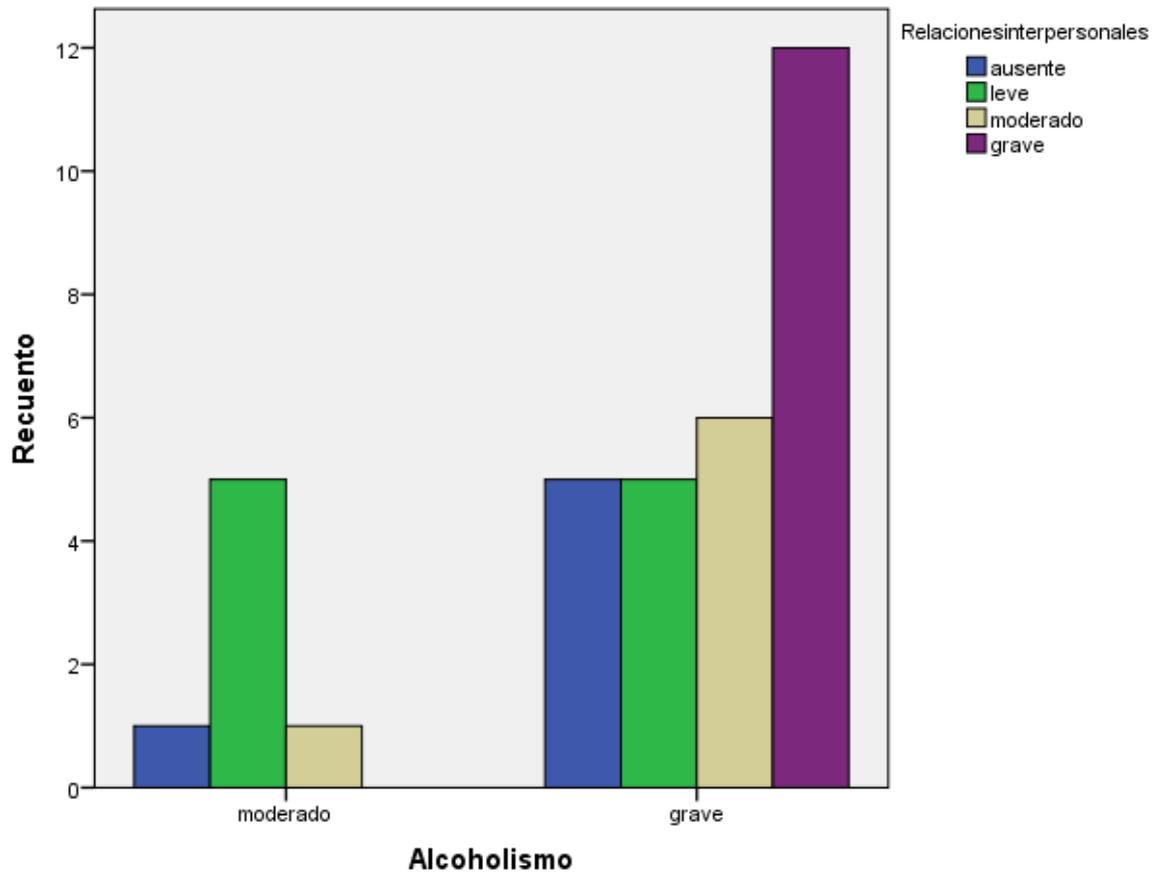
**TABLA DE CONTINGENCIA ALCOHOLISMO \* RELACIONES INTERPERSONALES**

Recuento

	Relaciones Interpersonales				Total	
	ausente	leve	moderado	grave		
Alcoholismo moderado	1	5	1	0	7	
Alcoholismo grave	5	5	6	12	28	
Total	6	10	7	12	35	

**Análisis.-** De los que tienen alcoholismo moderado, 1 no tiene conflicto en relaciones interpersonales, 5 tienen conflictos leves y 1 tiene conflicto moderado, además se puede determinar que los que tienen alcoholismo grave, 5 no tienen conflicto en relaciones interpersonales, 5 poseen conflictos leves, 6 asumen conflictos moderados y 12 obtienen conflictos graves.

## GRAFICO. ALCOHOLISMO \* RELACIONES INTERPERSONALES



**Elaborado por:** Umajinga Guamán Elsa Mariana

**Interpretación.** Al parecer mayor alcoholismo hay mayor conflicto en relaciones personales, la accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores. Esta investigación arrojó datos que hacen evidente el aumento progresivo del consumo de alcohol, y se tiene conocimiento de un sinnúmero de consecuencias adversas que arrojan el consumir alcohol en exceso. El alcoholismo es un problema social que surge en muchas ocasiones por presión de los "amigos", porque así los adolescentes creen estar en la onda, o ritmo grupal. Otro problema que influye, son los problemas personales (con la familia, la sociedad, etc.), y sobre todo con ellos mismos. Así mismo se puede decir que si uno tiene fuerza de voluntad y si quiere, puede dejar de tomar, con ayuda de expertos, tratamientos, centros de apoyo y sobre todo comprensión de la familia.

**TABLA. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,810 <sup>a</sup>	3	,032	,030		
Razón de verosimilitudes	10,017	3	,018	,035		
Estadístico exacto de Fisher	7,923			,025		
Asociación lineal por lineal	3,518 <sup>b</sup>	1	,061	,090	,046	,027
N de casos válidos	35					
a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,20.						
b. El estadístico tipificado es 1,876.						

Se aplicó la prueba Chi cuadrado y se encuentra que si existe relación entre el alcoholismo y las relaciones interpersonales ( $X^2(3) = 7,923$ ,  $p < 0,05$ ,  $N = 35$ ). Por lo que si se cumple la hipótesis de que el alcoholismo afecta las relaciones interpersonales.

Así mismo, se ha podido determinar que el causante principal para los desajustes emocionales es la inestabilidad causada en el mismo hogar por los conflictos familiares ocasionados por el consumo de alcohol por algún miembro de la familia.

El alcohol se convierte en un método artificial para contrarrestar los problemas emocionales corriendo el gran riesgo de actuar con irresponsabilidad. Otros reaccionan portándose mal porque se sienten abandonados. Hay adolescentes que se aíslan en su mundo y se vuelven tímidos y temerosos de los demás. Otros tratan de no pensar en las dificultades haciendo siempre chistes y bromas.

El peligro de estos jóvenes es que, como indican las estadísticas consumen alcohol y tienen más probabilidades de terminar siendo alcohólicos. Por esta razón es importante que el adolescente sea consciente de que existe un problema, lo afronte y no lo niegue.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.2. Conclusiones

Una vez aplicado el método de investigación, en este caso un cuestionario, el cuál buscó conocer la ingesta de alcohol en los estudiantes del Colegio “Miguel Iturralde”, así como los distintos factores, tanto familiares, psicológicos y sociales, se lograron las siguientes conjeturas que influyen el consumo de alcohol tanto de hombres como mujeres:

- Se deduce que la población estudiantil del Colegio “Miguel Iturralde” es en su mayoría consumidora del alcohol, con un 95% de los encuestados afirmando este enunciado.
- A propósito de la frecuencia de consumo casi la mitad de los encuestados afirmó beber entre 2 y 4 veces por semana lo que significa que el consumo de alcohol de esta parte de la población estudiantil también se realiza entre semana, es decir, en días de clase.
- La mitad de los encuestados afirmó que cuando consumen alcohol, muy pocas veces llegan al estado de embriaguez, lo que puede aser que el consumo en la mitad de la población estudiantil es en su mayoría adecuado.
- Dentro de la otra mitad de la población estuvo dividida, un cuarto afirma nunca llegar al estado de embriaguez y el otro la mayoría de las veces.
- En cuanto a los factores familiares, más de la mitad de los encuestados afirmó que en su familia sólo hay bebedores sociales, pero una tercera parte de la población aseguró que en su familia ha existido la dependencia al alcohol y cabe destacar que dentro de esa población se encontraban tres cuartas partes de los abstemios, por lo que se considera que la abstención de los alumnos viene dada entre otras cosas por esta situación.

### **5.3.Recomendaciones**

- Para poder conocer los elementos que influyen el consumo de alcohol en estudiantes, se recomienda realizar esta investigación en los distintos colegios, universidades ya sean del estado o del país.
- Además, se propone que se incluyan a todas las escuelas o facultades que conformen el campus, pues de acuerdo a la naturaleza de la carrera profesional, la información obtenida puede tener variaciones.
- Para futuras investigaciones se recomienda medir si el hecho de beber en repetidas ocasiones, y en días de clases puede suponer una disminución en el rendimiento de los alumnos.
- Por último, de acuerdo a los datos que se obtuvieron dentro de la investigación se recomienda, en caso de ser necesario, la utilización de los mismos, a fin de diseñar algún programa, plan o proyecto que logre mitigar las cifras encontradas.
- Se recomienda realizar charlas, foros una mesa redonda con los estudiantes, maestros y padres de familia de esta institución para prevenir el consumo de alcohol en los estudiantes a temprana edad, la cual permitirá un manejo adecuado hacia el buen vivir de los estudiantes sin ningún conflicto.
- Se recomienda realizar seguimientos Psicológico permanentemente a los estudiantes que tienen problemas con las bebidas, para un mejor funcionamiento de esta institución.

## CAPÍTULO VI

### 6. PROPUESTA

#### 6.2.DATOS INFORMATIVOS

##### 6.2.1.Título

Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual de Aron Beck en los estudiantes que presentan consumo de alcohol.

##### 6.2.2.Institución

"Colegio Particular Miguel Iturralde" de la ciudad de Latacunga

##### 6.2.3.Beneficiarios:

Estudiantes del segundo y tercer año de bachillerato del Colegio Miguel Iturralde..

##### 6.2.4. Ubicación

- **Espacio** : Colegio Miguel Iturralde, Departamento de Psicología DOBE
- **Provincia** : Cotopaxi.
- **Ciudad** : Latacunga
- **Institución:** "Colegio Particular Miguel Iturralde"
- **Unidad de observación:** Estudiantes que presentan consumo de alcohol
- **Tiempo Estimado para su ejecución:** Período Marzo 2012 a Agosto 2012
- **Área** : Departamento de Psicología.

### **6.2.5. Equipo Técnico Responsable**

- **Autora de la tesis:** Umajinga Guarnan Elsa Mariana
- **Tutora de la tesis:** Dra. Ana Ruiz

### **6.2.6. Materiales**

- Espacio físico apropiado
- Material bibliográfico
- Material de oficina

## **6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Mediante la investigación realizada se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes consumen bebidas alcohol según los reactivos psicológicos aplicados, lo cual se corrobora con la entrevista que se realizó individualmente a los estudiantes.

En el estudio realizado el 100% de los estudiantes han consumido por lo menos una vez alguna bebida alcohólica debido a múltiples circunstancias las que se han podido observar como son dificultades en el área familiar debido a una inadecuada comunicación familiar, la que conlleva a una baja autoestima, además se observó en los estudios que también existe una dificultad en las relaciones interpersonales.

Otro factor que debemos tomar en cuenta en el siguiente estudio es que el 86% de los jóvenes son incapaces de sentir remordimientos por el hecho de consumir alcohol, cada vez les parece más natural e incluso se puede hablar de una moda entre los jóvenes, ya que no toma conciencia de los daños que puede ocasionar en su salud tanto física como mental.

## **6.4.JUSTIFICACIÓN**

La aplicación de la terapia cognitivo conductual de Aron Beck por medio de sus técnicas nos permitirá primero bajar los síntomas depresivos que son las primeras causas para que el joven proceda a consumir alcohol, por medio de las técnicas cognitivas conductuales a los sujetos se les enseña a observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto-registros como tarea entre sesiones. Las mismas que permitirá que tome conciencia de los problemas que se están generando día a día y buscar alternativas para manejar sus dificultades personales.

## **6.5.OBJETIVO**

### **6.5.1. General**

Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual de Aron Beck en los estudiantes que presentan consumo de alcohol.

### **6.5.2. Específicos**

- Utilizar Terapia Cognitiva a fin de modificar esquemas mentales
- Emplear Psicoterapia individual con el fin de generar Insaigh
- Fomentar la creación de grupos terapéuticos ajustados al consumo de alcohol y su incidencia en las relaciones interpersonales de los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato.

## **6.6.Factibilidad Interna**

La Institución facilita la aplicación de la propuesta a través de los directivos de la institución estableciendo el lugar, y tiempo de la propuesta contando con el permiso para las terapias, los materiales que se utilicen estarán a cargo de la persona que realiza la propuesta así también se utilizara los materiales de la Institución como son mesas lápices, hojas. , se contara con los estudiantes del colegio Miguel Iturralde y la Psicóloga Clínica de la institución.

## **6.7.FUNDAMENTACIÓN**

### **6.7.1. Fundamentación científica -técnica**

#### **Programa de Terapia Cognitiva**

Después de la respectiva Evaluación y el correspondiente Diagnóstico en los adolescentes atendidos en el Área de Psicología Clínica del colegio Miguel Iturralde de la provincia de Cotopaxi en el período comprendido entre marzo 2009 a agosto 2009, y con los resultados obtenidos acerca de los niveles de depresión (leve 45% y moderada 55%) existentes en estos menores, se convierte en algo imprescindible la atención psicológica inmediata utilizando para el tratamiento la Psicoterapia Cognitiva de la Depresión; debido a que ésta permite conseguir resultados positivos en menor tiempo; porque en algunos casos los menores pertenecen a otras instituciones y deben ser entregados ya sea: a los familiares y/o a al colegio de la provincia respectiva, a veces porque no viven en el cantón Ambato y en algunos casos porque no disponen de tiempo. Por estas razones se seleccionó a la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck; además con el objetivo de afianzar los conocimientos y porque la Psicoterapia Cognitiva va a ser aplicada empleando fundamentos de la Corriente Psicológica Cognitiva, se consideró apropiado referir y describir a cerca de la Terapia Cognitiva y de la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck, con lo cual se pretende que sea eficaz el tratamiento de la depresión existente en los adolescentes atendidos en el Área

de Psicología Clínica de la DINAPEN de Tungurahua; por consiguiente, a continuación será descrito algo relacionado con la Terapia Cognitiva que servirá de guía a seguir; tanto para la corriente psicológica que servirá de fundamento, como para el modelo de psicoterapia que será empleada en la propuesta de solución alternativa.

### **Antecedentes de la Terapia Cognitiva**

Ruiz J. (2006: Manual de Psicoterapia Cognitiva pp. 2 a 50) menciona que los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a C al 180 d C) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta: la filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud: esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad, para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio, estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio. Séneca y Cicerón), quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar, en su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos: por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional (básicamente la misma idea que reproduce. A. Ellis veintiún siglos después). (Riso, 2006)

La Psicología Cognitiva contrariamente a lo que comúnmente se suele creer, no se originó en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la Psicología experimental y de la psicología evolutiva; en la tradición experimentalista destaca, especialmente, el inglés F.C. Bartlett, en su obra "Recordando" de 1932. desarrolla una explicación constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las teorías de los esquemas cognitivos actuales; las investigaciones de Bartlett le llevaron a rechazar el

concepto de memoria como depósito o "almacén" y subrayará el concepto de memoria como "construcción", la construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación, la sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas: en la tradición de la psicología evolutiva Piaget J. (1896-1980) dedicó prácticamente toda su obra al estudio del desarrollo cognitivo, sobre todo del pensamiento y la inteligencia; para Piaget el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales (asimilación y acomodación) se va modificando; el proceso de desarrollo se inicia a partir de esquemas "sensomotrices" donde el conocimiento está ligado a la acción directa, y termina en los esquemas de las "operaciones formales" donde se han logrado niveles de abstracción más desligados de la experiencia inmediata: en los años sesenta, gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobremanera el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva (habría que decir con más exactitud "se reconstruye como cognitiva", si tenemos en cuenta los antecedentes anteriormente expuestos); se concibe al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un "procesador activo de la información". (Neiser, 1967)

El nuevo modelo teórico cognitivo resultante es el "Procesamiento de información", las características generales de este modelo son (Mahoney. 1974): la conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano, se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo). se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información) y recuperación (utilización de la información)

almacenada): se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información); en resumen la persona no es un reactor al ambiente (conductismo) o a fuerzas organizmicas biológicas (modelo psicodinámico) sino un constructor activo de su experiencia, con carácter intencional o propositivo.

## **Fundamentos Teóricos de la Terapia Cognitiva**

### **Principales conceptos teóricos**

Entre los principales conceptos teóricos de la Terapia Cognitiva constan:

A. **Estructura de significado y psicopatología:** (Beck. 1956) trabajaba como clínico e investigador psicoanalista, su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas: los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis, esto le llevó a cuestionar la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis: los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos: esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis, su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología la cual mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck. 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres

como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979). Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia; se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes; los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

**B. Cognición:** Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados: los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no; en el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

- Un sistema cognitivo maduro, hace referencia al proceso de información real: contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación.
- Un sistema cognitivo primitivo, hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales: esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos: esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

**C. Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos:** Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva: básicamente

serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria
- **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- **Sobre-generalización:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- **Maximización y minimización:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- **Personalización:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (McKay. 1981):

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de túnel: Tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

- Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.

Una representación gráfica del modelo podría quedar de la siguiente manera:

- Factores biológicos
- Historia de aprendizaje y estructura de significados: sistema primitivo (supuestos personales); sistema evolucionado o maduro; eventos actuales activadores de la estructura de significado.
- Distorsiones cognitivas.
- Círculos viciosos interactivos.
- Pensamiento-Afecto-Conducta.

### **Conceptualización de los problemas**

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck. 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas: (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de auto-registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- A. El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?". "¿Qué significó para ti el que sucediera?".
- B. Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.
- Tipos comunes (p. e: "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales")
  - En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p. e: "sobre generalización", "polarización")
  - En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones
- C. Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos; esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen (Beck. 1979). el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p. e: empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del supuesto personal).

### **Aplicaciones prácticas**

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta

aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas).

La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto. Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

- A. La relación terapéutica: El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar él como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia) (Beck, 1979). Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores (p. e: falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento) (Beck, 1979).
  
- B. Estrategias de tratamiento: Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales; para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan

en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

C. Técnicas de tratamiento: La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales: una vez detectados comprobar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades. Conviene señalar que la C.T, en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas: lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, el proceso que conlleva tal revisión. A continuación presentamos algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T.

### **Técnicas cognitivas**

Entre las principales técnicas cognitivas estarían:

Detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos; se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento; también, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing. o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto-registros como tarea entre sesiones.

Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, puede hacerse de diferentes maneras:

- A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
- Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.
- Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.
- Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado), para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

Re-atribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa: revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

**Descentramiento:** El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz: mediante recogida de información proveniente de otros (p. e: diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad: el terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas. Así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades; por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Manejo de supuestos personales:

- Uso de preguntas: Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o le ayuda. Preguntar por la evidencia para mantenerla.
- Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.
- Diseñar un experimento para comprobar la validez de la asunción.

A continuación se presentan algunos ejemplos del método de las preguntas, en algunas de las técnicas cognitivas:

- Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos: "¿Qué quiere decir con...?" "¿Por qué razón piensa o cree eso?" "¿Por qué es tan importante eso que piensa para usted?"
- Cuestionamiento de evidencias: "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"
- Re-atribución: "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?" "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera?"
- Examen de opciones alternativas de interpretación: "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?" "¿Son posibles otras interpretaciones?" "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?"
- Examen de consecuencias anticipadas: "¿A qué le lleva pensar eso?" "¿Le es de alguna utilidad?"
- Comprobar los efectos: "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?" "¿Se

podría hacer algo si ocurriese?

- Examen de las ventajas y desventajas: "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"
- Escalar un problema: "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"
- Cambio de imágenes: "¿Podríamos afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?"
- Etiquetar la distorsión cognitiva: "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?" "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?"
- Asociación guiada para encontrar significados asociados entre sí: "¿Y si eso fuera así. entonces que significaría para usted?"
- Distracción cognitiva: "¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?" Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos.
- Auto instrucciones: "¿Podríamos probar a cambiar su diálogo interno?" Uso de auto instrucciones.
- Valorar las probabilidades de ocurrencia de un evento temido: "¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?" "Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?"
- Prevención cognitiva: "¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si usted, no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?"
- Rol playing: "¿Podemos representar esa escena y ver qué pasos podría seguir, a modo de guía mental?"
- Uso de experimentos personales: ¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?
- Resolución de problemas: "Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados"

## **Técnicas conductuales**

Entre las principales técnicas conductuales están:

- Programación de actividades incompatibles: Se utiliza para que el paciente

ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p. e: actividad gimnástica en lugar de rumiar)

- Escala de dominio/placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.
- Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
- Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- Entrenamiento en relajación: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.
- Ensayo conductual y rol playing: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- Exposición en vivo: El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que des-confirman sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

Deseamos presentar también un listado basado en la recopilación de McKay. Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo:

- Filtraje/abstracción selectiva ("No lo soporto". "Horroroso")
  - a. ¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo?
  - b. ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?
- Polarización ("Bueno-Malo". "Blanco-Negro")
  - a. ¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

- b. ¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?
  - c. ¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?
- Sobre-generalización ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")
  - a. ¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?
  - b. ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?
  - c. ¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?
- Inferencia arbitraria o interpretación del pensamiento (Me parece")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?
  - b. ¿Podríamos comprobar si eso es cierto?
- Visión catastrófica (¿Y si ocurriera?)
  - a. Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en
  - b. ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?
- Personalización ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")
  - a. ¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo?
  - b. ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?
  - c. ¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?
  - d. ¿Podríamos comprobar si eso es así?
- Falacia de control ("No puedo hacer nada con esto". "Toda la responsabilidad es mía")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?
  - b. ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?
- Falacia de justicia ("Él/Ella es injusto/a")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?
  - b. ¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?
  - c. ¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?
- Falacia de cambio ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?
  - b. Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

Razonamiento emocional ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

- a. ¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?
- b. ¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X"
- Etiquetación ("Soy/Es un X, y tan solo un X")
  - a. ¿Esa calificación prueba totalmente lo que es usted, o esa persona?
  - b. ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?
  - c. ¿Pueden haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?
- Culpabilidad ("Por mi culpa", "Por su culpa")
  - a. ¿Qué pruebas tiene?
  - b. Pudieron haber otros factores que intervinieran en ese suceso?
  - c. Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?
- Deberías ("Yo debo, no debo. Él/Ellos deben")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?
  - b. ¿Realmente es tan grave que eso no sea cómo debe? ¿Podíamos comprobarlo?
  - c. ¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias? Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?
- Falacia de razón ("Tengo la razón y no me la dan")
  - a. Dígame, para usted. ¿Qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable?
  - b. ¿Puede tener él otros puntos de vista diferentes? ¿Los está escuchando?
- Falacia de recompensa divina ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")
  - a. ¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya? ¿Qué podría hacer ya?
  - b. ¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

(Ruiz y Cano, 1998)

## **El proceso terapéutico**

Como hemos apuntado anteriormente, lo relevante de la C.T es el proceso terapéutico. En general el proceso de la C.T tiene tres frases:

- Conceptualización de los problemas.
- Generar alternativas cognitivas-conductuales.
- Generalización de resultados y prevención de recaídas.

De modo resumido podemos agrupar estos obstáculos de la siguiente manera:

- a. Derivados de la relación:
  - Problemas transferenciales y contra transferenciales.
  - Adecuación del estilo terapéutico al tipo de paciente.
- b. Derivados de las tareas para casa inter-sesiones:
  - Problemas de comprensión de la tarea.
  - Aplicación errónea en la tarea.
  - Expectativas y evaluaciones erróneas sobre las tareas.
- c. Derivados de la evaluación de los progresos terapéuticos:
  - Criterios de evolución irrealistas.
  - Falta de acuerdo sobre objetivos de intervención.

El proceso confirmatorio de los esquemas cognitivos tácitos: Se parte de la concepción de la mente como un sistema que genera o construye significados de su experiencia a través de reglas de abstracción. Esas reglas de abstracción generan a su vez una serie de patrones clasificatorios de las experiencias, es decir, el sistema mental (cognitivo) tiende a la búsqueda del orden, a clasificar y dar significado a la experiencia; esto supone un sesgo "continuo" a la búsqueda de ciertas conclusiones: una forma de repetir el mismo esquema de conocimiento o significado a pesar de la variabilidad de la experiencia (Mahoney, 1982, 1985). Se

supone que este proceso es tácito o inconsciente, y supone una búsqueda del "orden y la coherencia" entre lo conocido y la nueva experiencia; esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación positiva ("feedforward") donde continuamente el esquema cognitivo selecciona la información para confirmar los patrones de clasificación previos: nuestra mente tendría una tendencia natural a "proyectar" lo conocido sobre la nueva experiencia; por otro lado, existiría a un nivel más explícito o consciente, procesos que permitirían buscar los contrastes o diferencias entre las experiencias, la percepción de discrepancias. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación negativa (feedback); se supone también que los niveles de conocimiento tácitos (inconscientes) y explícitos (conscientes) interactúan, pero otorgando un papel más preponderante al nivel tácito. Este proceso estaría regulado, como ya ha quedado expuesto, por la búsqueda de la coherencia y la percepción de discrepancias.

Los intervalos de recaída como indicadores del proceso terapéutico: El indicador más objetivo que posee la terapia cognitiva para medir su efectividad son los periodos "asintomáticos" o intensidad sintomatológica, del cuadro clínico en cuestión, a lo largo del tiempo durante, y tras la intervención terapéutica, los intervalos de recaída sintomatológica mayores supondrían cambios cognitivos en:

- Los círculos interactivos pensamiento-afecto-conducta.
- Distorsiones cognitivas o errores de procesamiento de la información.
- Esquemas, asunciones o supuestos personales.

Recidivas, o recaídas más frecuentes indicarían un cambio más superficial e inestable con incidencia más superficial que profunda (es decir más cerca del punto 1. arriba reseñado, que del punto 3).

Fase de expectancia: Durante esta fase se intenta establecer la relación terapéutica. El paciente oscila continuamente entre la confianza y la desconfianza con conductas de aproximación y evitación; también este "prueba" al terapeuta con

ciertas demandas o incrementos sintomatológicos. El terapeuta más que responder directamente a esas demandas utiliza la empatía para hacer saber al paciente que le comprende y no le rechaza.

Fase de optimismo irrealista: El paciente suele desarrollar un sentido de la honestidad del terapeuta y paralelamente unas expectativas irrealistas sobre la resolución de sus problemas por el terapeuta (exclusivamente) y en un corto intervalo de tiempo; el terapeuta sitúa aquí la socialización de la terapia, explica los principios de la psicoterapia cognitiva como un proceso de aprendizaje costoso y no exento de dificultades (encuadre).

Fase de esperanza y esfuerzo constructivo: En ella se establece el empirismo colaborativo y las tareas para casa, el paciente aporta datos (p. e: auto registros), el terapeuta sugiere intervenciones, el paciente las desarrolla y se revisan sus resultados. En esta fase los desequilibrios son frecuentes, especialmente mientras más se trabaja cerca y con los supuestos personales.

Fase de terminación: En ella son frecuentes las recaídas en la sintomatología inicial, más intensa si el paciente ha desarrollado una concepción de dependencia del terapeuta; el terapeuta trabaja la separación de modo gradual (p. e: revisiones a intervalos mayores) y trabaja con el paciente su preparación a las recaídas y extensión o generalización de sus nuevas habilidades.

Formato de conceptualización de los problemas según Beck:

Una vez evaluados los problemas, el clínico cognitivo puede agruparlos en una especie de taxonomía cognitiva, que le va a permitir diseñar intervenciones precisas. Beck utiliza en la C.T el siguiente formato de conceptualización de los problemas:

- Evaluaciones inadecuadas de los hechos: Se refiere al tipo de distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema en cuestión.

- Atribuciones inadecuadas: Se refiere a atribuciones causales erróneas que mantiene el sujeto sobre su conducta, la de los demás y los eventos; creencias causales erróneas.
- Autoevaluaciones inadecuadas: Se refiere a los conceptos, imágenes y autovaloraciones erróneas que mantiene el sujeto al describirse así mismo.
- Expectativas irrealistas: Se refiere a las predicciones erróneas o inadecuadas que mantiene el sujeto sobre lo que puede esperar de los demás, el terapeuta o la terapia.
- Conductas mal-adaptativas: Se refiere a las estrategias de acción inadecuadas o deficientes usadas por el sujeto para resolver sus problemas (p. e: evitación).
- Necesidades de resolución de problemas reales: Se refiere a condiciones reales de deficiencia o inadecuación (p. e: problemas legales o económicos y que el terapeuta puede orientar para su resolución (p. e: derivación a servicios sociales, policía).
- Supuestos personales: Se refiere a las creencias tácitas, asunciones o reglas que el sujeto utiliza para conceptualizar su realidad y así mismo, y que constituye el factor nuclear de vulnerabilidad personal.
- Esquemas tempranos: Se refiere a asunciones o supuestos relacionados con el supuesto central del problema y que se generaron en épocas tempranas de la vida del sujeto. (Ellis y Beck, 2009)

### **Programación de las sesiones**

Estas sesiones suelen tener una frecuencia semanal de media. La confección de la "agenda del día" suele ser comentada con el paciente en los primeros minutos de la sesión, estableciendo ambos un contenido apropiado para el tiempo disponible (Beck. 1979: Harrison y Beck. 1982); también presentamos una adaptación de la estructura general de una sesión en la C.T y de la programación general de las sesiones (una a una) de una C.T de 10 sesiones media (Beck. 1976. 1979: Harrison y Beck. 1982: A. Maldonado, 1990):

## **Estructura típica de una sesión C.T**

### A. Fase inicial:

- Establecer el rapport: Empezar y acabar positivamente.
- Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
- Valorar la evolución de los problemas.
- Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de recaídas.

### B. Fase de desarrollo:

- Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
- Discusión de **2** problemas como máximo por sesión (focalización).

### C. Fase terminal:

- Programar trabajo para casa: Tareas como "pruebas de realidad" para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga: se le da feedback al respecto.

## **Programación por sesiones en la C. T**

### Nº 1:

- Explicación al paciente de la relación pensamiento-afecto-conducta. Feedback.
- Aprendizaje de la hoja de auto-observación por el paciente.
- Explicación al paciente del proceso y objetivos terapéuticos. Feedback.
- Trabajo para casa: Aplicación de la hoja de auto-registro a un problema.

- Feedback de comprensión de la sesión.

Nº 2:

- A través de la hoja de auto observación introducir la diferencia entre pensamiento y realidad; pruebas de realidad.
- Explicación de la focalización gradual de los problemas.
- Tareas para casa: Añadir en el auto registro "Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y tarea conductual graduada. Feedback. resumen de la sesión.

Nº 3:

- Analizar con el paciente los problemas entre sesiones y programar con él la agenda. Focalización en 2 problemas por sesión como máximo.
- Pedir evidencias para pensamientos automáticos analizados.
- Revisión de tarea conductual. Feedback y ensayo conductual. Relación de la tarea conductual con la modificación de los pensamientos automáticos.
- Tareas para casa: Añadir a las pruebas de realidad para los pensamientos automáticos "Correcto-Incorrectos, ahora o siempre" y nuevas tareas conductuales graduadas. Feedback resumen de la sesión.

Nº 4

- Finalizar con el paciente problemas entre sesiones y programar la agenda.
- Introducir la "técnica de la doble columna" en el auto-registro (alternativas a los pensamientos automáticos). Se escogen 2 pensamientos automáticos de los registrados por el paciente (preferentemente los dos aparentemente más fáciles de modificar inicialmente).
- Revisión de tarea conductual. Relación con la modificación de los pensamientos automáticos.
- Tareas para casa: Doble columna y nueva tarea conductual graduada. Feedback resumen de la sesión.

Nº 5. 6 y 7:

Similar a la Nº 4.

Nº 8, 9 y 10:

- Análisis de los supuestos personales.
- Tareas para casa: "Experimentos personales" para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

Nº 11. 12 y 13:

Sesiones de seguimiento: Se programan con intervalos crecientes de tiempo (p. e: 3 meses. 6 meses y 1 año). Se revisa la evolución, recaídas y prevención.

### **Socialización terapéutica**

Es frecuente en la C.T utilizar la primera sesión para introducir al paciente en el modelo de trabajo a utilizar en esta terapia. A esta tarea aludimos con la "socialización terapéutica". Sobre esta actividad se va a construir la base del "empirismo colaborativo" entre el paciente y el terapeuta. La agenda de la primera sesión contiene los siguientes puntos:

- Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta: Pedir feedback de comprensión.
- Utilizar una secuencia personal del paciente de pensamiento afecto\* conducta de una situación anterior vivida con malestar por el paciente: Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto- conducta y como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.
- Explicar la hoja de auto-registro: A partir de la situación actual de consulta se le pide al paciente que genere sus pensamientos-afectos- conductas presentes,

"aquí y ahora". Esta información suele ser relevante como "información transferencial".

- Explicar el proceso terapéutico: Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las "fluctuaciones" o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.
- Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrar su presentación con la hoja de auto-registro. Incluir un ejemplo.
- Finalizar la sesión: Opiniones. Dudas. Comprensión. Pedir al paciente que resuma la sesión. Feedback.

### **Terapia Cognitiva de la Depresión**

Según Ruiz J. (2006: Manual de Psicoterapia Cognitiva pp. 89 a 94) considera que básicamente el modelo cognitivo de la depresión: (Beck. 1979) parte de la hipótesis de que. el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (p. e: pérdidas); los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (p. e: amor, aprobación, competencia personal) y a su relación con ellas (autovaloración); esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva); los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (p. e: evitación, descenso de la actividad), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

## **Modelo cognitivo de la depresión**

### **Historia personal y factores biogénéticos**

- Esquema cognitivo tácito
- Supuesto personal (p. e: Para ser feliz necesito hacer lo que quiero) Evento actual activador
- Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (p. e: Ruptura de buena relación con los padres).
- Si no hago lo que quiero, yo no valgo nada (Sobre generalización)
- Mi vida no merece la pena (Abstracción selectiva)
- Soy una persona fracasada (Polarización)
- No soy lo suficientemente capaz para tomar decisiones (Personalización)  
Circulo interactivo resultante
- Pensamientos (p. e: autocríticas) Afectos (p. e: tristeza e irritabilidad)  
Conductas (p. e: llanto y descenso de la actividad social)

### **Distorsiones cognitivas de la depresión**

Beck (1979) identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
- Sobre generalización: Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.
- Maximización y minimización: Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.

- Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
- Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e: "incapaz frente a capaz").

Igualmente. Beck (1976) ha especificado alguno de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

- Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
- Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
- Si cometo un error, significa que soy un inepto.
- No puedo vivir sin ti.
- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
- Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

### **Objetivos terapéuticos**

La C.T (Beck. 1979) distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

- Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.
- Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.
- Identificación de los supuestos personales, y modificación de los mismos.

En resumen, los objetivos de tratamiento van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde los factores más sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas) a los factores "subyacentes" de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).

Exponemos brevemente, y de modo esquemático, el abordaje de algunos síntomas objetivos:

A. Síntomas afectivos:

- Tristeza: Hacer sentir autocompasión al paciente (animarle a expresar sus emociones, relatarle historias similares a la suya) cuando tiene dificultad para expresar sus emociones; utilizar la inducción de cólera con límites temporales; uso de técnicas distractoras (p. e: atención a estímulos externos, uso de imágenes o recuerdos positivos); utilización prudente del humor; limitar la expresión de disforia (p. e: agradeciendo la preocupación de otros pero que está intentando no hablar de sus problemas, quejarse o llorar solo en intervalos programados) y construir un piso bajo la tristeza (auto-instrucciones asertivas de afrontamiento, programar actividades incompatibles en esos momentos, búsqueda alternativa de soluciones, auto-aceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias de estar triste).
- Periodos de llanto incontrolable: Entrenamiento en distracción, auto-instrucciones asertivas y fijación de límites temporales con auto-refuerzo
- Sentimientos de culpa: Preguntar al paciente por qué es responsable, examinar criterios para su culpa y búsqueda de otros factores ajenos al paciente que explicaran ese hecho (re-atribución). También puede ser útil cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.
- Sentimientos de vergüenza: Uso de una política abierta (¿Existen cosas de las que se avergonzara en el pasado y ahora no?. ¿Existen cosas de las que otra persona se avergüenza y usted no? (o al contrario). ¿De qué depende? usar ventajas-inconvenientes y reconocimiento asertivo de errores, en vez de

ocultarlos.

- Sentimientos de cólera: Relajación muscular (p. e: mandíbula, puños y abdomen), inoculación al estrés (uso combinado de auto-instrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas), empatizar con el ofensor (p. e: decirle: "Veo que estás en desacuerdo conmigo, me gustaría escuchar tu punto de vista") y rol-playing para considerar el punto de vista ajeno (se representa la escena de ofensa y se hace adoptar al paciente el papel del ofensor).
- Sentimientos de ansiedad: Jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual: uso de actividad física incompatible (p. e: botar una pelota, correr,); entrenamiento en distracción; descatastrofizar los eventos anticipados y temidos (p. e: valorando su probabilidad real y sus consecuencias anticipadas y su manejo); uso de la relajación y entrenamiento asertivo (en el caso de ansiedad social).

#### B. Síntomas cognitivos:

- Indecisión: Valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas; abordar el tema de que a veces las elecciones no son erróneas, sino solo distintas, y que no existe la certeza absoluta: comprobar si el paciente estructura la situación sin que perciba ganancias en sus decisiones y delectar si hay sentimientos de culpa asociados a las opciones.
- Percibir los problemas como abrumadores e insuperables: Jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno y listar los problemas y establecer prioridades.
- Autocrítica: Comprobar la evidencia para la autocrítica: ponerse en el lugar del paciente (p. e: "Suponga que yo hubiese cometido esos errores, ¿me despreciaría usted por ello?); ventajas e inconvenientes; rol playing (p. e: el terapeuta adopta el papel de alguien que desea aprender una habilidad que posee el paciente; el paciente le va instruyendo, el terapeuta se muestra autocrítico y pide la opinión del paciente al respecto).
- Polarización ("Todo-Nada"): Buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos; buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto del fracaso como persona global.

- Problemas de memoria y concentración: Ejecución gradual de tareas que proporcionen éxito; uso de reglas mnemotécnicas. buscar criterios para valorar los errores y su base real.
- Ideación suicida: Identificar el problema que se pretende resolver mediante el suicidio; contrato temporal para averiguar motivos: listado con razones para vivir-morir y búsqueda de evidencias; resolución de problemas; inoculación al estrés anticipar posibilidad o recaídas y plantearlas como oportunidad para la revisión cognitiva.

#### C. Síntomas conductuales:

- Pasividad, evitación e inercia: Programación de actividades graduales; detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.
- Dificultades para el manejo social: Uso de tareas graduales de dificultad; ensayo y modelado conductual y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.
- Necesidades reales (laborales, económicas...): Diferenciar problemas reales de distorsiones (en el caso de que parezca un problema no real) y resolución de problemas en el caso de que sea un problema real (p. e: búsqueda de alternativas).

#### D. Síntomas fisiológicos:

- Alteraciones del sueño: Informar sobre ritmos del sueño (p. e: cambios con la edad); relajación; control de estímulos y hábitos de sueño; uso de rutinas predormiciales y control de estimulantes.
- Alteraciones sexuales y del apetito: Uso de los focos graduales de estimulación sensorial; técnicas de Master y Jonshon para problemas específicos; dietas, ejercicio físico; técnicas de autocontrol.

#### E. Contexto social de los síntomas (familia, pareja):

- Intervenciones familiares de apoyo.
- Intervenciones de pareja de apoyo.

El contar con este repertorio de técnicas prescriptivas permite al terapeuta un primer abordaje de los problemas; que puede ser de motivación para que el paciente trabaje posteriormente los niveles cognitivos. o que puede ser la única elección que tenga el terapeuta si el paciente tiene dificultades para trabajar con las distorsiones y significados personales (p. e: uso de auto-registros).

### **Metodología modelo operativo**

Después de la Evaluación y el correspondiente Diagnóstico, el cual se realiza de manera individual a los cuarenta adolescentes, conforme el paciente es remitido del área legal, al Área de Psicología Clínica de la DLNAPEN de Tungurahua en el período comprendido entre septiembre '2007 a mayo 2008; el tratamiento psicológico en estos casos se efectúa de manera individual; a veces cuando es posible y necesario luego de la Terapia Individual a cada uno de los implicados en el conflicto, se puede proceder con terapia familiar, según sea el caso clínico; y para que el tratamiento sea eficaz, se debe considerar lo descrito a continuación:

El curso típico de la C.T en el tratamiento de la depresión ha sido descrito por Beck (1979) el cual consta de lo siguiente:

### **Estructura típica de una sesión de Terapia Cognitiva**

Una sesión de Terapia Cognitiva consta de tres fases:

#### **A. Fase inicial:**

- Establecer el rapport: Empezar y acabar positivamente.
- Establecer la agenda de trabajo con el paciente.
- Valorar la evolución de los problemas.

- Programar número de sesiones (generalmente 10; si quedan problemas por tratar se pueden programar hasta 20).
- Objetivo: No son las mejorías transitorias, sino el aumento de los intervalos de

B. Fase de desarrollo:

- Explicar tareas para casa. Demostración de las mismas.
- Educación en conceptos cognitivos aplicados a los problemas.
- Discusión de 2 problemas como máximo por sesión (focalización).

C. Fase terminal:

- Programar trabajo para casa: Tareas como "pruebas de realidad" para los pensamientos automáticos y los significados asociados.
- Resumen de la sesión: Se pide al paciente que lo haga. Se le da feedback al respecto.

**Programación por sesiones**

Para el tratamiento de la depresión ha sido descrito por Beck (1979) la programación por sesiones en la Terapia Cognitiva de la depresión en el hipotético caso de que el tratamiento durara 10 sesiones, la secuencia podría ser la siguiente:

Sesión N° 1 a N° 2:

- Socialización terapéutica: Que el paciente entienda la relación entre pensamiento (evaluaciones negativas)-conducta (bajo nivel de actividad)-estado emocional (depresión).
- Que el paciente aprenda a utilizar la hoja de auto-observación.
- Evaluar el nivel de actividad: Auto-registro de actividades diarias en una semana, anotando cada hora la actividad realizada y el grado de dominio (o

dificultad) y agrado (p. e: utilizando una escala de 0-5 para dominio y agrado).

- Explicar el proceso de la terapia y el rol de las recaídas

Sesión N° a N° 7

- Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo del nivel de actividad, estado emocional depresivo y pensamientos automáticos asociados.
- Técnicas cognitivas basadas en la búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos.
- Técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

Sesión N° 8 a N° 10

- Análisis de los Supuestos personales.
- Tareas conductuales como "experimentos personales" para comprobar la validez de los supuestos personales.

**Seguimiento:**

Sesión N° 11 (p. e: mensual).

Sesión N° 12 (p. e: trimestral).

Sesión N° 13 (p. e: semestral o anual).

En estas sesiones se revisa la evolución, recaídas y prevención y finalmente se procede a dar de alta.

**Técnicas de intervención**

Beck (1979, 1985) indica que en las primeras fases de la Terapia cognitiva y, en especial con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión; el bajo nivel de actividad se relaciona con la autovaloración del paciente ("Inútil", "Incapaz") y

con el estado de ánimo depresivo.

Las técnicas conductuales utilizadas en la C.T tienen una doble finalidad: en primer lugar producir un incremento en el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación del paciente y en segundo lugar facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados (incompetencia, inutilidad, incontrolabilidad).

Las técnicas cognitivas tienen por finalidad (Beck, 1979. 1985): (1) Elicitar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, (2) Comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos, (3) Identificación de los supuestos personales y (4) Comprobar la validez de los supuestos personales.

### **Técnicas conductuales**

Las principales técnicas conductuales utilizadas en el abordaje de la depresión son:

- Asignación gradual de tareas: El terapeuta contrarresta la creencia del paciente sobre-generalizada de incapacidad poniéndola a prueba ("¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?. Para ello, con el paciente, se establecen objetivos-tareas graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de auto-eficacia (Bandura. 1976).
- Ensayo cognitivo: A veces, el paciente necesita como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Se puede ensayar con el paciente, imaginativamente, los pasos implicados en una tarea. Eso puede permitir al paciente descatastrofizar o desdramatizar tareas percibidas como muy dificultosas.
- Programación de actividades diarias: El terapeuta y el paciente programan

tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente; o como tareas distractoras de momentos de malestar (p. e: ejerciendo un control de estímulos predecibles y negativos).

- Técnica del dominio y agrado: El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización (p. e: escalas de 0-5). Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, o corregir distorsiones cognitivas a la base (p. e: maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas).
- Ejecución de roles: Mediante el modelado y la inversión de papeles, el terapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.
- Entrenamiento asertivo: Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El terapeuta puede presentar esos "derechos", pedir la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas de hacerlo, y el modo de llevarlo a cabo.

### **Técnicas cognitivas**

Las principales técnicas cognitivas utilizadas en el abordaje de la depresión son:

- Recogida de los pensamientos automáticos: El terapeuta explica al paciente el auto-registro (normalmente se compone de tres panes: situación-pensamiento-estado emocional; a veces se añade también el elemento conductual cuando este componente es relevante). También explica la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar los pensamientos automáticos. Indica al paciente hacerlo en los momentos de perturbación emocional.

Registro de pensamientos disfuncionales

Situación -----→ Mi padre llegó a casa y no me contestó el saludo

Emoción -----→Tristeza  
Pensamiento -----→No le importo nada  
Conducta -----→Llorar, callarme y ponerme más triste

- Técnica de la triple columna: Sobre el auto-registro el paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un auto-registro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

#### Registro de la triple columna

Situación -----→Mi padre llegó a casa y no me contestó el saludo  
Emoción -----→Tristeza  
Pensamiento inicial -----→No le importo nada  
Modificación pensamiento -----→No tengo pruebas de que no le importe.  
Conducta – consecuencias -----→Conversar con él

- Identificación de los supuestos personales: Durante la entrevista con el paciente o la revisión de los auto-registros el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los Supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios más frecuentemente usados son el escuchar como el paciente justifica su creencia en un determinado pensamientos automático (p. e: "¿Por qué razón cree eso?") o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho (p. e: "¿Por qué es eso tan importante para usted?")  
(Terapeuta): ¿Por qué le importó, de esa manera, el que no le contestara el saludo al llegar?  
(Paciente): Yo necesito, para estar bien, que tengan muestras de atención conmigo.

(Terapeuta): ¿Por qué razón cree (o pensó) que no le importa usted nada (al no contestarle el saludo al llegar)?

(Paciente): Si mi padre me quisiera de verdad, estaría más pendiente de mí

- Comprobar la validez de los supuestos personales: El terapeuta diseña con el paciente tareas conductuales. a modo de "experimentos personales, dirigidas a comprobar el grado de validez de los supuestos personales; por ejemplo: con la paciente referida en el apartado anterior se podría comprobar si ella puede ser feliz (habiendo definido lo más claramente posible "su felicidad"), con actividades ajenas a las muestras afectivas que puede recibir de otros. (Ruiz y Cano, 1998)

## 6.8. Modelo Operativo

MODELO OPERATIVO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA						
Fases	Sesiones	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo	Evaluación
<b>Fase Inicial</b> Establecer rapport. Agenda de trabajo. Valorar evolución. Programa sesiones. Objetivos	Sesión N° 1 y N° 2       Sesión N° 3 a N° 7	Socialización terapéutica. Evaluar nivel de actividad. Explicar el proceso de terapia. Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para manejo del nivel de actividad. Técnicas cognitivas para búsqueda de pensamientos automáticos Técnicas conductuales para cambio de pensamientos automáticos Análisis de supuestos personales Tareas conductuales para comprobar supuestos personales	<b>Humana</b> Estudiantes de colegio Jóvenes Adolescentes Familiares Profesional de Psicología <b>Materiales de escritorio</b> Hojas Esferos Lápices Carpetas	Profesional de Psicología	Sesiones: N° 1 a N° 8 Dos veces por semana Sesiones N° 9 a N° 10 Una vez por semana Sesiones de seguimiento N° 11 al mes y medio N° 12 a los tres meses N° 13 (final) a los seis meses Total 13 sesiones Total de tiempo 12 meses	Se realizará en forma continua y ajustada a las etapas del proceso. Monitoreo en cada sesión con retroalimentación Evaluación por etapas con re-test de Audi y Sacks.
<b>Fase de desarrollo</b> Explicar tareas. Educación en conceptos. Discusión de problemas	Sesión N° 8 a N° 10   Sesiones de seguimiento N° 11 y N° 12 y n° 13 (final)	Revisión de evolución, recaídas y previsión Dar de alta	<b>Tecnológicos</b> Espacio físico Equipo de audio-video Computadora Computadora Impresora.			
<b>Fase terminal</b>  Programar trabajo para casa. Resumen de sesión			<b>Técnicas</b> Historia clínicas Test de Audi Test Sacks Notas de evolución y prescripción.			

## **6.9.MARCO ADMINISTRATIVO**

### **6.9.1. RECURSOS**

#### **6.9.1.1.Recursos Institucionales**

- Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud.
- Colegio: Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga

#### **6.9.1.2.Recursos Humanos**

**Investigador** : Elsa Umajinga

**Tutora** : .Ana Ruiz

#### **6.9.1.3.Recursos materiales**

- Equipos
- Transporte
- Materiales de escritorio
- Servicios

#### **6.9.1.4.Recursos económicos**

MATERIAL	PRECIO
1.- Útiles de oficina	\$ 10.00
2.- Copias impresiones	\$ 40.00
3.- Transporte	\$ 50.00
4.- Imprevistos	\$ 100.00
TOTAL	\$ 200.00

### 6.9.1.5.Cronograma

Programación	Evaluación	Diagnóstico	Tratamiento	Previsión de Evaluación
Sesión N° 1	Semana 1			
Sesión N° 2	Semana 1			
Sesión N° 3		Semana 2		
Sesión N° 4			Semana 2	
Sesión N° 5			Semana 3	
Sesión N° 6			Semana 3	
Sesión N° 7			Semana 4	
Sesión N° 8			Semana 4	
Sesión N° 9			Semana 5	
Sesión N° 10				Semana 6
Sesión N° 11 Seguimiento				Después de mes y medio
Sesión N° 12 Seguimiento				Después de tres meses
Sesión N° 13 Seguimiento			/	Después de seis meses
TOTAL DE SESIONES 13		TOTAL DE TIEMPO 12 MESES		

### 6.10. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

El plan de monitoreo y evaluación de la propuesta se realiza en forma continua, permanente y ajustada a las etapas del proceso, así:

- Los objetivos señalados en la propuesta determinan las actividades a realizarse, las cuales serán previamente analizadas y estudiadas de acuerdo al Programa de Terapia Cognitiva para disminuir los niveles de depresión de los pacientes adolescentes con esa alteración psicológica que serán atendidos en el Área de Psicología de la DOBE DEL colegio Miguel Iturralde de la ciudad de Latacunga.
- El monitoreo y evaluación estarán a cargo del Profesional de Psicología Clínica.

- El monitoreo y evaluación se realizará en cada una de las sesiones con una retroalimentación del contenido impartido lo cual se registrará en la hoja de Notas de Evolución y Prescripción (Anexo 1), la misma que se llevará de forma individual para cada uno de los estudiantes.
- La evaluación se ejecutará al cumplir el tiempo establecido de cada una de las etapas que comprende: al finalizar las diez sesiones, luego en la sesiones de seguimiento primera, segunda y final; este proceso de tratamiento durará un período total de doce meses; la evaluación será a través de la aplicación de un retest de Audi para alcoholismo con fines de seguimiento y constatación del progreso alcanzado
- Los materiales y el contenido de la propuesta se proporcionarán a la institución para los fines que el Departamento de Psicología Clínica del DOBE de Latacunga considere lo más adecuado

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. (1962). *"Terapia Cognitiva"*. Universidad de Pensylvania. CIE 10. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades OMS.
- Dinkmeyer, D. (1989). *Psicoterapia y consejo adleriano*. Garseke: Ed Bilbao.
- DSM IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Ellis, A. (1995). *Razón y emoción en psicoterapia*: Ed Bilbao.
- Gonzales, G. (2007). *La Familia Como Sistema*, España.
- Herrera, E. Medina, F. y Naranjo, G. (2006). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato.
- Keegan, K. (2012). *Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias*.
- Londoño, C. (2005) Pérez, W., (2005), *Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos*, Universidad Católica de Colombia, Universidad San Buenaventura – Medellín.
- López, F. (2003), *Factores Familiares que inciden en las Drogas Dependencias*, Universidad de Granada, España.
- Minuchin, S. (1983), *Técnicas De Terapia Familiar*, Harvard University.
- Organización Mundial de la Salud, (2012), *Alcohol, Datos Y Cifras*, Ecuador.
- Pérez, A. (2002), *Codependencia en Familias de Consumidores y no Consumidores*. México.
- Ramírez, M., Ruiz, D. (2005), *La Familia Y Los Factores De Riesgo Relacionados Con El Consumo De Alcohol Y Tabaco en los Niños Y Adolescentes*, Guayaquil-Ecuador.
- Ramírez, S, (2007), *El Funcionamiento Familiar en Familias con hijos Drogodependientes*, Servei de Publicacions, Valencia España.
- Trujano, R. (2010). *Tratamiento Sistémico en Problemas Familiares*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México.

- Valdez. Y. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del distrito federal Y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. Universidad Nacional Autónoma De México. Facultad De Psicología.

## LINKOGRAFÍA

- Aguilera. (2000). *La historia del alcohol*. Obtenido de [http://docente.ucol.mx/al018661/public\\_html/LA%20historia%20DEL%20alcohol.htm](http://docente.ucol.mx/al018661/public_html/LA%20historia%20DEL%20alcohol.htm)
- Alcoholismo. (2009). *Introduccion al alcoholismo*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
- Alvarado. (1998). *Adicciones*. Obtenido de <http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion.html>
- Andenes. (2013). *Adicciones en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.andenes.org/adicciones-en-adolescencia.htm>
- Anggew. (Julio de 2010). *La Comunicación*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos33/la-comunicacion/la-comunicacion.shtml#defin>
- Animación. (1999). *Drogodependencias: Modelos de programas preventivos*. Obtenido de <http://animacion.synthasite.com/prevencion-drogodependencias.php>
- Chicaiza. (JUNIO de 2013). *El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas en los adolescentes*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/5531/TESIS%20FINAL%202012-06-2013.pdf?sequence=1>
- Comunicación. (2009). *Tipos y Formas de Comunicación.doc*. Obtenido de <http://oasis.ciscug.org/letzhune/cisc/tutoriales/primero/Tipos%20y%20Formas%20de%20Comunicacion.doc>.
- Crespo. (jueves de Octubre de 2012). *Alcoholismo ¿Una adicción?* Obtenido de <http://alcoholismoo.blogspot.com/2012/10/causas-del-consumo-de-alcohol.html>

- Diario Hoy, Quito. (Mayo de 2007). El consumo de licor se acelera. *El consumo de licor se acelera*.
- Diario Vespertino de Cuenca. (JULIO de 2013). Ecuador ocupa segundo puesto en consumo de alcohol, según OMS.
- El Alcoholismo. (2014). *El Alcoholismo*. Obtenido de <http://www.salohogar.com/ciencias/sicologia/alcoholismo/etiologiaeincidencia.htm>
- Ellis y Beck. (2009). *Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck*. Obtenido de <http://www.redsanar.org/drfofia/Terapias/manual2b.htm>
- Felipe y Gómez. (2010). *El abordaje del alcohol en el contexto de la enseñanza*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692010000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Fernandez García. (2009). *Fundamentación de la importancia social del mejoramiento de la comunicación interpersonal*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/fundamentacion-importancia-social-comunicacion-interpersonal/fundamentacion-importancia-social-comunicacion-interpersonal.pdf>
- Gómez. (2010). *La ingesta del alcohol y su influencia en el comportamiento agresivo de los estudiantes*. Obtenido de [http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10387/1/41571\\_1.pdf](http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10387/1/41571_1.pdf)
- Justiparan. (Marzo de 2010). *¿Qué estudia la Psicología Evolutiva*. Obtenido de <http://www.siemprehistoria.com.ar/2010/03/%C2%BFque-estudia-la-psicologia-evolutiva/>
- La Gaceta, Latacunga. (Junio de 2013). Cotopaxi entre las provincias con mayor índice de consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. *La Gaceta*.
- Malena Quiroga. (Octubre de 2007). *Psicología del Adolescente Parte II*. Obtenido de <http://psicologia.laguia2000.com/general/psicologia-adolescente-parte-ii>
- Méndez y Muñoz. (MARZO de 2007). *Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes*. Obtenido de [http://portales.puj.edu.co/ccpvirtual/Catedra%20Colombiana/Sesion5\\_Oct](http://portales.puj.edu.co/ccpvirtual/Catedra%20Colombiana/Sesion5_Oct)

- %204/Consumo%20de%20alcohol%20en%20adolescentes.pdf
- Monteiro. (2007). *Alcohol y Salud Pública en América Latina*. Recuperado el 01 de AGOSTO de 2014, de <http://www.adicciones.es/files/99-105%20Monteiro.pdf>
- Nataly. (2009). *El Alcohólico*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos76/alcoholico/alcoholico2.shtml>
- Neiser. (1967). *Cognitivismo*. Obtenido de [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90016/2013\\_2/Lecturas\\_de\\_referencia\\_Lecciones/Leccion\\_Evaluativa\\_Unidad\\_1/cognitivismo.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90016/2013_2/Lecturas_de_referencia_Lecciones/Leccion_Evaluativa_Unidad_1/cognitivismo.html)
- Ruiz y Cano. (1998). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual1.htm>
- Saludalia.com. (martes de Agosto de 2000). *Alcohol y jóvenes*. Obtenido de <http://www.saludalia.com/vivir-sano/alcohol-y-jovenes>
- San Juan Bosco. (Diciembre de 2003). *Comunicación en la familia*. Obtenido de <http://html.rincondelvago.com/comunicacion-en-la-familia.html>
- Santos y Martínez. (1998). *Alcoholismo en la adolescencia*. Obtenido de <http://html.rincondelvago.com/alcoholismo-en-la-adolescencia.html>
- Silva y Padilha. (2013). *El alcoholismo en las historias de vida de los adolescentes*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Universidades del Salvador. (Julio de 2009). *Psicología Evolutiva del Adolescente*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/extremebook/eBooks/psicologia-del-desarrollo/adolescencia/psicologia-evolutiva-del-adolescente>
- Villareal, Sánchez y Varela. (2010). *El consumo del alcohol en Adolescentes Escolarizados*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300006&script=sci_arttext)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

- **SCIELO:** Martínez González, J. (2012). *Impacto social del Consumo abusivo de alcohol en el Estado de España*. Revista Española de Salud pública. Recuperado el 18 de febrero del 2013, disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo>
- **SCIELO:** González, F., Gimesco, A. (2012). *La Percepción de las Funcionalidad Familiar: Confirmación de su Estructura Bifactorial*. Escritos de Psicología. Recuperado el 28 de enero del 2013. Disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo>
- **SCIELO:** Malbergier, A. Donala, L. (2012). *Uso de Sustancias en la Adolescencia y Problemas Familiares*. Cadernos de Saude Pública. Recuperado el 18 de febrero del 2013. Disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo>
- **EBRARY:** Etchegoyen, R. (2012). *Fundamentals on Psychoanalytic Technique* (208). Editorial Karnac Books. Recuperado el 25 de febrero del 2013. Disponible en: [site.ebrary.com](http://site.ebrary.com).
- **SCIELO:** R., Moreno Otero; J. R, Cortés. (2008). *Nutrición y alcoholismo crónico*. Recuperado el 10 de enero del 2013. Disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo/>
- **SCIELO:** Astoviza, Bolet, Miriam. (2000). *La prevención del alcoholismo en los adolescentes*. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.4 Ciudad de La Habana. Recuperado el 18 de marzo del 2013. Disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo>
- **SCIELO:** Rodríguez Santos Olimpio, Baldo Soria Reinaldo y Cardoso Cristia Sandra. (2000). *Consumo del alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad*. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.3 Ciudad de La Habana. Recuperado el 19 de marzo del 2013. Disponible en: <http://search.scielo.org/?q=alcoholismo>
- **SIDALC:** Terhune, William B. (1974). *Como prevenir el problema del alcoholismo*. Recuperado el 25 de febrero del 2013. Disponible en: <http://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/>

## ANEXOS

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

**FACULTAD:** CIENCIAS DE LA SALUD

**ESPECIALIDAD:** PSICOLOGÍA CLÍNICA

<b>ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA</b>	Nº	Fecha:
---------------------------------	----	--------

<b>1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>	
Nombres y Apellidos:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	Género:
Instrucción:	Profesión:
Estado Civil:	Ocupación:
Lugar de Procedencia:	Lugar de Residencia:
Dirección:	
Remitido por:	

<b>2. MOTIVO DE CONSULTA</b>

<b>3. HISTORIA DE ENFERMEDAD</b>

4. ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA.

5. ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

6. EXAMEN DE FUNCIONES	
Pensamiento:	Lenguaje:
Conciencia:	Afectividad:
Memoria:	Inteligencia:
Atención:	Orientación:
Voluntad:	Hábitos:
Censo percepciones:	Instintos:

SÍNTOMAS SOMÁTICOS
--------------------

7. RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

9. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

10. DIAGNOSTICO DE ENTIDAD CLÍNICA

11. PRONÓSTICO



## ANEXO 2

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### TEST AUDIT

La presente batería psicológica tiene como objetivo fundamental evaluar la predisposición que usted tiene en relación al consumir de alcohol rogamos encerrar en un círculo la respuesta con la cual Ud. Se identifique.

<b>Ítems</b>	<b>Criterios operativos de Evaluación</b>
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca Una o menos veces al mes De 2 a 4 veces al mes De 2 a 3 veces a la semana Cuatro o más veces a la semana
Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suelen realizar en un día de consumo normal	Una a 2 Tres a cuatro Cinco a 6 De 7 a 8 Diez a más
¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente

	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	No Si pero no en el curso del último año Sí, el último año
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o les han sugerido que deje de beber?	No Si pero no en el curso del último año Sí, el último año

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEST DE SACKS DE ADOLESCENTES**

**Nombres:.....Fecha:.....**

A continuación encontrara serie de frases, su trabajo es completar con lo primero que se le ocurra.

Le recordamos que no existen respuestas buenas ni malas.

El ideal más grande de mi vida\_\_\_\_\_

Me gusta compararme con los demás\_\_\_\_\_

El recuerdo más vivo de mi vida es\_\_\_\_\_

Nunca tengo tanta angustia como cuando\_\_\_\_\_

Considero a mis superiores\_\_\_\_\_

Los compañeros con los cuales trato\_\_\_\_\_

Yo creo que vida de matrimonio es\_\_\_\_\_

En comparación con las demás familias la mía\_\_\_\_\_

Ve gustaría que mi padre\_\_\_\_\_

Siempre he ambicionado\_\_\_\_\_

Aquello que más necesito\_\_\_\_\_

Cuando era pequeño (a) me volvía inquieto por\_\_\_\_\_

El miedo a veces me hace\_\_\_\_\_

Cuando veo al profesor\_\_\_\_\_

Cuando no estoy presente mis amigos (as)\_\_\_\_\_

Para mi es amor humano \_\_\_\_\_

Creo que mi padre rara vez \_\_\_\_\_

Mi madre y yo \_\_\_\_\_

Sería feliz sí yo \_\_\_\_\_

Mi mayor debilidad \_\_\_\_\_

Me pone nervioso (a) \_\_\_\_\_

Quisiera perder el miedo \_\_\_\_\_

En clase mis profesores \_\_\_\_\_

La gente piensa que yo \_\_\_\_\_

Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos \_\_\_\_\_

Quisiera que mis padres \_\_\_\_\_

El modo de ser de mi madre \_\_\_\_\_

Cuando las cosas no andan bien \_\_\_\_\_

El error más grande de mi vida \_\_\_\_\_

La mayor parte de mis compañeros (as) no saben que yo \_\_\_\_\_

Si yo fuera superior \_\_\_\_\_

El tipo de persona que prefiero \_\_\_\_\_

La mayor parte de las señoritas (jóvenes) modernas (os) son \_\_\_\_\_

Cuando yo era niña (o) a mi familia \_\_\_\_\_

Creo que mi padre \_\_\_\_\_

Cuando miro al provenir \_\_\_\_\_

Me considero capaz \_\_\_\_\_

Dana algo por olvidar \_\_\_\_\_

Sé que es una tontería pero tengo miedo de \_\_\_\_\_

La mayor parte de mis superiores \_\_\_\_\_

Un amigo sincero (de verdad) \_\_\_\_\_

Para mí el hombre (mujer) ideal es \_\_\_\_\_

Mi familia me trata \_\_\_\_\_

La mayoría de las madres \_\_\_\_\_

## **Diagnostico**

### **Area I. Area Familiar**

**A) A.H.P.M.** 9.....18.....27.....35.....45.....

**B) A.H.G.F.** 8.....17..... 26.....36.....44.....

### **II Area Sexual**

**A) A:H:S:C:** 7..... 16.....25..... 34.....43.....

### **III Área relaciones interpersonales**

**A) A:H:A:YC:** 6 .....15..... 24.....33.....42.....

**B) R:S:S:** 5.....14.....23..... 32.....41.....

### **IV. Área del concepto de sí mismo.**

**A) T.A** 4.....13.....21..... 22.....40.....

**B) A.H.P.A.** 2..... 11.....20..... 29.....38.....

**C) A.H.P.** 3.....12.....30.....31.....39.....

**D) A.H.F. y V.** 1.....10.....19.....26.....37.....

## APRECIACIÓN DIAGNOSTICA

---

---

---

---

---

---

---