



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LA CARENCIA AFECTIVA INFANTIL COMO FACTOR INCIDENTE EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO INTERNO EN LA FUNDACIÓN ABRAZO DEL PADRE DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011.”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Gómez Moreno, María Belén

Tutor: Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

Ambato-Ecuador

Octubre – 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“LA CARENCIA AFECTIVA INFANTIL COMO FACTOR INCIDENTE EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO INTERNO EN LA FUNDACIÓN ABRAZO DEL PADRE DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011.” de María Belén Gómez Moreno, 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, Abril 2013

EL TUTOR

Dr. Germán Galarza

AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**LA CARENCIA AFECTIVA INFANTIL COMO FACTOR INCIDENTE EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO INTERNO EN LA FUNDACIÓN ABRAZO DEL PADRE DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011.**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2013

LA AUTORA

María Belén Gómez Moreno

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, Abril 2013

LA AUTORA

María Belén Gómez Moreno

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“LA CARENCIA AFECTIVA INFANTIL COMO FACTOR INCIDENTE EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO INTERNO EN LA FUNDACIÓN ABRAZO DEL PADRE DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010–SEPTIEMBRE 2011.”**, de María Belén Gómez Moreno, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre 2013

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi abuelo quien ha sido el mejor ejemplo de dedicación y amor, a él ya que ha sido mi mayor inspiración.

A mi madre que con su constante empuje, preocupación y dulzura ayudo a la realización de este trabajo, a mi hermana que día a día obra con su ejemplo de excelente mujer y estudiante. A mi cuñado quien con su preocupación, cariño y apoyo me ha dado el empuje necesario para realizar mi investigación.

A mi abuelita quien es el pilar fundamental de mi educación, la mayor figura de amor, desprendimiento y entrega hacia los demás.

A todas aquellas personas que están presentes, mis más cercanas amigas y también las personas que ahora se encuentran ausentes, por el hecho de haberme apoyado no solo durante el desarrollo de este trabajo sino durante toda mi vida universitaria, por su compañía y consejos estaré toda la vida agradecida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por haber sido el pilar fundamental de mi formación, a todos mis profesores que supieron cultivar mi conocimiento durante mi vida Universitaria.

A la Facultad Ciencias de la Salud con sus respectivos dirigentes y todos sus colaboradores.

A mi Tutor Germán Galarza quien supo guiarme de la mejor manera, por su paciencia y ayuda durante el desarrollo de este trabajo.

Belén Gómez

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:.....	ii
AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xviii
INTRODUCCIÓN	xx
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.2. Planteamiento del Problema	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	12
1.2.3. PROGNOSIS	13
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES:	15
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 OBJETIVOS	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1 Investigaciones Previas	18
2.2 Fundamentación	19

2.2.1 Filosófica	19
2.2.2 Epistemológica.....	20
2.2.3 Ontológica	20
2.2.4 Axiológica.....	21
2.2.5 Sociológica	21
2.2.6 Psicológica.....	22
2.2.7. Fundamentación Legal	23
2.3 CATEGORIAS FUNDAMENTALES:	25
2.4 Fundamentación Teórica.....	28
2.4.1 El Ser Humano	28
2.4.2 Funciones Psíquicas:	29
2.4.3 Afectividad dentro del Sistema Familiar:	30
2.4.4 Carencias Afectivas:	32
2.4.5 Tipos de Carencia Afectiva.-	36
2.4.6 Psicología Clínica:	44
2.4.7 Psicopatología:.....	46
2.4.8. Trastornos de adicción:	49
2.4.9. Alcoholismo:	50
2.5 Hipótesis.....	58
2.5.1. Hipótesis General	58
2.5.2. Variable independiente.....	58
2.5.3. Variable dependiente	58
2. 6 Determinación de variables.....	58
CAPÍTULO III.....	59
LA METODOLOGÍA	59
3.1 Enfoque	59
3.2 Modalidad básica de la investigación	59
3.3 Nivel o tipo de investigación.....	59
3.4 Población y muestra.....	59
3.5 Operacionalización de variables	60

3.6 Recolección de información	62
3.7 Plan de recolección de información	62
3.8 Plan de procesamiento de la información	63
CAPÍTULO IV	64
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	64
4.2. CÁLCULO DEL JI CUADRADO	151
CAPÍTULO V	156
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	156
5.1. Conclusiones:	156
5.2. Recomendaciones:	157
CAPÍTULO VI	158
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	158
6.1. Datos Informativos	158
6.1.1. Tema:	158
6.1.2. Institución Ejecutora:	158
6.1.3. Beneficiarios:	158
6.1.4. Ubicación:	158
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución	158
Justificación	159
Objetivos	160
Análisis de factibilidad	160
Fundamentación científico-técnica	161
Supuestos y características de las terapias cognitivas	161
Terapias cognitivas	163
Conceptualización de los problemas	168
Mayéutica	170
Flecha descendente	172
Tipos de pensamientos automáticos:	173
Análisis Ventajas-desventajas	176
Técnica de reatribución	177

Terapia de grupo en pacientes que consumen alcohol	177
Terapias Conductuales	178
Técnicas de Autocontrol	179
Técnicas de Exposición	180
6.7 Modelo Operativo	181
Administración de la propuesta	183
Recursos	184
Referencias Bibliográficas	187
Anexos	190

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1 ÁRBOL DE PROBLEMAS	10
GRÁFICO No. 2 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	11
GRÁFICO No. 3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	25
GRÁFICO No. 4 DISCONTINUIDAD PACIENTE 1	64
GRÁFICO No. 5 INSUFICIENCIA PACIENTE1	65
GRÁFICO No. 6 DISTORSION PACIENTE 1.....	66
GRÁFICO No. 7 DISCONTINUIDAD PACIENTE 2.....	68
GRÁFICO No. 8 INSUFICIENCIA PACIENTE 2.....	69
GRÁFICO No 9 DISTORSION PACIENTE 2.....	70
GRÁFICO No. 10 DISCONTINUIDAD PACIENTE 3	71
GRÁFICO No. 11 INSUFICIENCIA PACIENTE 3.....	72
GRÁFICO No. 12 DISTORSION PACIENTE 3.....	73
GRÁFICO No. 13 DISCONTINUIDAD PACIENTE 4.....	75
GRÁFICO No. 14 INSUFICIENCIA PACIENTE 4.....	76
GRÁFICO No 15 DISTORSION PACIENTE 4.....	77

GRÁFICO No. 16 DISCONTINUIDAD PACIENTE 5.....	78
GRÁFICO No. 17 INSUFICIENCIA PACIENTE 5.....	79
GRÁFICO No. 18 DISTORSION PACIENTE 5.....	80
GRÁFICO No. 19 DISCONTINUIDAD PACIENTE 6.....	82
GRÁFICO No. 20 INSUFICIENCIA PACIENTE 6.....	83
GRÁFICO No. 21 DISTORSION PACIENTE 6.....	84
GRÁFICO No. 22 DISCONTINUIDAD PACIENTE 7.....	85
GRÁFICO No. 23 INSUFICIENCIA PACIENTE 7.....	86
GRÁFICO No. 24 DISTORSION PACIENTE 7.....	87
GRÁFICO No. 25 DISCONTINUIDAD PACIENTE 8.....	89
GRÁFICO No. 26 INSUFICIENCIA PACIENTE 8.....	90
GRÁFICO No. 27 DISTORSION PACIENTE 8.....	91
GRÁFICO No. 28 DISCONTINUIDAD PACIENTE 9.....	92
GRÁFICO No. 29 INSUFICIENCIA PACIENTE 9.....	93
GRÁFICO No. 30 DISTORSION PACIENTE 9.....	94
GRÁFICO No. 31 DISCONTINUIDAD PACIENTE 10.....	96
GRÁFICO No. 32 INSUFICIENCIA PACIENTE 10.....	97
GRÁFICO No. 33 DISTORSION PACIENTE 10.....	98
GRÁFICO No. 34 DISCONTINUIDAD PACIENTE 11.....	99
GRÁFICO No. 35 INSUFICIENCIA PACIENTE 11.....	100
GRÁFICO No. 36 DISTORSION PACIENTE 11.....	101
GRÁFICO No. 37 DISCONTINUIDAD PACIENTE 12.....	102
GRÁFICO No. 38 INSUFICIENCIA PACIENTE 12.....	103
GRÁFICO No. 39 DISTORSION PACIENTE 12.....	104
GRÁFICO No. 40 DISCONTINUIDAD PACIENTE 13.....	106
GRÁFICO No. 41 INSUFICIENCIA PACIENTE 13.....	107

GRÁFICO No 42 DISTORSION PACIENTE 13.....	108
GRÁFICO No. 43 DISCONTINUIDAD PACIENTE 14.....	109
GRÁFICO No. 44 INSUFICIENCIA PACIENTE 14.....	110
GRÁFICO No. 45 DISTORSION PACIENTE 14.....	111
GRÁFICO No. 46 DISCONTINUIDAD PACIENTE 15.....	112
GRÁFICO No. 47 INSUFICIENCIA PACIENTE 15.....	113
GRÁFICO No 48 DISTORSION PACIENTE 15.....	114
GRÁFICO No. 49 DISCONTINUIDAD PACIENTE 16.....	116
GRÁFICO No. 50 INSUFICIENCIA PACIENTE 16.....	117
GRÁFICO No. 51 DISTORSION PACIENTE 16.....	118
GRÁFICO No. 52 DISCONTINUIDAD PACIENTE 17.....	119
GRÁFICO No. 53 INSUFICIENCIA PACIENTE 17.....	120
GRÁFICO No 54 DISTORSION PACIENTE 17.....	121
GRÁFICO No. 55 DISCONTINUIDAD PACIENTE 18.....	122
GRÁFICO No. 56 INSUFICIENCIA PACIENTE 18.....	123
GRÁFICO No 57 DISTORSION PACIENTE 18.....	124
GRÁFICO No. 58 DISCONTINUIDAD PACIENTE 19.....	126
GRÁFICO No. 59 INSUFICIENCIA PACIENTE 19.....	127
GRÁFICO No 60 DISTORSION PACIENTE 19.....	128
GRÁFICO No.61 DISCONTINUIDAD PACIENTE 20.....	129
GRÁFICO No. 62 INSUFICIENCIA PACIENTE 20.....	130
GRÁFICO No. 63 DISTORSION PACIENTE 20.....	131
GRÁFICO No 64 CARENCIA DE TODOS LOS PACIENTES.....	132
GRÁFICO No.65 NIVEL DE ALCOHOLISMO.....	134
GRÁFICO No. 66 FRECUENCIA DE CONSUMO	135

GRÁFICO No. 67 CONSUMO NORMAL.....	137
GRÁFICO No 68 SEIS O MÁS BEBIDAS.....	138
GRÁFICO No 69 INCAPACIDAD PARA PARAR DE BEBER	139
GRÁFICO No.70 INCAPACIDAD PARA ACTIVIDADES.....	141
GRÁFICO No. 71 BEBER EN AYUNAS	142
GRÁFICO No. 72 SENTIMIENTOS DE CULPA.....	143
GRÁFICO No 73 PERDIDA DE MEMORIA	145
GRÁFICO No.74 ACCIDENTES O HERIDOS COMO CONSECUENCIA.....	146
GRÁFICO No. 75 PREOCUPACIÓN DE TERCEROS.....	147

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 NECESIDADES BASICAS.....	34
CUADRO No. 2 DISCONTINUIDAD PACIENTE 1	64
CUADRO No. 3 INSUFICIENCIA PACIENTE1.....	65
CUADRO No.4 DISTORSION PACIENTE 1.....	66
CUADRO No 5 DISCONTINUIDAD PACIENTE 2.....	67
CUADRO No 6 INSUFICIENCIA PACIENTE 2.....	68
CUADRO No 7 DISTORSION PACIENTE 2.....	69
CUADRO No. 8 DISCONTINUIDAD PACIENTE 3	71
CUADRO No. 9 INSUFICIENCIA PACIENTE 3.....	72
CUADRO No. 10 DISTORSION PACIENTE 3.....	73
CUADRO No. 11 DISCONTINUIDAD PACIENTE 4.....	74
CUADRO No. 12 INSUFICIENCIA PACIENTE 4.....	75
CUADRO No 13 DISTORSION PACIENTE 4.....	76

CUADRO No. 14 DISCONTINUIDAD PACIENTE 5.....	78
CUADRO No. 15 INSUFICIENCIA PACIENTE 5.....	79
CUADRO No. 16 DISTORSION PACIENTE 5.....	80
CUADRO No. 17 DISCONTINUIDAD PACIENTE 6.....	81
CUADRO No. 18 INSUFICIENCIA PACIENTE 6.....	82
CUADRO No. 19 DISTORSION PACIENTE 6.....	83
CUADRO No. 20 DISCONTINUIDAD PACIENTE 7.....	85
CUADRO No. 21 INSUFICIENCIA PACIENTE 7.....	86
CUADRO No. 22 DISTORSION PACIENTE 7.....	87
CUADRO No. 23 DISCONTINUIDAD PACIENTE 8.....	88
CUADRO No. 24 INSUFICIENCIA PACIENTE 8.....	89
CUADRO No. 25 DISTORSION PACIENTE 8.....	90
CUADRO No. 26 DISCONTINUIDAD PACIENTE 9.....	92
CUADRO No. 27 INSUFICIENCIA PACIENTE 9.....	93
CUADRO No. 28 DISTORSION PACIENTE 9.....	94
CUADRO No. 29 DISCONTINUIDAD PACIENTE 10.....	95
CUADRO No. 30 INSUFICIENCIA PACIENTE 10.....	96
CUADRO No. 31 DISTORSION PACIENTE 10.....	97
CUADRO No. 32 DISCONTINUIDAD PACIENTE 11.....	99
CUADRO No. 33 INSUFICIENCIA PACIENTE 11.....	100
CUADRO No. 34 DISTORSION PACIENTE 11.....	101
CUADRO No. 35 DISCONTINUIDAD PACIENTE 12.....	102
CUADRO No. 36 INSUFICIENCIA PACIENTE 12.....	103
CUADRO No. 37 DISTORSION PACIENTE 12.....	104
CUADRO No. 38 DISCONTINUIDAD PACIENTE 13.....	105
CUADRO No. 39 INSUFICIENCIA PACIENTE 13.....	106

CUADRO No 40 DISTORSION PACIENTE 13.....	107
CUADRO No. 41 DISCONTINUIDAD PACIENTE 14.....	109
CUADRO No. 42 INSUFICIENCIA PACIENTE 14.....	110
CUADRO No. 43 DISTORSION PACIENTE 14.....	111
CUADRO No. 44 DISCONTINUIDAD PACIENTE 15.....	112
CUADRO No. 45 INSUFICIENCIA PACIENTE 15.....	113
CUADRO No 46 DISTORSION PACIENTE 15.....	114
CUADRO No. 47 DISCONTINUIDAD PACIENTE 16.....	115
CUADRO No. 48 INSUFICIENCIA PACIENTE 16.....	116
CUADRO No. 49 DISTORSION PACIENTE 16.....	117
CUADRO No. 50 DISCONTINUIDAD PACIENTE 17.....	119
CUADRO No. 51 INSUFICIENCIA PACIENTE 17.....	120
CUADRO No 52 DISTORSION PACIENTE 17.....	121
CUADRO No. 53 DISCONTINUIDAD PACIENTE 18.....	122
CUADRO No. 54 INSUFICIENCIA PACIENTE 18.....	123
CUADRO No 55 DISTORSION PACIENTE 18.....	124
CUADRO No. 56 DISCONTINUIDAD PACIENTE 19.....	125
CUADRO No. 57 INSUFICIENCIA PACIENTE 19.....	126
CUADRO No 58 DISTORSION PACIENTE 19.....	127
CUADRO No.59 DISCONTINUIDAD PACIENTE 20.....	129
CUADRO No. 60 INSUFICIENCIA PACIENTE 20.....	130
CUADRO No. 61 DISTORSION PACIENTE 20.....	131
CUADRO No 62 CARENCIA DE TODOS LOS PACIENTES.....	132
CUADRO No.63 NIVEL DE ALCOHOLISMO.....	133
CUADRO No. 64 FRECUENCIA DE CONSUMO	135
CUADRO No. 65 CONSUMO NORMAL.....	136

CUADRO No 66 SEIS O MÁS BEBIDAS.....	137
CUADRO No 67 INCAPACIDAD PARA PARAR DE BEBER	139
CUADRO No.68 INCAPACIDAD PARA ACTIVIDADES.....	140
CUADRO No. 69 BEBER EN AYUNAS	141
CUADRO No. 70 SENTIMIENTOS DE CULPA.....	143
CUADRO No 71 PERDIDA DE MEMORIA	144
CUADRO No.72 ACCIDENTES O HERIDOS COMO CONSECUENCIA.....	145
CUADRO No. 72 FRECUENCIA DE CONSUMO	149
CUADRO No. 73 PREOCUPACIONES DE TERCEROS.....	150
CUADRO No 74 RESUMEN GENERAL.....	149
CUADRO No 75 FRECUENCIAS OBSERVADAS EN CARENICAS AFECTIVAS Y NIVEL DE ALCOHOLISMO	153
CUADRO No 76 PRINCIPALES SUPUESTOS Y CARACTERISTICAS DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS	162
CUADRO No.77 PRINCIPALES TERAPIAS COGNITIVAS DE APLICABILIDAD PRÁCTICA EN LA DROGRADICCIÓN.....	165
CUADRO No. 78 METODOLOGÍA.....	182
CUADRO No. 79 RECURSOS HUMANO.....	183
CUADRO No. 80 RECURSOS MATERIALES.....	183
CUADRO No. 81 RECURSOS FINANCIEROS.....	184

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

“LA CARENCIA AFECTIVA INFANTIL COMO FACTOR INCIDENTE EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO INTERNO EN LA FUNDACIÓN ABRAZO DEL PADRE DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE 2011.”

Autora: Gómez Moreno, María Belén

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Fecha: Ambato, Octubre de 2013

RESUMEN

La presente tesis es un estudio investigativo, el cual tiene como objetivo principal correlacionar las carencia afectivas atravesadas en la infancia con el alcoholismo que presentan los pacientes internos en el Centro de Acogimiento temporal Abrazo del Padre.

La investigación se generó en el Centro de Acogimiento temporal Abrazo del Padre durante los meses Marzo – Agosto 2011. Las personas que forman parte de la investigación son 20 pacientes que acudieron a este Centro de Acogimiento.

La información obtenida se la recolecto: Carencias Afectivas mediante un cuestionado elaborado por la autora, y alcoholismo a través del Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT.

El presente trabajo comprueba la presencia de carencias afectivas principalmente por Distorsión en los pacientes que presentan alcoholismo dentro del Centro de

Acogimiento, ya que así lo respaldan los datos estadísticos obtenidos a través de los instrumentos aplicados a los pacientes internos.

La propuesta de solución para el problema investigado es la Terapia Cognitiva Conductual basado principalmente en técnicas creadas por Beck, ya que estas técnicas arrojan excelentes resultados en los casos de adicciones a sustancias psicotrópicas.

PALABRAS CLAVES: CARENCIAS, AFECTO, ALCOHOLISMO, AFECTIVIDAD, INFANCIA, FAMILIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PSYCHOLOGY CAREER

**“THE CHILD LACK OF AFFECT AS AN INCIDENT FACTOR IN THE
ALCOHOLIC INPATIENT IN THE ABRAZO DEL PADRE FOUNDATION
IN THE CITY OF AMBATO DURING THE PERIOD OF SEPTEMBER 2010
TO SEPTEMBER”**

Author: Gómez Moreno María Belén

Tutor: Dr. Galarza Zurita Germán Enrique

Date: Ambato, Octubre de 2013

SUMMARY

This thesis is a research study, which has as main objective is to correlate the lack of affection in childhood with alcoholism which is presented in inpatients at the “Centro de Acogimiento temporal Abrazo del Padre”.

The research was taken place at the “Centro de Acogimiento temporal Abrazo del Padre” during the months of March to August 2011. People who took part in the research are 20 patients who came to this Foster Center.

The information obtained was collected by: Lack of Affection through a questionnaire prepared by the author, and alcoholism through the Alcoholic abuse Disorders Identification test (AUDIT).

This research paper proves the presence of a lack of affection mainly because of Distortion in the patients who present alcoholism within the Foster Center, since the

statistical data obtained throughout the different tools applied to the inpatients, supports it.

The proposed solution for the investigated Cognitive Behavioral Therapy problem is mainly based on techniques developed by Beck, because these techniques give excellent results in cases of addictions to psychoactive substances.

KEY WORDS: LACK, AFFECTION, ALCOHOLISM, EMOTION, CHILDREN, FAMILY.

INTRODUCCIÓN

Debido a la poca importancia que algunos padres prestan a los primeros años de la vida afectiva de sus hijos, dejan vacíos o insuficiencias afectivas que se convierten en dificultades permanentes en la vida de un ser humano, lo que acarrea con años posteriores mayores conflictos o problemas como es el alcoholismo.

Se describe la contextualización del proyecto, en donde se crean hipótesis sobre las carencias afectivas infantiles y el alcoholismo, el análisis crítico describe de mejor manera las dificultades que esto conlleva.

Se señala principalmente las variables del proyecto, dejando en evidencia conceptos claros sobre las dos variables estudiadas, tanto el alcoholismo como las carencias afectivas, posteriormente se muestra la categorización de cada una de estas variables, lo cual nos lleva a la hipótesis “las carencias afectivas inciden directamente sobre el alcoholismo de los pacientes”.

De forma posterior encontramos la modalidad de investigación utilizada, la población sobre la que se realizó la investigación y la operacionalización de cada una de las variables estudiadas.

Se deja además en evidencia el análisis e interpretación de los resultados de la investigación aplicada sobre la población de estudio.

Se expone las conclusiones y recomendaciones a darse luego del correspondiente resultado estadístico, las mismas que nos ayudaran a manejar el contexto psicológico en donde debemos realizar una propuesta a este problema de investigación.

Y Finalmente se muestra la propuesta realizada al problema planteado inicialmente, por medio de la cual se busca dar una respuesta novedosa al tratamiento del alcoholismo basándonos en la afectividad en los primeros años de un niño.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Tema de investigación

La carencia afectiva infantil como factor incidente en el paciente alcohólico interno en la Fundación Abrazo del Padre de la ciudad de Ambato en el período Septiembre 2010 – Septiembre 2011

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO:

Nuestro país atraviesa por una crisis de un alto nivel de alcoholismo entre los jóvenes, según la Organización Mundial de la Salud Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita. En la nación andina se ingieren 9.4 litros de alcohol por habitante al año, cifra superada en la región únicamente por Argentina (10 litros), donde la mayor parte de las bebidas alcohólicas que se consumen es vino diferenciándose de Ecuador en la que el vino es la de menor consumo primando las de mayor grado alcohólico.

A decir de la OMS (2005), el consumo de alcohol en América (8,7 litros per cápita en promedio) es aproximadamente 40% mayor que la media global de 6,2 litros, siendo

Brasil, Chile y México otros países latinoamericanos con alto consumo de alcohol. Como conocemos gracias a las distintas investigaciones realizadas acerca del alcoholismo y sus causas, las carencias afectivas muchas de las ocasiones son características que atraviesan los hoy en día pacientes alcohólicos, para lo cual como menciona el diario es su artículo hay que atacar este tipo de causas para terminar de una vez por todas con este problema.

Según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas; en Quito existen entre 60 y 70 mil adictos a las drogas (estupefacientes y alcohol). Según el Observatorio Ecuatoriano de Drogas. Entre las causas más comunes que llevan a los jóvenes quiteños a consumir drogas están las carencias afectivas familiares y emocionales.”

Para la OMS el alcohol:

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año.

Unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario.

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa.

El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral.

Los jóvenes se inician en el consumo del alcohol y cigarrillo a los 12 años, dos menos si se toma en cuenta que en 1998 las cifras reflejaban un consumo precoz a los 14 años de edad. Así lo revela la última encuesta presentada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP (2007).

El estudio es el tercero sobre el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y drogas ilegales en estudiantes de Enseñanza Media en el que participaron 280.496 alumnos, de 13 a 17 años de edad, de 211 colegios privados, públicos y fisco-misionales de 41 ciudades del país. Los resultados señalan que el consumo de alcohol se incrementó del 53,9 por ciento en 1998 al 79,4 por ciento en el año 2008.

La cerveza es la principal bebida de consumo, seguida del vino, whisky, vodka, ron y aguardiente. La edad promedio al primer consumo tiende a ser cada vez menor: 12,8 años de edad.

Un dato revelador: la población femenina también está ingresando al consumo por vía del alcohol. De 222.733 chicos que han ingerido bebidas alcohólicas, el 54 por ciento son mujeres. “Ahora se habla de la cerveza light que no tiene un alto grado de alcohol, pero las mujeres empiezan a consumirla. Hay presentaciones en una botella personal y de esa manera se va conformando una cultura alcohólica en la población”, relata Dolores Quijano, especialista en prevención.

“Las carencias afectivas, problemas familiares, de rendimiento escolar, baja autoestima, así como el rechazo de los amigos y la falta de pertenencia a su grupo, convierten al adolescente en un sujeto muy vulnerable al consumo de drogas, por ello son el objetivo principal de los comercializadores de sustancias ilícitas.

Solo un especialista puede diagnosticarlas con exactitud, pues estos cambios conductuales, psicológicos y físicos pueden confundirse con procesos de la adolescencia incluso si son aislados.”

En la tercera edición de Diagnostica and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III, publicado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana se dice que la ausencia de estimulación afectiva por parte de los adultos tiene un rol muy importante en la aparición de trastornos relacionados con esta carencia y se manifiesta también que 6 de cada diez niños en Estados Unidos de América padecen de algún tipo de carencia en su infancia que desencadena con algún tipo de patología en edades posteriores.

MESO:

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en un artículo publicado el 19 de Mayo del 2007: El consumo de licor se acelera, menciona:

"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 el 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 Amazonía 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%.

En la provincia de Tungurahua el 33.5% es controlado por el Municipio de Ambato mediante la creación de una Fundación que se encargue de dar tratamiento a indigentes alcohólicos que se encuentren mendigando en las calles de la ciudad, teniendo como resultado la mejora de los pacientes.

Según el Ministerio de salud Pública del Ecuador en su Informe Sobre el Sistema de Salud (2008) mental dice que el alcoholismo parte como consecuencia de grandes carencias afectivas encontradas en la infancia del individuo, los que se atienden en los centros ambulatorios de salud mental del ministerio ocupando un total del 29% del

total de pacientes atendidos, pero se considera que el numero seria más alto ya que el Ecuador no cuenta con un organismo de coordinación nacional para supervisar las campañas de educación y concientización al publico sobres salud mental y trastornos mentales.

Además añade el Ministerio de Salud Publica (2011) del Ecuador que 2 de cada 5 niños sufren de carencias afectivas dadas ya sea por abandono, migración, distintos tipos de adicciones en los padres, demasiada ocupación con respecto a sus trabajos y la crisis económica que se ha dado en el país entre otros aspectos menos importantes.

MICRO

La carencia afectiva que puede padecer una persona ya sea por condiciones socio-económicas difíciles de la familia o por falta de estimulación socio-cultural recae en relaciones interparentales conflictivas o incoherentes que lamentablemente tienen como consecuencia en el individuo un posible alcoholismo.

Según el INEC (2010) la cifra de migración de la provincia de Tungurahua es del 28%, lo que se considera también afecta en el área afectiva de los niños que han sido dejados debido a que sus padres han migrado para obtener los recursos necesarios.

Según el HERALDO en un editorial publicado en 28 de Octubre de 2009: Menos alcoholismo, menos violencia menciona:

“Es para no sólo alarmarse sino para reflexionar y actuar para no sólo frenar sino disminuir el alcoholismo en Tungurahua, en su capital Ambato, en todos sus

cantones, parroquias y hasta caseríos, y en cada comunidad, con atención firme para cada barrio, si es posible para cada manzana”

Según un estudio realizado por el Ilustre Municipio de Ambato en el mes de Mayo del año 2009.

“Las causas, razones y hechos para que sea necesario no sólo frenar sino disminuir el alcoholismo, son, señalar las más graves. Con el alcoholismo hay desinhibición de las manifestaciones de las personas como son la agresividad, la pugna por criterios y acciones y aprecios y odios. Esta desinhibición y falta de autocontrol, y por eso la disminución de los controles de pasiones y manifestaciones adversas ante las personas con las que conviven, se llega fácilmente al clima de la violencia; un 70% de los Jóvenes de 14 a 25 años consumen alcohol cada semana, un 15% lo hacen ocasionalmente y tan solo un 15% no consume alcohol”

Según el Psicoterapeuta Santiago Añazco en su página Web de Director de la Escuela de Psicología Clínica de la PUCESA menciona en su artículo: El alcohol

“Posiblemente una de las patologías dentro del campo de salud mental, el Alcoholismo se ubica privilegiadamente en un sitio alto de nuestra sociedad, vicio o enfermedad, sin duda alguna la respuesta se la encuentra en la segunda posibilidad, una compulsión por conseguir un efecto que desinhiba nuestro verdadero yo, muchas personas lo hacen para ser diferentes o simplemente para hacer “lo que todo el mundo lo hace”.

Los cuadros severos de alcoholismo no aparecen de la noche a la mañana y se someten a un proceso sistematizado, se comienza a hacer por curiosidad, luego lo hacen socialmente y por último se hace por necesidad, la ingesta de alcohol no tiene

mucha relación con la cantidad que podamos ingerir sino más bien con la necesidad de hacerlo, necesidad que la mayoría de veces está determinada por las carencias afectivas que sobrellevamos en nuestra vida.

Para los terapeutas familiares es muy común ver como el alcohol degrada y termina destruyendo relaciones y vidas y posiblemente es uno de los mayores motivos de consulta”

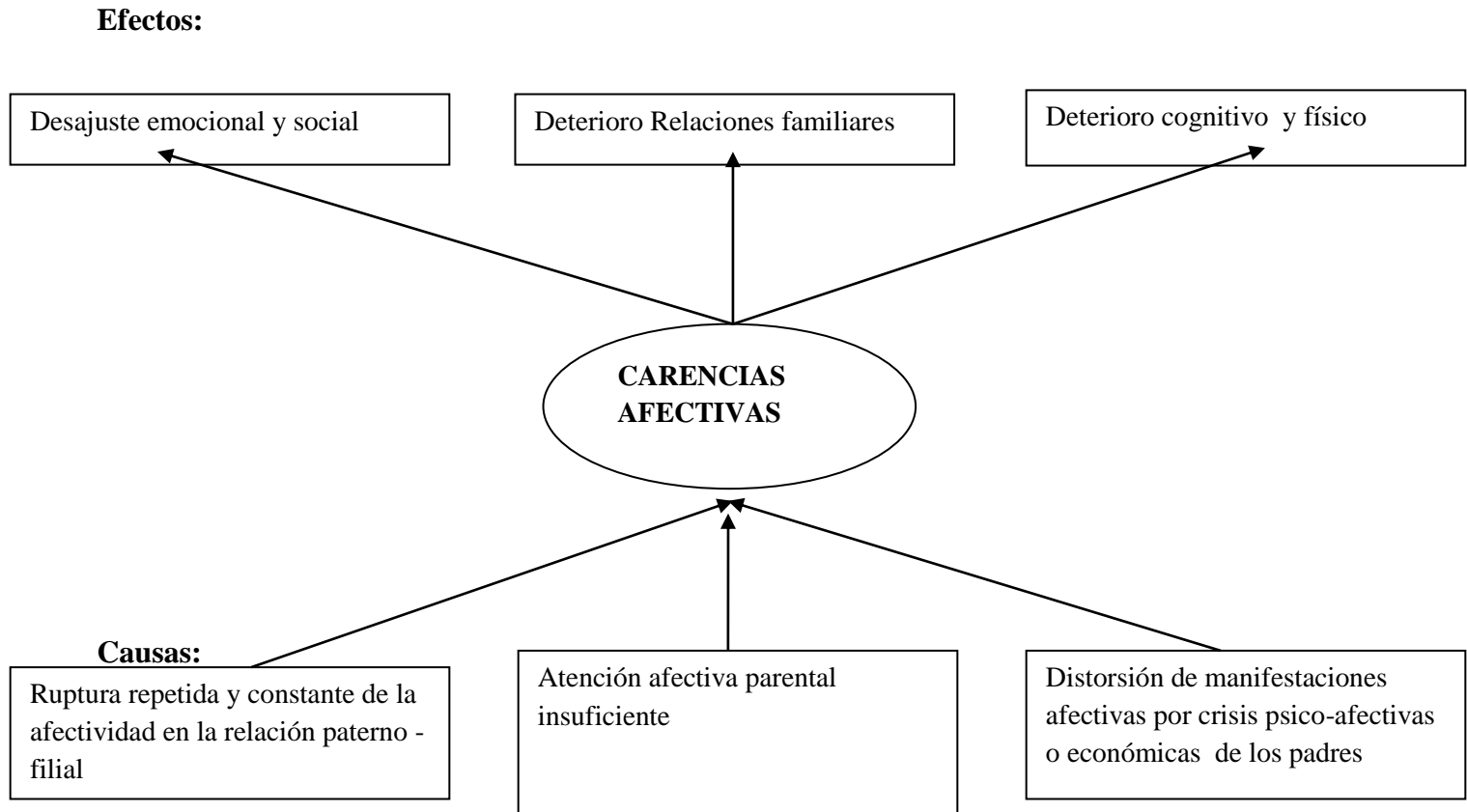


Gráfico No. 1

Fuente: Belén Gómez

Elaboración: Belén Gómez

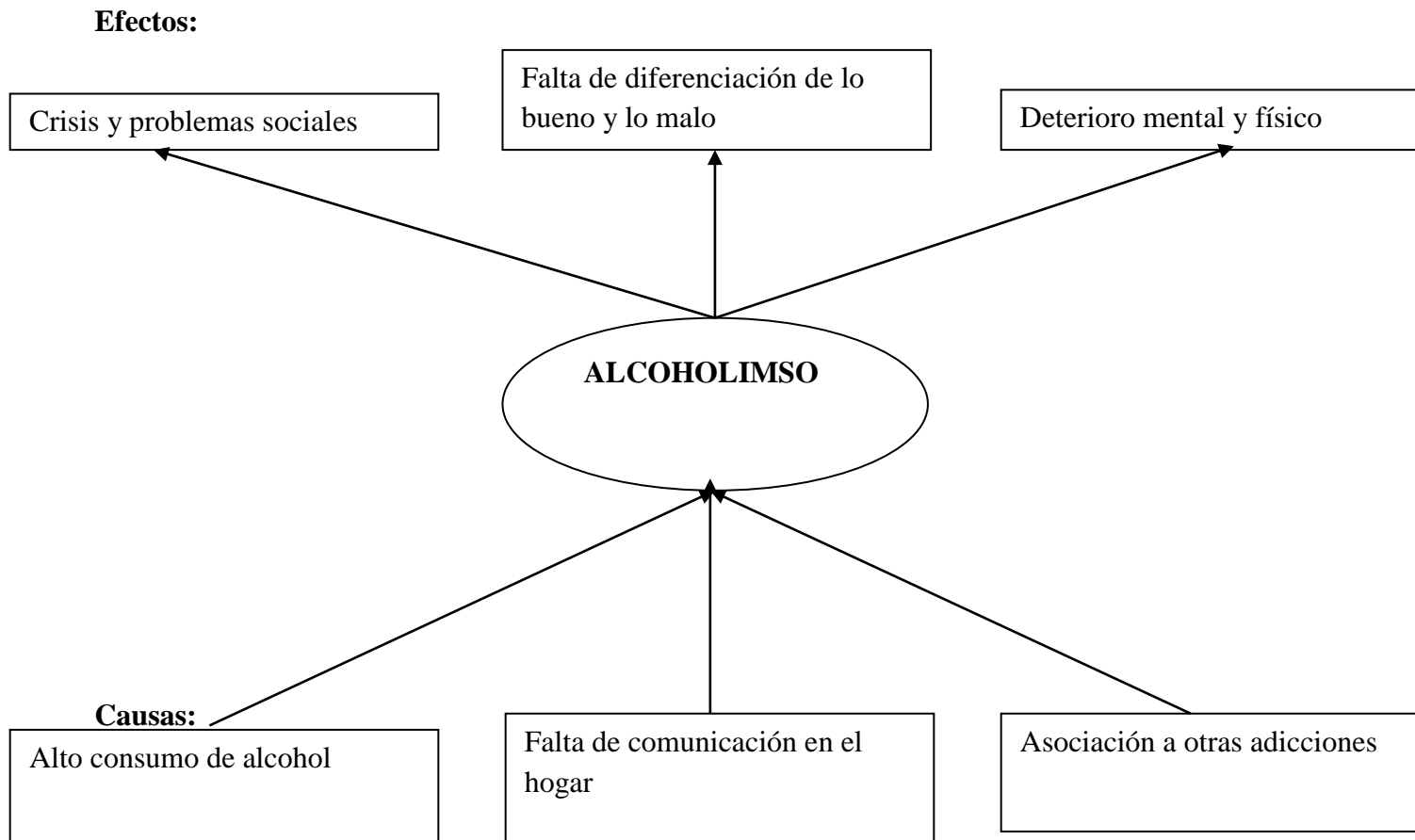


Gráfico No. 2

Fuente: Belén Gómez

Elaboración: Belén Gómez

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Al analizar si las carencias afectivas sufridas en la infancia son causas directas del alcoholismo, debemos tomar en cuenta los datos expuestos, el alcohol es visto según encuestas como una vía de escape a los problemas, problemas que tienen como principal connotación la afectividad del paciente lo que se ve directamente relacionado con las carencias de afecto en tempranas etapas de la vida.

Estas carencias son principalmente por parte de las figuras primarias de afecto como son los padres, ya sea por abandono de uno de los padres del hogar, lo cual desencadenaría un posible alcoholismo en el individuo que provocaría en sí un notable deterioro en las relaciones que este mantendrá en un futuro a nivel familiar.

La discontinuidad afectiva es uno de los aspectos que se vislumbran como causantes de un posible alcoholismo en el paciente el mismo que posteriormente tendría como consecuencia el desajuste a nivel de su esfera emocional y social, así mismo una insuficiencia afectiva en cuanto a atención parental en su infancia o negligencia en el cuidado se refiere tendría a futuro como consecuencia un deterioro significativo a nivel de relaciones familiares.

Y finalmente se analiza que una distorsión afectiva por parte de las figuras paterno filiales ya sea por dificultades socio-económicas o por interacción familiar inadecuada como por ejemplo que uno de sus padres tenga adicción por cualquier tipo de sustancia psicotrópica hará que el paciente a futuro por aprendizaje realice las mismas actividades que sus figuras paternas lo cual traerá consigo un deterioro cognitivo y físico por el consumo de alcohol.

Es por esto que se menciona que el alcoholismo se da mediante un proceso sistematizado en el cual tiene que ver mucho la historia personales de vida del ser humano, y con mayor razón la relación de sus figuras paternas que son de gran

influencia en el desarrollo de un individuo desde el mismo día de su nacimiento e incluso desde mucho antes.

Para estudiar la siguiente variable que es el alcoholismo se tomo en cuenta causas como un alto grado de personas alcohólicas lo que causa crisis y problemas sociales en los que el alcohólico esta inmiscuido lo que afecta directamente a sus familiares y entorno directo que son quienes interactúan con ellos.

Por otra parte la falta de comunicación en el hogar hace que la persona alcohólica no distinga lo bueno de lo malo ni valore el tener una familia es por esto que buscan un refugio en el alcohol que llene cierto tipo de carencias afectivas y cubra traumas originados en su niñez; en la mayoría de casos los alcohólicos son personas que provienen de hogares disfuncionales en los que al no haber tenido atención de pequeños la buscan en edades adultas.

Es muy débil el hilo que separa el alcohol de otras adicciones es por eso que la asociación a otras adicciones hace que el consumo de alcohol sea mayor e inclusive hasta bien visto al usarlo como acompañante de otro tipo de drogas que causan efectos nocivos para la persona.

1.2.3. PROGNOSIS

El alcoholismo se incrementa notablemente en nuestro país, y con mayor velocidad en nuestra provincia Tungurahua ya que esta ocupa el segundo lugar de mayor incidencia alcohólica en el país, en Ambato existen varios centros de rehabilitación para alcohólicos, la Fundación Abrazo del Padre es una de ellas, en donde su población presenta serios problemas con la adicción al alcohol, la aparente causa del

alcoholismo de muchos internos es por algún tipo de carencia afectiva ya que existen constantes quejas sobre problemas psico afectivos vividos en su niñez en su ámbito familiar.

Si estas carencias afectivas infantiles no son resueltas por el individuo y su alcoholismo no es detenido a tiempo este puede ir empeorando de forma progresiva ya que esta enfermedad atraviesa por varias fases si no es tratada a tiempo, inicia desde la fase pre-alcohólica pasando por la fase prodrómica sintomática siguiendo a la fase crucial o crítica en donde el paciente llega a perder el control de su vida en donde existe un desequilibrio total en sus esferas afectiva, social y personal, fase que si no es tratada a tiempo llega a su última instancia crónica en la cual el individuo atraviesa un deterioro físico y cognitivo irreversible en donde la hospitalización del paciente es definitiva e incluso la persona llega a perder la vida.

Las causas del alcoholismo de cada paciente tiene evidentes problemas en el área psicoafectivo y emocional, en la cual el papel que cumplen los padres afectivamente en su infancia incidió directamente en la adicción que hoy en día atraviesan.

Si los problemas de comunicación de entre niños y padres se sigue dando es muy probable que ellos busquen salida a sus problemas en el alcohol y otras sustancias que les causen placer a cambio de verse sumergidos en un mundo en el que son ignorados y sus opiniones y sentimientos no suelen ser escuchados.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo afecta la carencia afectiva infantil para ser factor incidente en el alcoholismo de los pacientes atendidos en el Centro de Acogimiento Temporal el Abrazo del Padre?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES:

¿Qué tipo de carencia afectiva provoca principalmente alcoholismo en un paciente?

¿Qué nivel de consumo de alcohol alcanzan los pacientes con más frecuencia?

¿Se podría generar una propuesta eficaz para combatir el problema?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación del contenido:

CAMPO: Familiar

ÁREA: Psicología

ASPECTO: Alcoholismo y Afectividad

1.2.6.1 Delimitación espacial:

Esta investigación se realizará con los alcohólicos que se encuentran en rehabilitación en el Centro de Acogimiento Temporal Abrazo del Padre.

1.2.6.2 Delimitación temporal:

Este problema será estudiado en el período comprendido entre Septiembre 2010 – Septiembre 2011 es decir un año.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia llevar a cabo investigaciones acerca de las carencias afectivas en pacientes alcohólicos, ya que como sabemos las figuras parentales en la niñez son realmente influyentes en el desarrollo psicoafectivo de un individuo, la evolución de la esfera afectiva y emocional influye directamente sobre el posible desarrollo de cualquier tipo de dependencia, o adicciones ya que un niño que atraviese una carencia afectiva puede ser en un futuro no muy lejano un potencial dependiente tanto como del alcohol como de estupefacientes o de igual manera puede transformar su carencia en una necesidad constante y dependiente de afecto.

El problema fue interesante y a la vez original ya que existe bibliografía sobre lo que es una carencia afectiva pero no existe suficiente material bibliográfico sobre lo que las carencia afectivas infantiles pueden causar a un individuo, como en este caso es el alcoholismo, carencias que deben ser tratadas a tiempo para poder acabar con la causa del problema, ya que la adicción al alcohol como es de conocimiento de todos es una enfermedad que puede llevar al individuo a la total pérdida de control sobre su vida e incluso a la muerte.

Fue factible realizar la investigación ya que la Fundación Abrazo del Padre fué el lugar donde encontró cautiva la población con la cual se trabajó y se llevó a cabo la presente investigación, los pacientes alcohólicos fueron los beneficiarios directos de este trabajo, y sus familiares y la sociedad fueron los beneficiarios indirectos de la misma, ya que esta investigación aportó al conocimiento de las causas del alcoholismo lo cual fue de vital relevancia para su correcto tratamiento, teniendo como efecto la inserción del paciente tanto a su familia como a la sociedad retornando el equilibrio saludable a su vida.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Indagar si las carencias afectivas infantiles son lo que incide directamente sobre el alcoholismo de los pacientes tendidos en la Fundación Abrazo del Padre

1.4.2 Objetivos Específicos

Analizar qué tipo de carencias afectivas infantiles principalmente percibieron los pacientes alcohólicos

Indagar el nivel de alcoholismo alcanzado en los pacientes

Generara una propuesta psicológica eficaz para combatir el alcoholismo de los pacientes

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas

En la Universidad Técnica de Ambato se han realizado tesis relacionadas con las variables Alcoholismo y Carencia Afectiva como:

Núñez Lorena, “Alcoholismo y sus efectos sobre las relaciones familiares”, investigación que llega a la conclusión de que la mayoría de individuos investigados vienen de hogares desorganizados, y que además de esto el alcohol afecta de forma negativa a las relaciones dentro del núcleo familiar ya que las relaciones afectivas se tornan deficientes, al punto de llegar a una difícil comunicación en la pareja.

En la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

Pinto Angélica, “Consecuencias que genera el consumo de bebidas alcohólicas”, menciona “El alcoholismo es la consecuencia del consumo abusivo del alcohol y se produce una dependencia física tan importante que el organismo no es capaz de vivir sin el alcohol, y en el caso de no tomarlo, la persona entra en un delirio, llamado delirium tremens, donde se producen alucinaciones en las que la persona ve monstruos, bichos, que le recorren su cuerpo o que están en su cuarto, en los casos graves, la persona puede llegar a morir, por eso es necesaria la atención médica en el caso de que una persona con adicción deje el alcohol.”

Barragán Vanessa, “Factores asociados a la presencia del consumo de alcohol”, refiere que los estudiantes presentaron un bajo riesgo de consumo o de abstinencia y manifestaron principalmente consumirlo para combatir el ocio; el 65,5% de los estudiantes encuestados presentó nivel de riesgo de consumo de alcohol en la zona I, es decir, consumo de bajo riesgo o abstinencia y solo es necesario realizar una

intervención de educación. El ser hombre, la alta frecuencia de consumo de cigarrillo, el número de personas que viven en el hogar que consumen alcohol y el promedio académico, logran explicar el 39,4% de la variabilidad de la probabilidad de tener alto riesgo de consumo de alcohol, el 60,6% restante es explicado por variables no incluidas en el modelo o por el azar.

Duetas Luis Felipe, “conflictos en la relación madre-hijo y carencias afectivas”, concluye que para materner se requiere de una alta capacidad de entrega, de discernimiento entre las propias vivencias y las de los hijos, de conciencia de las diferencias entre éstos y sus distintas necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Y, aun así, se transitará siempre por situaciones donde por un lado estarán los juicios de valor cultural que nos indican cómo se es una buena madre y por el otro nuestra naturaleza humana, nuestros problemas y contradicciones, nuestros sentimientos.

2.2 Fundamentación

2.2.1 Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación sobre el alcoholismo y las carencias afectivas que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución para el alcoholismo de los pacientes, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad en relación a la temática.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos.

La investigación está comprendida con los seres humanos y su crecimiento familiar.

2.2.2 Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto llevará a un cambio de la visión social sobre el alcoholismo y sus causas

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

2.2.3 Ontológica

Este trabajo se fundamentó en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

Un ser que experimente altos niveles de intoxicación alcohólica no puede tener una formación de valores por lo que es necesario que su realidad tenga un cambio proactivo para sí mismo.

El tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

La familia, la escuela, la sociedad, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

2.2.4 Axiológica

El desarrollo integral del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que se forme su carácter y personalidad y se esté en capacidad de administrar su vida acertadamente.

Para que el paciente alcohólico pueda administrar su vida acertadamente este debe tomar conciencia de su actual enfermedad y de las causas de la misma, para que así mejore su visión de su problema.

2.2.5 Sociológica

La investigación se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas, que se considera como un proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro de un marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y escolar.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados,

creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas.

La existencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la globalización de las manifestaciones culturales, sociales y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia – aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora.

2.2.6 Psicológica

La investigación se fundamenta con la corriente Cognitiva Conductual en la que se tiene un análisis comprensivo de los principios que gobiernan el desarrollo el mantenimiento y la modificación de la conducta humana pudiendo explicar las conductas anormales con principios de condicionamiento y yendo aun mas allá para enfatizar los procesos simbólicos de la conducta; se trabaja con una relación con estímulos condicionados y no condicionados; siendo esta relación considerada como una expectativa aprendida.

Para el aprendizaje cognitivo social el aprendizaje de beber alcohol se relaciona con el proceso de socialización en la cultura Latinoamericana en especial los jóvenes; a pesar de esto no se encuentra razón suficiente en la socialización el excesivo consumo de alcohol.

Existen también diferencias individuales y factores que pueden llegar a predisponer al individuo los que sumados a los agentes socializadores pueden iniciar un patrón de consumo alto de alcohol, siendo así que los factores predisponentes interactúan con la demanda social y la incapacidad de afrontar y rechazar el consumo

Si el nivel de consumo aumenta y se mantiene a lo largo del tiempo, el riesgo de desarrollar la dependencia física y psicológica aumenta, y en este punto, el consumo de alcohol puede ser reforzado negativamente mediante la evitación de los síntomas de abstinencia.

Las consecuencias individuales y sociales de la bebida pueden incrementar el estrés y producir un círculo de interacciones negativas entre la persona y el medio en el que se encuentra.

En general, parece que las habilidades de afrontamiento en los acontecimientos de cada día y las formas específicas de habilidades de autocontrol se requieren para manejar la bebida de forma adecuada.

2.2.7. Fundamentación Legal

Según la Constitución Política del Ecuador (2008) y enfocado a la salud mental y garantías del que el estado presta para sus ciudadanos se tienen las siguientes:

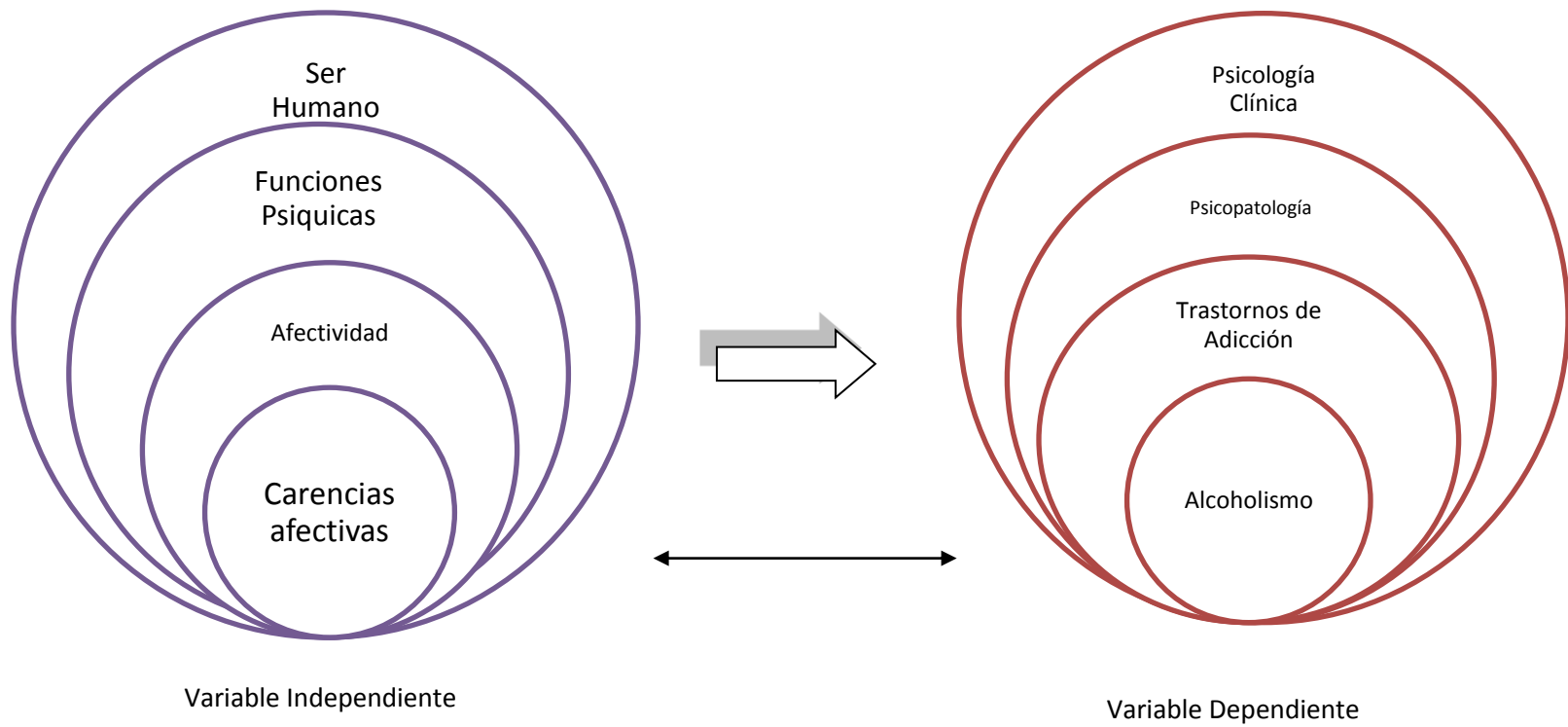
Art. 363.- El Estado será responsable de:

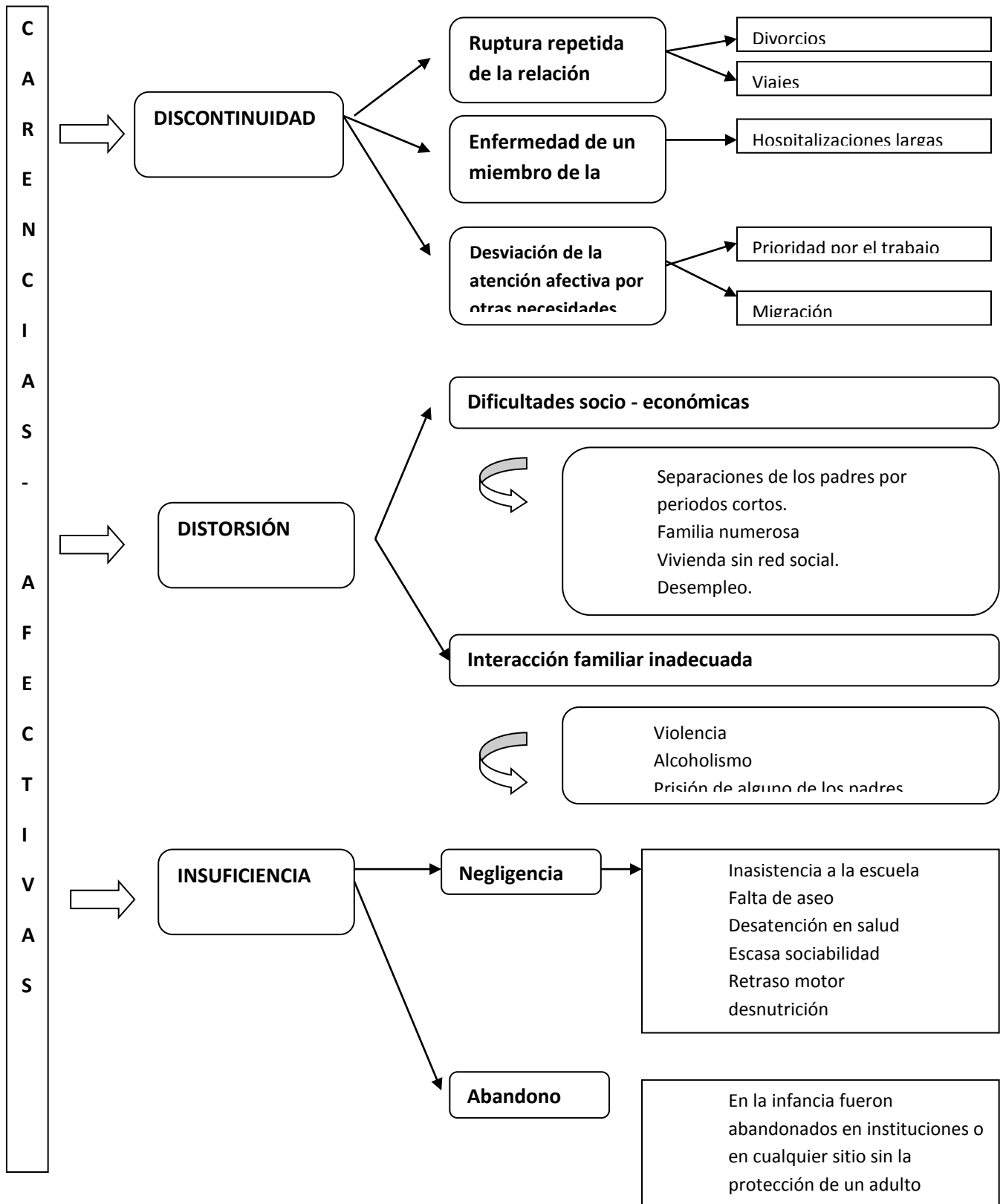
1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

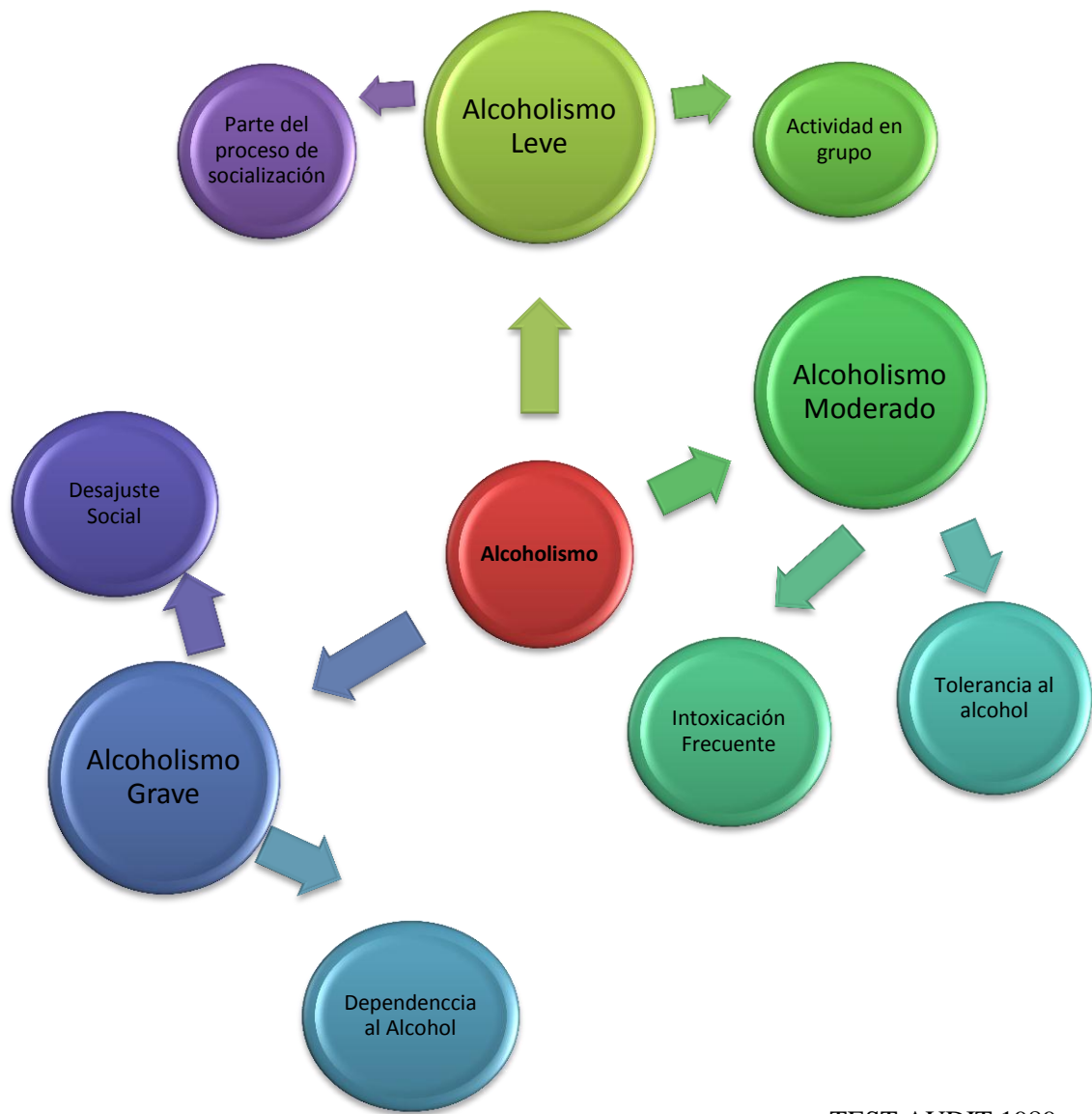
El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

2.3 CATEGORIAS FUNDAMENTALES:





Spitz, Bowlby (1962)



TEST AUDIT 1989

2.4 Fundamentación Teórica

Variable independiente

2.4.1 El Ser Humano

Para PASTEMOC (2007) en su libro *Psicología General*; El Ser Humano es considerado como un ser que abarca la realidad física, química y espiritual gozando de características que pueden hacerlo único teniendo cualidades que lo diferencian y distinguen de los demás, se considera que el ser humano es un ser social por naturaleza que se puede distinguir de los animales por su uso de la razón y la inteligencia.

El ser humano es único, una unidad bio psico social existente en el orden material de la naturaleza, ha sido producto de cambios, este resultado a desarrollado a la actividad psíquica y junto a esta la existencia social. Ningún ser humano podría vivir aislado ya que debe cumplir necesidades biológicas y para ser parte de lo social, como la formación de una familia, trabajo, estudios, amistades, etc.

Es una recopilación empezando por lo biológico en un proceso vital, también de principios, valores, su histórico social.

De lo que se puede decir que el Ser Humano es un ente que funciona a través de procesos vitales que son fundamentales para él; también es capaz de sentir y pensar lo que para la psicología es muy importante puesto que se parte de esto para poder estudiarlo, saber cuáles fueron sus problemas en la infancia y los posibles traumas que este puede desarrollar debido a estos.

El Ser Humano es el objetivo principal para la psicología actual y lo que más importancia tiene son las situaciones encontradas en su mente las mismas que pueden ser analizadas y tratadas a fin de que tenga una mejor calidad de vida.

2.4.2 Funciones Psíquicas:

Según De Fonseca (2009) en su libro Manual de Observación Psicomotriz; Las funciones psíquicas son sistemas funcionales organizados complejamente, sociales por su procedencia, cuya localización presupone su amplia distribución dinámica por toda la corteza cerebral. Por ello se puede suponer que la base material de los procesos mentales superiores es todo el cerebro en conjunto, el cerebro como sistema altamente diferenciado, cuyas partes garantizan los diversos aspectos del todo únicos. Las funciones psíquicas superiores constituyen complejos procesos autor regulados, sociales por su origen, mediatizados por su estructura, conscientes y voluntarios por el modo de su funcionamiento. Las funciones psíquicas superiores sólo pueden existir gracias a la interacción de estructuras cerebrales altamente diferenciadas, cada una de las cuales hacen un aporte específico propio al todo dinámico y participa en el funcionamiento del sistema, cumpliendo funciones propias. La variación estructural de las funciones psíquicas superiores en las distintas etapas del desarrollo ontogenético, significa que su organización cortical no permanece invariable, y que las distintas etapas se realizan por constelaciones de zonas corticales diferentes.

Principales Funciones Psíquicas:

Percepción: Es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno, aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre es atribuido a una variedad de fenómenos.

Memoria: Cuando hablamos de la memoria nos referimos a la capacidad de ingresar, de registrar, de almacenar y de recuperación de información del cerebro, ya sean valores como también recuerdos visuales o auditivos, básico en el aprendizaje y en el pensamiento. Función psíquica que consiste en fijar, conservar, reproducir, reconocer

y localizar estados de conciencia adquiridos anteriormente. Algunos investigadores sugieren que la memoria se sitúa en localizaciones específicas, y otro que la memoria implica a amplias regiones cerebrales que funcionan en conjunto.

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Conciencia. Estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona.

Inteligencia. En líneas generales, capacidad mental para entender, recordar y emplear de un modo práctico y constructivo, los conocimientos en situaciones nuevas. la capacidad global que posee la persona, para resolver los problemas de diversa índole que la vida le plantea al hombre en su contexto existencial

2.4.3 Afectividad dentro del Sistema Familiar:

Según Minuchin “cada sistema familiar encierra un número de subsistemas. Cada individuo de la familia es un subsistema de esa familia. Las diferencias de edad crean subsistemas familiares, los adultos de la familia constituyen un subsistema, los niños otro”. Al hablar del subsistema de los niños se conoce que de la interacción de la familia con los infantes en los primeros años de vida es de vital importancia para los mismos ya que de esto depende su desarrollo afectivo y psíquico.

Para Jean Piaget “la afectividad y la inteligencia son fenómenos paralelos y entrelazados. Durante la infancia, la conjunción de los sujetos afectivo y cognoscitivo conforma el sujeto social”

En el libro “La afectividad en el niño” de Alonso María Teresa, se describe que Piaget concibe el correcto desarrollo del individuo como una combinación de los siguientes elementos:

La maduración del sistema nervioso

La experiencia que supone la interacción con el mundo físico, la actividad, la acción

La transmisión social, el cuidado y la educación que influyen en la experiencia del individuo

El equilibrio, es decir, la autorregulación

La familia en especial los padres o aquellos responsables del cuidado de los niños en caso de que no se cuente con los padres están directamente comprometidos al desarrollo del niño en cuanto a los incentivos de la interacción del sujeto con el mundo físico ya que son los encargados de introducir al infante al mundo, son aquellos encargados de la interacción social del niño la actividad y la acción como se menciono anteriormente, esto conlleva consigo la transmisión social de padres a hijos la educación y el cuidado que debe ser proporcionado para un correcto desarrollo.

El equilibrio emocional y la afectividad del niño va aumentando y mejorando con el transcurso del tiempo según los padres mantienen las pautas de socialización entre sí, incluso el equilibrio emocional o autorregulación va aumentando con la edad y con el vinculo afectivo proactivo que mantiene el niño con los padres.

Según Piaget los padres son los pilares fundamentales para el desarrollo de la moral, autonomía y afectividad del niño. La formación moral del niño se enlaza según este autor con el proceso de socialización, una de las metas del desarrollo es el logro de la autonomía, la cual se alcanza teóricamente hacia los 11 o 12 años; pero en la edad preescolar el niño se inicia ya en la participación. La autonomía es un proceso de educación social que enseña al individuo a colaborar con los demás y a respetar reglas sociales, así como favorecer el desarrollo de la personalidad.

Según el pensamiento piagetiano, la autonomía se construye en estrecho contacto con la interacción social, en donde entendemos que para un infante la principal fuente de socialización son en primero lugar sus padres y después sus compañeros. Los

instrumentos que esta interacción le ofrece influyen en sus relaciones familiares y sociales especialmente influye al mismo niño y su desarrollo.

Para Abraham Maslow las principales necesidades para el infante y para el ser humano en general se analiza tres necesidades que influyen directamente con el desarrollo del niño:

Las necesidades físicas: el alimento, el calor, el sueño, el aire, la higiene son necesidades que deben satisfacerse para que el organismo conserve la salud y la vida. Cuando están satisfechas, surgen otras; esta emergencia continua de necesidades ayuda al ser a crecer, a tener energía.

Las necesidades sociales: es básica la necesidad de pertenencia a un grupo: la familia, los amigos, la comunidad. A su vez, los grupos sociales han creado una serie de necesidades entre las que se encuentran las de vivienda, vestido, servicios entre otros.

2.4.4 Carencias Afectivas:

La carencia de satisfactores, como los anteriormente expuestos trae consigo problemas psicológicos y sociales. Es entendible que el niño en sus primeros años de vida busque la compañía de su padre y su madre principalmente, ya que estos representan las figuras protectoras, el hecho de que una de estas figuras este ausente puede causar gran conflicto psíquico para el niño lo cual se verá reflejado en el desarrollo de su personalidad y actitudes en la vida adulta

Las necesidades afectivas: es netamente esencial satisfacer las necesidades afectivas para lograr un desarrollo armónico e integral. El ser humano necesita afecto, amor, atención, protección, comprensión, aceptación, respeto, reconocimiento en la niñez en especial de los padres y familiares y valorización, desde la lactancia hasta a senectud, el amor tiene una importancia primordial.

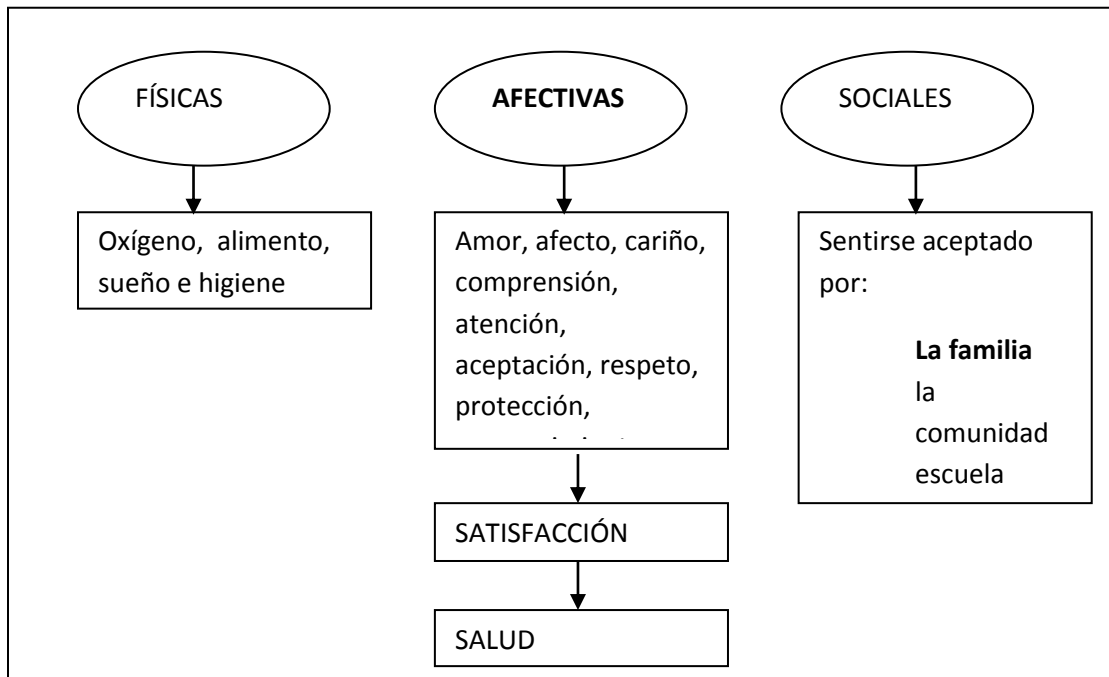
Según lo que Maslow afirma es que esta necesidad implica tanto dar amor como recibirlo. Una persona que no ha recibido amor no es capaz de darlo. Un individuo que en su vida temprana no recibió la atención necesaria de sus padres y el amor que todo ser necesita en su edad adulta no va a ser capaz de mostrar amor por nadie ni siquiera por sí mismo, lo cual lo predispone a hacer cosas perjudiciales hacia sí mismo sin tomar conciencia alguna de sus actos. Cuando la familia satisface las necesidades afectivas del niño puede predecirse que será una persona segura de sí misma, armónica, confiada; en un caso contrario, será un ser inseguro, agresivo con los demás y consigo mismo, desconfiado porque la ausencia de amor impide la expansión de la personalidad, a la falta de amor en la niñez la llamaremos carencia afectiva, la misma que como entendemos causa profundo daño físico y psíquico al ser, desde su infancia hasta su senectud.

Un niño necesita un medio estable y tranquilo incluso rutinario, un mundo que les brinde protección, donde disfruten de la libertad de acción. De acuerdo con Wallon, el medio familiar proporciona seguridad al niño siempre y cuando se satisfagan las necesidades principales del mismo.

El respeto al niño es básico para su desarrollo individual y para que aprenda a respetar a los demás, a ser independiente, libre hasta donde su libertad no afecte a otros, un niño que sabe que es respetado por sus padres y familiares creará un respeto mutuo según Piaget. El reconocimiento y la aceptación por parte de los demás favorecen la autoestima, la cual alimenta la seguridad, la creatividad y la autovaloración; cuando esto no ocurre el individuo se siente minimizado, frustrado, incapaz de desarrollar su propio potencial.

Entendemos que el niño es como una semilla que debe ser regada por sus padres, si los padres no cumplen con sus roles y no satisfacen las necesidades afectivas del niño principalmente este se convertirá a futuro en un ser inseguro proclive a fracasar.

Las necesidades de un niño según Maslow se resumen así:



Cuadro N.- 1

Fuente: Abraham Maslow “Necesidades básicas del hombre”.

Elaboración: Belén Gómez

Como podemos observar en la grafica anterior las necesidades afectivas son las más demandantes y a mi modo de pensar son las más importantes de satisfacer durante el desarrollo infantil de un individuo, hemos podido apreciar historias de personas que han sobresalido entre los demás a pesar de haber llevado vidas muy humildes donde su estatus económico no los favorecía siendo sus necesidades físicas y sociales satisfechas de forma mínima o nula, supieron desarrollar una gran personalidad autonomía, respeto por sí mismos y deseo de superación gracias a el amor y aceptación que les brindaron sus principales figuras de apego: sus padres.

La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra un niño que ha sufrido o sufre la privación de la relación con su madre, o de un sustituto materno, y que padece el déficit de atención afectiva necesaria en la edad temprana. La carencia afectiva o las alteraciones por carencia relacional se refieren a aquellas situaciones en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor, en cualquier circunstancia cualquier persona puede sentir no haber amado lo suficiente o no haber sido amado de forma adecuada. La carencia puede manifestarse cualitativamente de distintas formas y a través de diversas modalidades, sea por negligencia y abandono o bien por situaciones de ruptura debido a sucesivas y repetidas hospitalizaciones, separación de los padres, etc.

La ausencia grave de estimulación afectiva por parte de los adultos que juegan un rol relacional afectivo importante provoca la aparición de trastornos no tan solo de la maduración sino también síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales. La aparición de la clínica o bien la afectación madurativa del niño es lo que pone de manifiesto el carácter grave e intenso de la carencia afectiva. El término de "carencia afectiva", señala tanto la causa (déficit de estimulación afectivo-maternal) como la consecuencia (clínica somática, afectiva y conductual con retraso en la maduración afectiva del niño)

La carencia afectiva se caracteriza por producir en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva maternal como si lo ha sentido como tal. Permanece en un cierto estado de búsqueda afectiva, de necesidad de saturación, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro.

Etiología de las Carencias Afectivas

Las causas iniciales del síndrome de abandono pueden depender de la constitución psico-orgánica del niño, de la actitud afectiva de los padres o de abandonos traumáticos según Guex.

La constitución del niño: el niño puede presentar predisposiciones psíquicas u orgánicas.

Predisposiciones psíquicas: personalidad con una gran necesidad afectiva por encima de otras necesidades; las personas próximas no reciben, a menudo, esta intensa posesividad del niño: intolerancia a la frustración, a la ausencia, al compartir; tendencia a la ansiedad a la inseguridad afectiva.

Predisposiciones orgánicas: trastornos digestivos (vómitos, diarreas); fragilidad física general que justifican engancharse al entorno de reclamarle compensaciones afectivas la inseguridad física permite que se desarrolle la inseguridad afectiva.

La actitud afectiva con los padres en cuanto a la relación con los mismos puede ser la fuente de privación afectiva para el niño.

2.4.5 Tipos de Carencia Afectiva.-

Pueden considerarse distintas formas de carencia en cuidados maternos según las características relacionales entre la madre o el sustituto materno y el niño:

2.4.5.1 Discontinuidad:

La carencia por discontinuidad aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre la madre o sustituto materno y el niño, ligada a cambios cualitativos en esta relación, por motivos diversos a pesar de que la misma persona

sea la que sigue atendiendo al niño físicamente (enfermedad súbita de la madre, desviación de la atención afectiva por la irrupción de otras necesidades en el seno de la familia, etc.).

La separación de la figura materna y del niño es un acontecimiento posible en las condiciones actuales de vida (hospitalización, divorcio, trabajo, viajes, etc.). La separación no es necesariamente generadora de carencia afectiva, pero puede eventualmente serlo si esta se repite o no está suficientemente prevista, pues el niño no puede tener una relación satisfactoria con un sustituto materno a lo largo de una separación relativamente larga.

El período crítico de la separación es en el momento en que el niño distingue a su madre de los extraños y se une a ella (Spitz: 8 meses) y en el momento en que mantiene la unión con su madre aun estando lejos de ella (Spitz: 18 meses); algunos autores sitúan este período entre 6 meses y 2 o 3 años (Bowlby) y, un límite de hasta 4 o 5 años.

2.4.5.2 Insuficiencia:

Aparece este tipo de carencia, en el caso de negligencia manifiesta, es más frecuente en instituciones de asistencia o en el hospital. El niño no encuentra un sustituto maternal adecuado o recibe una modernización totalmente insuficiente y por ello no tiene posibilidades de interacción adecuada con una figura maternal.

2.4.5.3 Distorsión:

El niño vive con su madre o un sustituto materno pero no tiene posibilidad de interacción adecuada con ella. No recibe los cuidados adecuados.

La carencia por distorsión no es debida necesariamente a la ausencia o separación de los padres, sino por un investimento afectivo superficial y por una alternancia de dependencia extrema y hostilidad abierta e intensa.

Características de la Carencia por Distorsión

Las situaciones de carencia por distorsión presentan diferentes características.

1) El niño que crece en una familia con problemas, no es nunca investido por los demás como objeto distinto, pero a menudo, sirve de soporte afectivo a los padres que lo necesitan para definirse como individuos. El niño responde a las necesidades cambiantes y pasajeras de los padres: tanto es reabsorbido y apropiado, como dejado y abandonado. El no puede desarrollar, pues, una autoestima, un sentimiento de validación personal. Cuando el niño se convierte en adulto tendrá una capacidad parental limitada porque no habrá interiorizado una imagen parental válida, ya que nunca ha sido hijo.

2) El niño vive en un universo sin puntos de referencia precisos ni estables; el sentido de las cosas es fluctuante, vago, incoherente. Como el niño no ha sido un objeto de deseo significativo para los demás, los acontecimientos no tienen una significación continua. Los términos opuestos tales como amor/odio, presencia/ausencia, falta/satisfacción se confunden (clivaje): los adultos se quieren y se pelean, día a día, sin razón aparente. Los puntos de referencia fallan y la función psíquica, sobretodo se afecta la capacidad de simbolización.

3) Los niños y los adolescentes muestran, a menudo, un funcionamiento que en algunos aspectos recuerda al del niño límite (Bergeret, Kernberg). Está escondido por una adaptación aparente, un aparente conformismo social (ser como todo el mundo), produciéndose el paso al acto agresivo o depresión (trastornos del comportamiento, delincuencia, violencia verbal, amenazas suicidas). La personalidad del niño carencial

no se estructura realmente en la línea neurótica o psicótica, pero la vida interior es pobre, las relaciones interpersonales son superficiales; los procesos mentales están mal organizados, mal definidos.

Cuadro clínico

Signos y Síntomas de la Carencia afectiva

Síntomas afectivos: la relación con los demás está alterada

a) Angustia de separación o por abandono: el niño con carencia afectiva teme que los otros le retiren su afecto; tiene la impresión de que le falta algo fundamental, indefinible: no quiere establecer lazos afectivos por temor a perder de nuevo el objeto de amor; él es sensible a cualquier situación susceptible de abandono. El sujeto toma medidas de protección ante el abandono, ya sea sometiéndose al otro (evita cualquier desacuerdo o reafirmación de sí mismo), ya sea rehusando el afecto o separándose prematuramente (el abandona para no ser abandonado, el destruye para no ser destruido)

b) Avidéz afectiva: el niño carencial exige sin límites: el no estima plenamente, pero reivindica constantemente, incluso tiraniza; exige no solo ser entendido sino también adivinado; duda de las intenciones de los demás y entiende siempre los hechos de manera ambigua; exige pruebas tangibles de afecto (regalos, gestos, palabras, etc.). No puede creer en el afecto de alguien que no lo manifieste constantemente: no se lo cree, no perdona la espera, la ausencia. Todo tiene un sentido, no existe el azar; no concibe que el otro pueda existir fuera de la relación con él: siempre siente una falta, un vacío importante.

c) Agresividad reactiva: la avidéz afectiva es tan masiva, el temor a la pérdida del objeto amoroso es tan intenso que todo se presta a la reivindicación que todo le parece una amenaza de frustración. El sujeto hace pagar a los demás sus sufrimientos pasados (reales o imaginarios) de mil maneras. Somete constantemente a prueba el

afecto de los demás: lo rechaza esperando que el insistirá, actitudes de dureza, palabras o gestos hirientes para saber hasta qué punto es estimado. La carencia afectiva somete a prueba hasta provocar la ruptura.

d) Actitud pasiva: el niño carencial se deja querer (como un niño por su madre), pero él no quiere; él es incapaz de darse. Se ha quedado en el estadio receptivo y captativo que recuerda la pasividad afectiva; es egocéntrico y quiere ser querido; es pasivo y dependiente, esperando recibir de los demás.

e) Sentimientos de desvalorización o baja autoestima: el niño carencial niega su valía, se considera como un fracasado, se destruye psíquicamente, se desprecia a sí mismo; se complace en el masoquismo de considerarse desgraciado, es una forma de culpabilizar a la madre o padre de su falta de afecto. Su autoestima es baja: el niño duda de si mismo en cuanto a despertar afecto o simpatía (nadie me quiere; no soy amable, lo que me ocurra no le preocupa a nadie), por lo que tiene una importante inseguridad: sentimiento obsesivo de exclusión, de no estar en ningún lugar, de molestar o estar demás.

f) Intolerancia a las frustraciones: Las prohibiciones o las privaciones impuestas por los demás son vividas como agresiones, injusticias. El niño carencial tiene dificultades para aceptar que en la realidad hay límites. Ciertas frustraciones son particularmente mal toleradas, tales como la ausencia temporal del ser amado, la privación de un plato deseado o el rechazo de permisos o libertades; el sujeto establece una equivalencia entre la persona amada, la comida y los regalos. Las prohibiciones son intolerables ya que son vividas como algo pasajero en un universo globalmente gratificante, pero que atenta a la integridad del sujeto, como signo evidente de ser rechazado.

Síntomas somáticos:

a) Retardo estato-ponderal: el niño carencial puede presentar, sobre todo en el caso de una importante hipo estimulación afectiva, un retardo en el crecimiento físico que lo sitúa significativamente por debajo de la media de su edad. El sentimiento de abandono y tristeza explica que el niño tenga menor interés por la comida y que este insuficientemente alimentado, no sintiéndose investido afectivamente por los padres nutridores. El retardo estato-ponderal no se explica solo por una carencia alimentaria sino por la pobreza afectiva en la relación durante la alimentación.

b) Propensión a enfermedades y accidentes: el niño carencial puede presentar menores resistencias a las infecciones dado que los mecanismos de defensa inmunológicos están menos desarrollados. Por ello, el sentimiento de responsabilidad hacia su cuerpo no está muy desarrollado, es más negligente y puede, pues, contraer más fácilmente ciertas enfermedades o ser víctima de pequeños accidentes.

c) Alteración del esquema corporal : la integración de las diversas sensaciones corporales (cenestésicas) son defectuosas en general; la carencia afectiva no permite desarrollar una imagen corporal armónicamente organizada, integrada; se observan principalmente dificultades de la coordinación motora (por ejemplo en los deportes), una torpeza motriz global, síntomas de hiperactividad. La integración sensorio-motriz es insuficiente

Síntomas cognitivos

a) Retardo intelectual: el niño carencial muestra normalmente un retardo intelectual con un CI inferior a la media. Este retardo intelectual es debido a la falta de estimulación socio-cultural durante la primera infancia (antes de los seis años). La inteligencia lenta o límite conlleva normalmente trastornos en el aprendizaje o déficit de rendimiento escolar.

b) Trastornos del lenguaje: el niño carencial muestra normalmente un retardo en el desarrollo del lenguaje, así como trastornos más específicos (trastornos en la articulación, retardo en el inicio de la palabra (del lenguaje). El sujeto descuida la esfera de la verbalización en beneficio de la esfera de la acción; el vocabulario y la comunicación son pobres. Por ello, la prueba de inteligencia muestra un desajuste entre la parte verbal (CIV) en la que demuestran las bajas capacidades de generalización y abstracción, y la parte no verbal (CINV) en la que demuestran un pensamiento concreto y práctico suficiente. Las capacidades de mentalización están restringidas, mientras que el paso al acto está facilitado.

c) Desorientación temporal: el niño carencial difícilmente puede valorar el tiempo de una forma objetiva: considera los momentos agradables como demasiado cortos y los momentos desagradables como muy largos. Por ello, no puede llegar a construir una historia con un pasado y un futuro; tiene dificultades en situar en el tiempo las fechas importantes de su vida, o de acordarse de acontecimientos significativos que lo han marcado; también tiene dificultades en anticiparse al devenir y hacer proyectos realistas.

Efectos de la ruptura de un vínculo afectivo en la etapa infantil

La vinculación afectiva es el resultado del comportamiento social de cada individuo, el rasgo esencial de la vinculación afectiva consiste en que los dos participantes tienden a permanecer en mutua proximidad. Para Bowlby los vínculos afectivos y los estados subjetivos de intensa emoción tienden a ir juntos, así pues, muchas de las intensas emociones humanas surgen durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de lazos afectivos; los cuales, por tal motivo, son designados como vínculos emocionales. Respecto a la experiencia subjetiva la formación de un vínculo como amar a alguien y luego perderla crea ansiedad ante la pérdida afectiva, pena; ira. Por último, el mantenimiento firme de un vínculo es experimentado como una fuente de seguridad y la renovación de un vínculo como generadora de alegría.

Al considerar las posibles causas del trastorno psicológico o psiquiátrico en la infancia, los psiquiatras infantiles advirtieron muy pronto que aquellos antecedentes que presentaban una incidencia más importante eran, o bien una ausencia de la oportunidad para establecer vínculos afectivos, o bien prolongadas y quizá repetidas rupturas de vínculos ya establecidos según Bowlby.

Se ha observado en reiteradas ocasiones dos síndromes psicológicos que están asociados a la inadecuada formación de vínculos en la niñez con las figuras paternas o en sí la ruptura del mismo, los síndromes son:

El psicópata (o sociópata) es aquel que, aun no siendo psicótico o subnormal, incurre persistentemente en:

Actos contra la sociedad, por ejemplo crímenes;

Actos contra la familia, por ejemplo negligencia, crueldad, promiscuidad sexual o perversión;

Actos contra sí mismo, por ejemplo: **todo tipo de adicciones a drogas o alcohol** suicidio o tentativa de suicidio absentismo laboral reiterado.

Para Bowlby en estas personas la capacidad para establecer y mantener vínculos afectivos está siempre trastornada y en no pocos casos destaca su ausencia. Es frecuente que la infancia de estos individuos haya estado profundamente alterada por el fallecimiento, divorcio o separación de los padres, o bien por otros acontecimientos que dieron lugar a ruptura de vínculos, con una incidencia de tales alteraciones mucho más elevada que la que se encuentra en cualquier otro grupo comparable, ya correspondiente a la población general, o bien a casos psiquiátricos de otra índole.

Variable Dependiente

Alcoholismo en pacientes

2.4.6 Psicología Clínica:

La Psicología General como sabemos explora los principios generales de la psicología. Presenta la historia de la psicología, el desarrollo humano los sentimientos y emociones, dentro de esta se encuentra la rama de la Psicología clínica, que trata de resolver los problemas y los síntomas que los individuos enfrentan, entre los síntomas psicológicos que atiende se encuentra el Alcoholismo y los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, para esto la psicología clínica maneja un tratamiento para el mismo, la naturaleza del tratamiento depende de la gravedad del problema de alcoholismo de la persona y de los recursos que estén disponibles en su comunidad.

Según Friedrich Dorsch en su Diccionario de Psicología menciona “la palabra psicología se deriva de la palabra “psyche” figura mitológica griega y al mismo tiempo, ánimo. Existen conceptos muy diferentes sobre lo que es la psicología como ciencia natural, sin embargo entre las escuelas encontramos un punto de concordancia que es: considerar a la Psicología como una ciencia empírica que se ocupa de las actividades mentales y de la conducta objetiva (Harriman).

El ser humano aparece como un objeto de las investigaciones de laboratorio como un mecanismo cuya función se observa, mide, establece por aparatos, instrumentos de un Psicología experimental, cuyos resultados se elaboran por psicoestadística para llegar, con estos métodos a establecer reglas y leyes objetivas sobre la vida anímica.

La psicología ha debido transformar su método, buscando la síntesis entre la multiplicidad de los fenómenos psíquicos, buscando las respuestas a su pregunta perenne ¿para qué? Hace el ser humano lo que hace, cuál es el sentido de su vida, de

su muerte, de su trabajo, de su amor, del sufrimiento, en una palabra de su existencia”.

Según Charles Morris en su libro *Introducción a la psicología*, séptima edición menciona, “Sigmund Freud utiliza por primera vez en 1896 el nombre de psicoanálisis. Así pues sería 1896 el año en el que oficialmente se establece la Psicología Clínica como tal. El incremento de psicólogos clínicos lleva en 1917 a crear la American Psychological Association (APA), por lo mismo se crea la American Association of Clinical Psychologists.”

“la primera guerra mundial ha movilizó la construcción y teorización sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia. Las causas de los trastornos de la conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Según aumentaba su número y se ampliaban sus funciones, los psicólogos clínicos se sintieron descontentos por el apoyo recibido por sus colegas de la APA, mayormente académicos y científicos, de modo que se constituyeron en 1937 en una organización separada, la American Association of Applied Psychology, para ocho años después reintegrarse de nuevo en la APA. Finalmente a finales de la década de 1930 el campo de lo que será la moderna Psicología Clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber, la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento y la administración.”

Comprendemos entonces que los psicólogos clínicos se han extendido más allá de sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, escuelas y otros lugares atendiendo tanto a adultos como niños, y que su función ha evolucionado conforme al tiempo.

En resumen a la pregunta ¿Qué es la psicología? Se puede contestar así: es una disciplina que investiga los fenómenos subjetivos del ser humano, como unidad y totalidad psicofísica estructurada, es pues, el método de investigación de los procesos objetivos y subjetivos, fisiológicos y psicológicos.

2.4.7 Psicopatología:

Según Friedrich Dorsch en su Diccionario de Psicología menciona “la psicopatología es el estudio sistemático de los factores psicológicos que influyen sobre las enfermedades, cómo también de los procesos mentales patológicos. Es parte de la psicología experimental, que somete al individuo a estímulos en situaciones anormales, los cuales alteran la regularidad de su vida psicosomática. Fueron también psicopatológicos los crímenes que cometieron los médicos nazis en los campos de concentración, investigando, por ejemplo la resistencia psíquica y somática en las torturas, o sometiendo a los prisioneros metódicamente a la temperatura más baja que el ser humano puede soportar.”

Según la guía para el Diagnostico Psicológico Clínico del Dr. Lucio Balarezo y la Dra. Sylvia Mancheno, el estado de ánimo es la manera de expresar la vida afectiva en forma prolongada o permanente y que caracteriza a nuestra personalidad en cuanto nos manifestamos en el ambiente social. Puede durar minutos, horas, días o un largo PERÍODO de nuestras vidas, dando unas características de buen estado de ánimo y a otros de un mal estado de ánimo.

Para el estudio de la psicopatología, se han dado diferentes enfoques y/o modelos para dar una explicación a éste, como lo son: el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico, el conductual, el cultural, el humanista, el cognitivo, el existencial, el social, el evolucionista, el constitucional, etc.

Modelo Psicodinámico

Los procesos psicológicos constituyen la causa fundamental de los problemas mentales y psicosomáticos.

Las tres principales orientaciones teóricas que cubren de manera más completa el panorama de la psicopatología científica actual: perspectiva biomédica, conductual y cognitiva.

Modelo Biológico

La perspectiva biológica, también llamada biomédica o médica, fisiológica o neurofisiológica.

Trastorno mental. Enfermedad, igual a cualquier otra enfermedad física.

Las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.).

El tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas.

Bases biológicas de la conducta anormal

Comportamiento anormal. Enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. La causa primaria de la conducta anormal o anormalidad mental, es la alteración (estructural o funcional) del cerebro.

Los trastornos mentales están relacionados con las alteraciones del cerebro. Estas alteraciones pueden ser:

- Anatómicas. El tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales puede ser anormal.
- Bioquímicas. Los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal pueden tener alterada su función, por exceso o por defecto.

Estas alteraciones pueden ser el resultado de factores genéticos, trastornos metabólicos, infecciones, alergias, tumores, trastornos cardiovasculares, traumas físicos, estrés, etc.

Bus, distingue hasta tres tipos de enfermedad (de acuerdo a las causas del trastorno):

Enfermedad infecciosa. Un microorganismo (virus) ataca a un órgano o a un sistema orgánico.

Enfermedad sistémica. Mal funcionamiento de alguna estructura o sistema orgánico.

Enfermedad traumática. Puede ser algún tipo de golpe o secuelas de algún tóxico.

Las explicaciones de tipo sistémico, comenzaron a causar más interés entre los investigadores, y comenzaron a entender la anormalidad como un problema bioquímico del sistema nervioso, y actualmente se ha encontrado que varias sustancias bioquímicas intervienen en muchos trastornos del comportamiento.

Trastornos mentales orgánicos. Trastornos que tienen causas físicas muy claras por el mal funcionamiento cerebral, entre estos se encuentran enfermedades como el Alzheimer y/o demencia senil tipo Alzheimer.

Trastornos mentales funcionales. Patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales. Aunque para este tipo de trastornos, los defensores del modelo biológico sostienen que existen disfunciones orgánicas en el cerebro en trastornos de ansiedad depresión y esquizofrenia.

Las alteraciones en la actividad de los diversos neurotransmisores pueden asociarse a diferentes trastornos mentales.

Predisposición genética. Sí un determinado trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia con relación a la población general, quizás es porque alguno de los miembros de esa familia ha heredado una predisposición genética a padecerlo.

Predisposición-estrés. Se presupone una vulnerabilidad orgánica asociada al efecto de agentes externos patógenos (modelo de diátesis-estrés).

2.4.8. Trastornos de adicción:

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales

Criterios Diagnóstico para la Dependencia del Alcohol (DSM-IV)

F10.2x Dependencia del alcohol (303.90)

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles)
 - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

2.4.9. Alcoholismo:

La O.M.S define al alcoholismo como un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol. Se define 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.

En su desarrollo el alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha

pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

Según Irvin G Sarason, el alcohol se ha utilizado con fines recreativos, medicinales y ceremoniales a lo largo de, por lo menos diez mil años. El alcohol que contiene la cerveza, el vino y los licores fuertes es un compuesto que se conoce como alcohol etílico o etanol. En el corto plazo, esta sustancia ejerce su acción sobre el sistema nervioso como un “bloqueador” de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. Primero afecta los lóbulos frontales del cerebro, donde se regulan las inhibiciones, la facultad de razonamiento, la memoria y el juicio. Después de un consumo continuo, afecta el cerebelo, donde se encuentra el control muscular motor, el equilibrio y los cinco sentidos. Por último, afecta la espina dorsal y la médula, el lugar de las funciones involuntarias como la respiración, el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal. Si se consume suficiente alcohol hasta el punto de un nivel de 0.5% o más el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y la persona puede morir por envenenamiento agudo con alcohol.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.

Criterios diagnósticos para la intoxicación por alcohol

Ingestión reciente de alcohol.

Conducta inadaptada clínicamente significativa o cambios fisiológicos (como conducta sexual agresiva inapropiada, estado de ánimo inestable, juicio deteriorado, funcionamiento social o profesional afectado) que se desarrolla durante, o poco después del uso de alcohol.

Se desarrollan una o más de las siguientes señales durante, o poco después de la ingestión del alcohol:

Hablar arrastrando las palabras.

Falta de coordinación.

Caminar con paso vacilante.

Nistagmus (movimiento espasmódico involuntario de los globos oculares).

Problemas de atención o memoria

Estupor o estado de coma.

Los síntomas no se producen por una condición médica general y no se explican mejor por otro trastorno médico.

Riesgos

Sin importar los términos que se utilicen, existe un acuerdo sobre los efectos dañinos para los individuos y la comunidad de la ingesta excesiva de alcohol. Cuarenta por ciento de todas las muertes en accidentes de tránsito (la causa principal de muerte accidental) se relacionan con el alcohol. Los accidentes de carretera en los cuales

participa el alcohol son la principal causa de muerte de jóvenes. Después de que en 1971 los jóvenes de 18 años recibieron el derecho al voto, se redujo la edad legal para beber en muchos estados.

Efectos del alcohol en el cuerpo

Órgano o sistema del cuerpo

Efecto

Cerebro

Las células cerebrales se alteran y muchas mueren; se bloquea la formación de la memoria; se atrofian los sentidos; se deteriora la coordinación física.

Estómago e intestinos El alcohol puede ocasionar hemorragias y causar cáncer.

Corazón

Puede ocurrir el deterioro del músculo cardíaco.

Sistema inmune

No permite que las células que combaten las infecciones funcionen en forma adecuada; aumenta el riesgo de enfermedades bacteriales.

Reproducción En los hombres: cambian los niveles de hormonas, lo que provoca una reducción del impulso sexual y el crecimiento del pecho; en las mujeres: los ciclos menstruales se vuelven irregulares y hay un mal funcionamiento de los ovarios.

Efectos y síntomas típicos

Reducción de la tensión seguida de funcionamiento físico y fisiológico débil.

Consecuencias de tomar una sobredosis

Desorientación, pérdida de conciencia, y muerte por niveles extremadamente altos de alcohol en la sangre.

Comorbilidad

Además de lo que el alcohol le hace al cuerpo, su papel en la desadaptación conductual también es significativo. Este hecho se refleja en los datos de comorbilidad que muestran que 37% de las personas que sufren trastornos de alcoholismo también padecen otro trastorno mental diagnosticable (Robins y Regier, 1991). Los trastornos de alcoholismo en los hombres se relacionan con un riesgo ocho veces mayor del normal de padecer episodios psicóticos; en las mujeres existe un riesgo tres veces mayor del normal (Tien y Anthony, 1990). Los índices más altos de comorbilidad se presentan en los casos de trastornos de la personalidad afectiva, de ansiedad y antisociales.

Enfoque biológico

Después de la primera copa, la persona normal experimenta una disminución de la ansiedad. Mientras se consume más alcohol, la acción depresiva afecta las funciones cerebrales. El individuo se tambalea, y su estado de ánimo se vuelve bastante inestable.

Influidos por la evidencia de que el consumo exagerado de alcohol produce una variedad de cambios corporales, los autores con frecuencia han caracterizado al alcoholismo en sí como una enfermedad. E.M. Jellinek, a quien se conoce como el padre del estudio moderno del alcoholismo, creía que éste es una condición permanente e irreversible y que quienes lo padecen son, en esencia, diferentes de los no alcohólicos. Sostenía que los alcohólicos experimentan una irresistible ansiedad física por el alcohol. Si se satisface esta ansiedad, se produce la pérdida del control como resultado de la creciente dependencia física. Los alcohólicos se sienten

obligados a seguir bebiendo después de ingerir aunque sea una pequeña cantidad de alcohol. Jellinek creía que la única manera en que pueden regresar a una vida normal es con la total abstinencia.

Algunas de las ideas de Jellinek han sido cuestionadas de acuerdo con ciertos descubrimientos que parecen incongruentes con ellas. Sin embargo, el concepto de Jellinek de que el alcoholismo es una enfermedad tuvo éxito en la actitud pública hacia los alcohólicos, pues los sentimientos de condena y culpa fueron sustituidos por preocupación hacia ellos. Además enfocó la atención de los investigadores en los aspectos biológicos del abuso del alcohol, como las influencias hereditarias, los efectos en el cerebro y el sistema nervioso, y las diferencias de sensibilidad al alcohol entre los individuos y grupos de personas.

Enfoque psicodinámico

Aunque no existe evidencia decisiva de que ciertos factores de la personalidad están relacionados con el desarrollo del alcoholismo, el reporte de un estudio de M.C Jones (1981) demostró una serie recurrente de atributos de la personalidad entre algunos alcohólicos. El estudio proporcionó datos de un proyecto de investigación longitudinal que había empezado cuando los sujetos tenían 10 años y medio de edad. En la edad intermedia, se les preguntó a los sujetos sobre sus patrones de bebida. Jones descubrió que de adultos, los bebedores problema tenían probabilidad de ser considerados relativamente hostiles, sumisos, sin éxito social y ansiosos. En general, en la adolescencia, estos hombres habían sido calificados como un poco extrovertidos. Sin embargo, en esa época ellos también consideraban que tenían mayor número de relaciones sociales insatisfactorias y de sentimientos de inferioridad que los otros hombres del estudio. Jones creía que estos hombres eran impulsivos e inseguros de sí mismos en la adolescencia, y que tenían dificultad para formar amistades profundas y duraderas.

Los psicoanalistas consideran que el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son el resultado de un conflicto neurótico, de dudas y ansiedad sobre la valía del individuo y de intentos para compensar el mal concepto que tienen de sí mismos. Muchos estudios han proporcionado evidencia que concuerda con esta opinión (Holshsn y cols., 2003). Los terapeutas psicodinámicos creen que los individuos adquieren su adicción al alcohol o a otra sustancia porque están tratando de corregir o contrarrestar estados emocionales negativos que quieren aliviar. Aunque juzgan ciertas características como una vulnerabilidad del abuso de la sustancia, los psicoanalistas tienden a rechazar las variables sociales y psicológicas que pueden ser factores de vulnerabilidad.

Enfoque cognitivo-conductual

El enfoque cognitivo conductual sobre los problemas relacionados con el alcohol reconoce los papeles que juegan tanto el aprendizaje como la cognición en los problemas de la bebida y alcoholismo

Categorías

Abstemios: Los bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene interés en repetir la experiencia.

No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinición.

Alcoholismo leve: Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta, etc., momento en que se permite bebida en exceso.

Alcoholismo moderado: En comparación se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman un <<par>> antes de volver a casa. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo.

Alcoholismo grave: Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.

2.5 Hipótesis

2.5.1. Hipótesis General

Las carencias afectivas inciden directamente sobre el alcoholismo de los pacientes

2.5.2. Variable independiente

En los pacientes la carencia por distorsión es el principal tipo de carencia afectiva infantil atravesada por los mismos.

2.5.3. Variable dependiente

El principal nivel de alcoholismo que alcanzan los pacientes es el grave.

2. 6 Determinación de variables

Variable Independiente Carencias afectivas

Variable Dependiente Alcoholismo en pacientes

CAPÍTULO III

LA METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

El enfoque fue cuanti-cualitativo, cuantitativo porque se recabó información que fue sometida a un análisis matemático de tipo porcentual y cualitativo porque los resultados pasaron a ser analizados utilizando técnicas para analizar las cualidades del problema para la comprensión de los fenómenos sociales.

3.2 Modalidad básica de la investigación

La investigación fue conjuntamente de tipo bibliográfica y de campo. Bibliográfica por las fuentes primarias y secundarias que se utilizaron y de campo por que se realizó la investigación en la Fundación Abrazo del Padre con los pacientes alcohólicos.

3.3 Nivel o tipo de investigación

La investigación llegó a nivel de asociación de variables porque esto nos permitió dar predicciones estructuradas, análisis de correlación y medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado.

3.4 Población y muestra

Se realizó la investigación con la totalidad de la población que estuvo conformada por 20 personas que se caracterizan por atravesar por problemas de adicción al alcohol que son atendidos en la Fundación Abrazo del Padre en Ambato provincia de Tungurahua. Esto se realizó entre Septiembre del 2010 y Septiembre del 2011 y no se necesita el cálculo de una muestra puesto que la población fue menor a 100 personas.

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: CARENCIAS AFECTIVAS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>La carencia afectiva se conceptúa como:</p> <p>Ausencia continuada de afecto a la que es sometida una persona principalmente por parte de sus padres</p>	1. Discontinuidad	Ruptura repetida de la relación paterno –filial. Cambios cualitativos de la relación paterno-filial Desviación de la atención afectiva.	¿En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas? ¿Sufriste alguna clase de accidente por descuido o error de tus padres? ¿Fuiste abandonado por tus padres?	<p>T: Encuesta I: Cuestionario</p>
	2. Insuficiencia	Atención afectiva parental insuficiente Negligencia del progenitor hacia el menor. Abandono del menor de edad por parte del progenitor	¿En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones a causa de problemas? ¿Alguna vez sentiste que no eras prioridad para tus padres?	
	3. Distorsión	Dificultades socio-económicas Interacción familiar inadecuada	¿Tú familia sufría de crisis económicas? ¿En tu hogar existía violencia? ¿Alguno de tus padres consumía alcohol?	

VARIABLE DEPENDIENTE: ALCOHOLISMO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
El alcoholismo se conceptúa como: necesidad biológica o psíquica no controlada de ingerir alcohol	1. Leve	El paciente indica que solo consume alcohol en un grupo para socializar.	1. ¿Consume alcohol para socializar? ¿En qué cantidad y frecuencia bebe? ¿Qué tipo de bebida consume?	T: Test I: Cuestionario (AUDIT)
	2. Moderado	El paciente indica un consumo frecuente y presenta cierta tolerancia al consumo de alcohol	¿Siente que presenta cierta tolerancia al ingerir alcohol? ¿En qué cantidad y frecuencia bebe? ¿Qué tipo de bebida consume?	
	3. Grave	El paciente indica la necesidad imperiosa incontrolada de consumir alcohol de forma dependiente	¿Siente la necesidad de ingerir alcohol de forma frecuente? ¿En qué cantidad y frecuencia bebe? ¿Qué tipo de bebida consume?	

3.6 Recolección de información

Encuesta.

Dirigida a los pacientes alcohólicos que son atendidos en la fundación Abrazo del Padre, cuyo instrumento es el test AUDIT (anexo 1), que consta de preguntas que permiten diagnosticar el nivel del alcoholismo.

Entrevista.

Dirigida a los pacientes alcohólicos que fueron atendidos en la fundación Abrazo del Padre, cuyo instrumento es el cuestionario (anexo 2), elaborado con preguntas cerradas, que permitieron recabar información sobre carencias afectivas infantiles.

3.7 Plan de recolección de información.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación.
¿De qué personas u objetos?	Pacientes alcohólicos atendidos en la Fundación Abrazo del padre
¿Sobre qué aspectos?	Indicadores (matriz de operacionalización de variables)
¿Quién? ¿Quiénes?	Investigador
¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado
¿Cuándo?	Enero 2011
¿Dónde?	Fundación Abrazo del padre
¿Cuántas veces?	2 = prueba piloto y prueba definitiva
¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Entrevista, Encuesta.
¿Con qué?	Instrumentos: Cuestionario, Test.

3.8 Plan de procesamiento de la información.

- Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, entre otros.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Manejo de información (re ajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TIPO DE CARENCIA AFECTIVA

4.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN

INDIVIDUO 1

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	2
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 2

Fuente: Belén Gómez

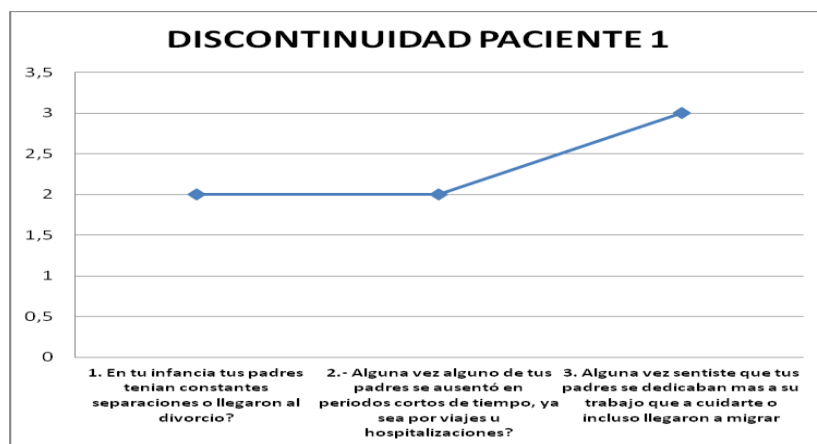


Gráfico No 4

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el primer paciente sufrió frecuentemente de separaciones entre sus padres y alguno de sus padres se ausentaba por períodos cortos de tiempo; y siempre sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo o incluso llegaron a migrar. Por lo que se puede interpretar que en su mayoría el paciente sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo o fue víctima de la migración de uno de ellos

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 3

Fuente: Belén Gómez

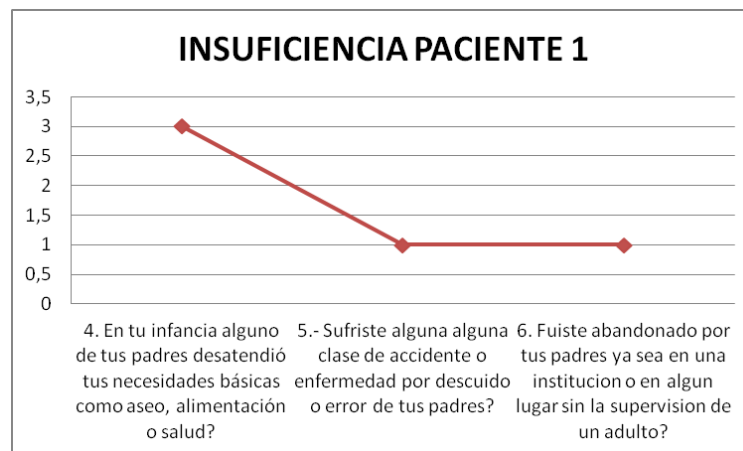


GRÁFICO No 5

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el primer paciente en su infancia fue siempre desentendido en su aseo, alimentación o salud, y Ocasionalmente sugirió accidentes o enfermedades por descuido de sus padres y fue abandonado por sus padres en algún lugar sin supervisión de adultos. Por lo que se puede interpretar que en su mayoría el paciente fue desatendido en sus necesidades como alimentación, aseo y salud cuando fue un niño.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 4

Fuente: Belén Gómez

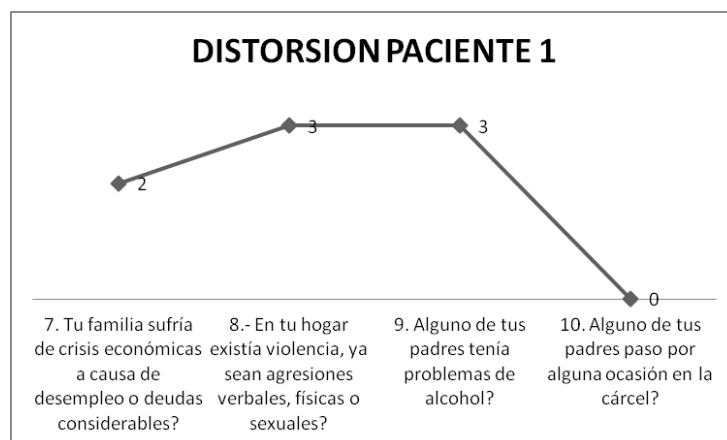


GRÁFICO No 6

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el primer paciente tuvo frecuentemente crisis económicas, y siempre en su hogar existió violencia y uno de sus padres tuvo problemas de alcohol, nunca alguno de sus padres estuvo en la cárcel. Por lo que se puede interpretar que en su mayoría el paciente tuvo que observar violencia en su hogar cuando fue niño y convivió con uno de sus padres que tenía problemas de alcohol

ANALISIS GENERAL PACIENTE 1:

El paciente 1 reflejo en su mayoría que el principal tipo de carencia afectiva fue por Discontinuidad ya que tuvo frecuentemente crisis económicas, siempre en su hogar existió violencia y uno de sus padres tuvo problemas de alcohol. El promedio de las calificaciones emitidas por el individuo indican que la discontinuidad fue más prevalente que cualquier otro tipo de carencia afectiva.

INDIVIDUO 2

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	1
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	1

Cuadro No. 5

Fuente: Belén Gómez

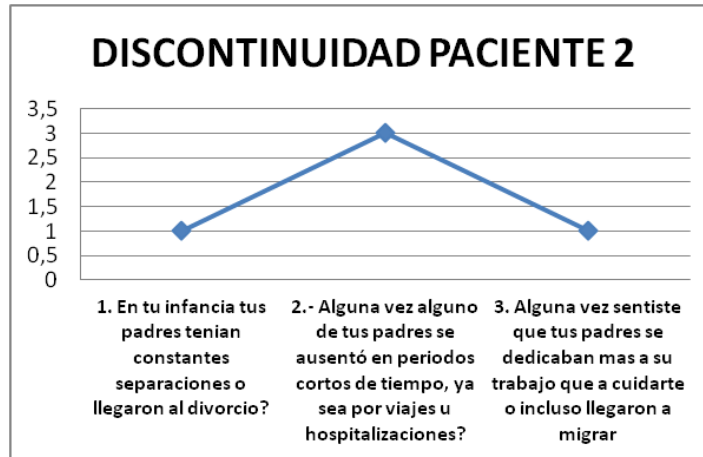


Gráfico No 7

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el segundo paciente sufrió de ausencias de sus padres en periodos cortos de tiempo ya sea por viajes u hospitalizaciones. Por lo que se puede interpretar que en su mayoría el paciente sufrió de ausencia de sus padres por periodos cortos cuando fue un niño

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	0
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 6

Fuente: Belén Gómez

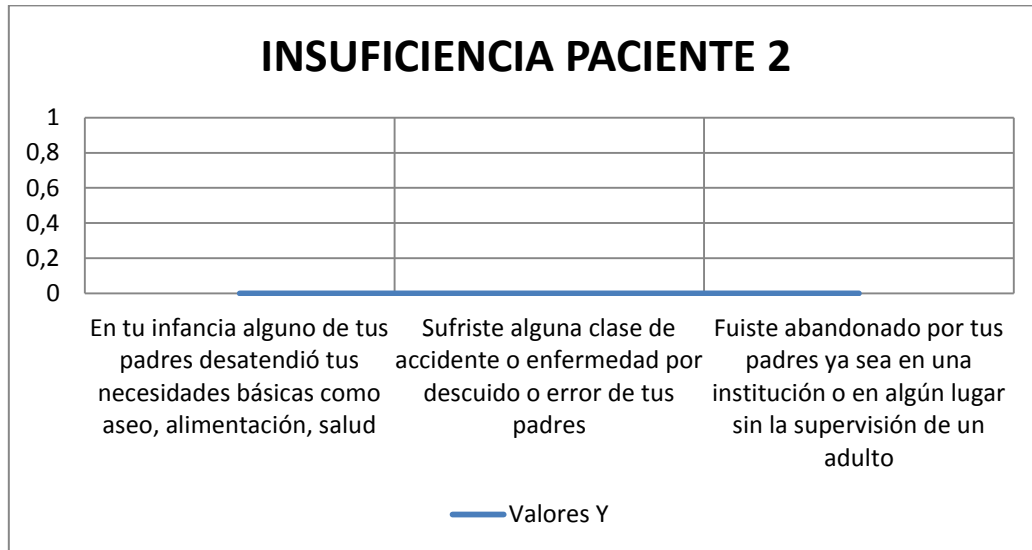


GRÁFICO No 8

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el segundo paciente en su infancia fue siempre no sufrió de ninguno de los problemas investigados por lo que se puede decir que le paciente no sufrió de insuficiencia por parte de los padres

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	0
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	1
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	1

Cuadro No 7

Fuente: Belén Gómez

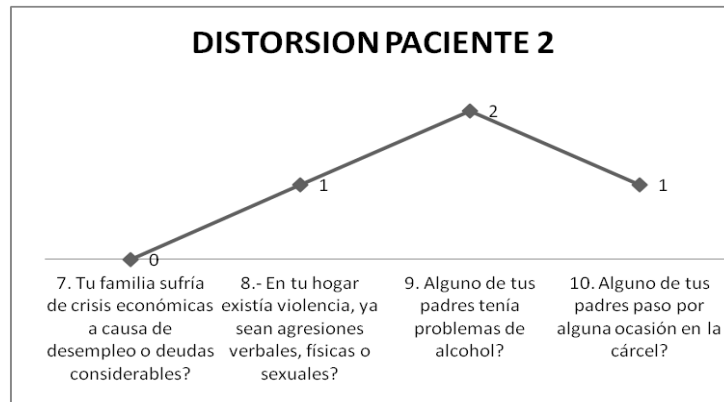


GRÁFICO No 9

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el segundo paciente tuvo frecuentemente padres con problemas de alcohol y ocasionalmente veía violencia en su casa y alguno de sus padres estuvo en la cárcel. Por lo que se puede interpretar que en su mayoría el paciente tuvo uno de sus padres que tenía problemas de alcohol cuando él era pequeño.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 2:

El Paciente 2 reflejo en su mayoría Discontinuidad cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 3

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban mas a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 8
Fuente: Belén Gómez

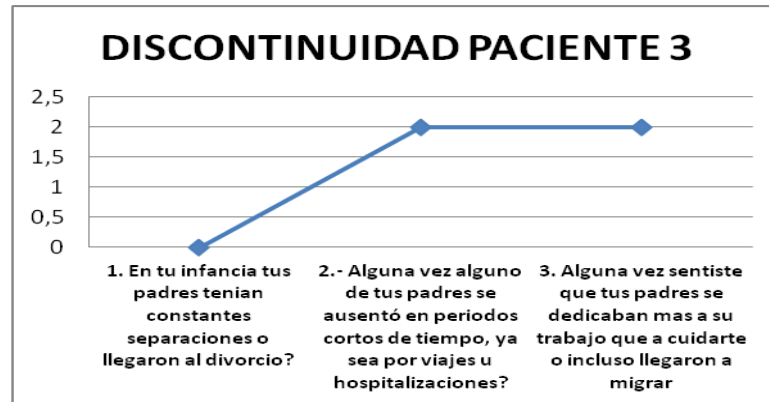


Gráfico No 10
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el tercer paciente sufrió de ausencias de sus padres en periodos cortos de tiempo ya sea por viajes u hospitalizaciones y sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo o incluso tuvieron que migrar. Por lo que se puede

interpretar que en su mayoría el paciente sufrió de ausencia de sus padres por periodos cortos cuando fue un niño y la migración de uno de sus padres

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 9

Fuente: Belén Gómez

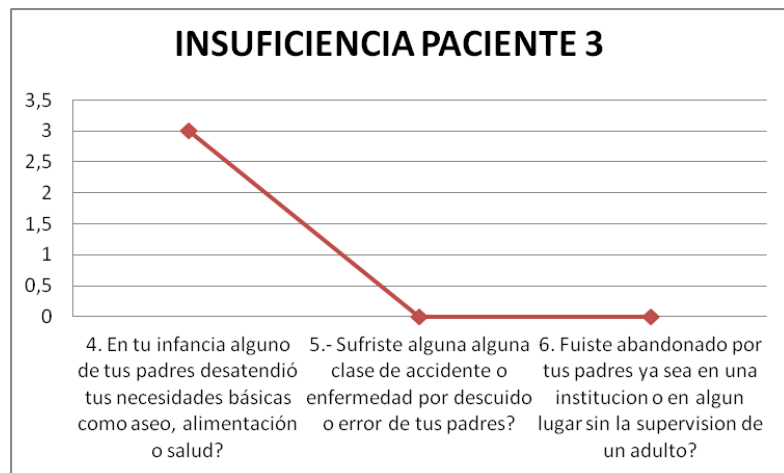


GRÁFICO No 11

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el tercer paciente en su infancia fue siempre desatendido en sus necesidades básicas por parte de sus padres.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	1
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	1

Cuadro No 10
Fuente: Belén Gómez

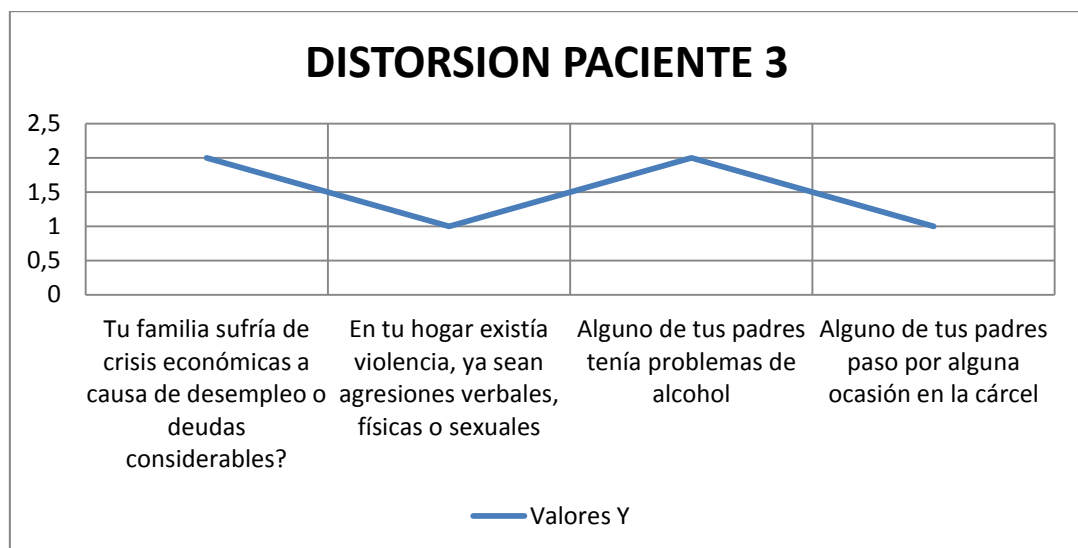


GRÁFICO No 12
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el tercer paciente frecuentemente sufría de crisis económicas ocasionalmente existían conflictos de violencia, de forma frecuente tuvo alguno de sus padres con problemas de alcohol, y ocasionalmente en su hogar existía violencia.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 3:

El Paciente 3 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 4

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	0

Cuadro No 11

Fuente: Belén Gómez

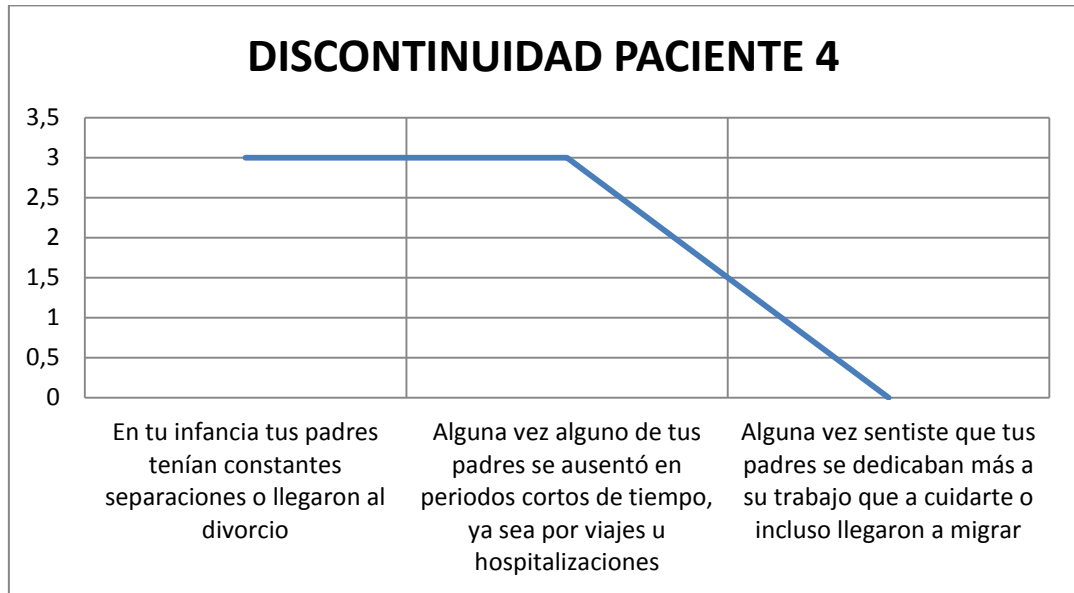


Gráfico No 13
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el cuarto paciente en su infancia siempre atravesó separaciones de sus padres, de igual manera siempre alguno de sus padres se ausentaba por cortos periodos de tiempo cuando era niño

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	2
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	2
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 12
Fuente: Belén Gómez

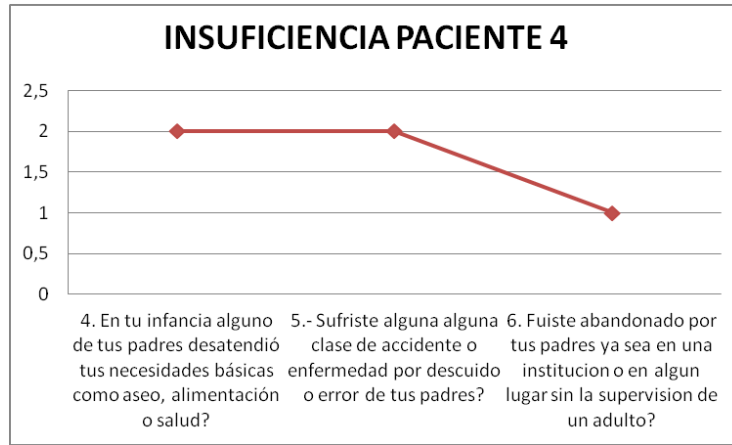


GRÁFICO No 14

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el cuarto paciente en su infancia frecuentemente fue desatendido en sus necesidades como aseo, alimentación o salud y sufrió de alguna clase de accidente por descuido o error de sus padres y ocasionalmente fue abandonado en algún lugar sin la supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	1

Cuadro No 13

Fuente: Belén Gómez

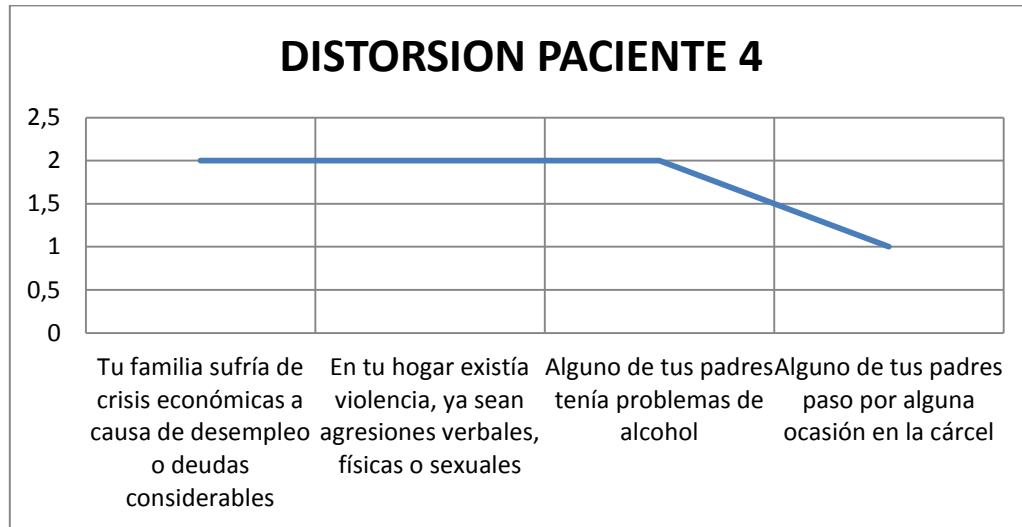


GRÁFICO No 15

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el individuo y su familia en su niñez frecuentemente atravesó crisis económicas a causa de desempleo, existía violencia y uno de sus padres tenía problemas con el alcohol, mismos que ocasionalmente estuvieron alguna vez en prisión.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 4:

El Paciente 4 reflejo en su mayoría Discontinuidad cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 5

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 14

Fuente: Belén Gómez

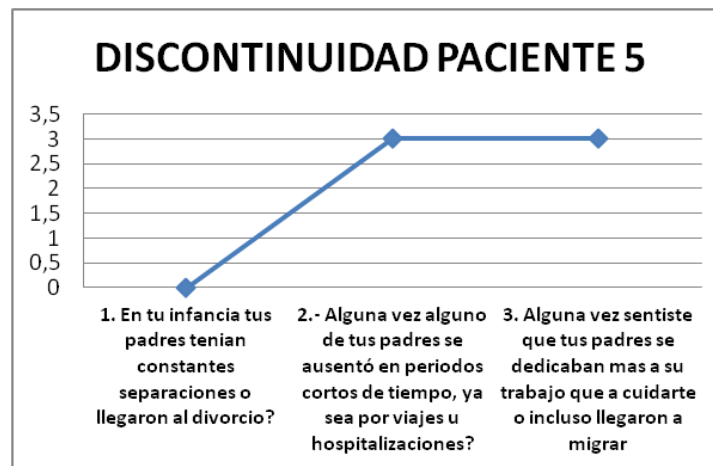


Gráfico No 16

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el quinto paciente sufrió, alguno de sus padres se ausentaba por cortos periodos de tiempo y frecuentemente sentía que sus padres le ponían más atención al trabajo e incluso tuvieron que migrar. Por lo que se puede decir que sus padres se separaron muchas veces y sufrió ausencias por periodos cortos de uno de ellos cuando era niño.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	0
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 15

Fuente: Belén Gómez

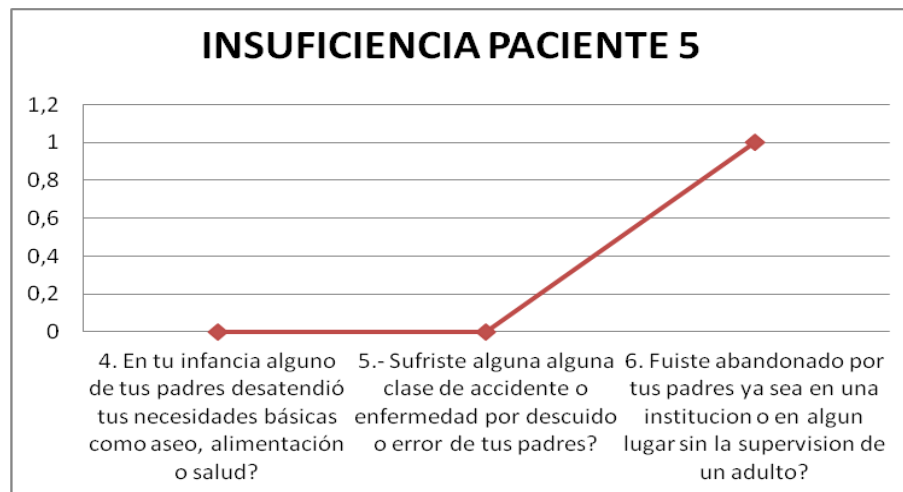


GRÁFICO No 17

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el quinto paciente fue abandonado por sus padres ya sea en una institución pública o en algún lugar sin la supervisión de un adulto ocasionalmente cuando fue un niño.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	0
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 16

Fuente: Belén Gómez

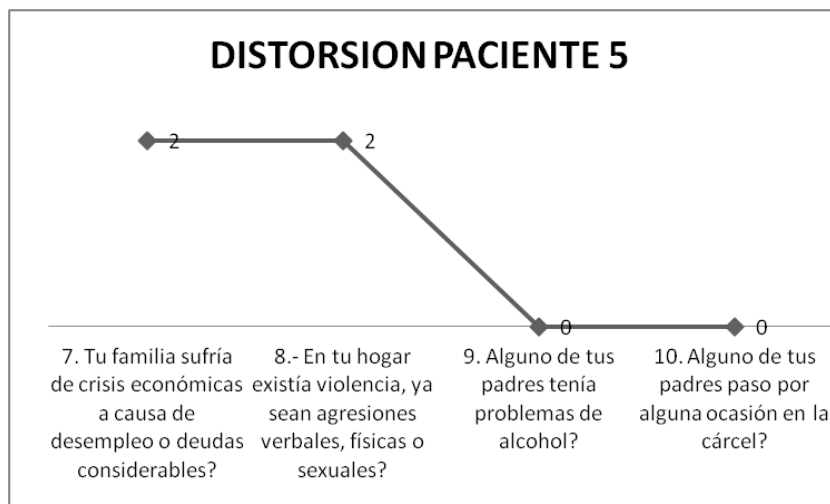


GRÁFICO No 18

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el quinto paciente siempre tuvo frecuentemente crisis económicas en su hogar y existió violencia; con respecto a padres con problemas de alcohol y si sus padres estuvieron alguna vez en la cárcel respondió negativamente.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 5:

El Paciente 5 reflejo en su mayoría Discontinuidad cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 6

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	2
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	0
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 17

Fuente: Belén Gómez

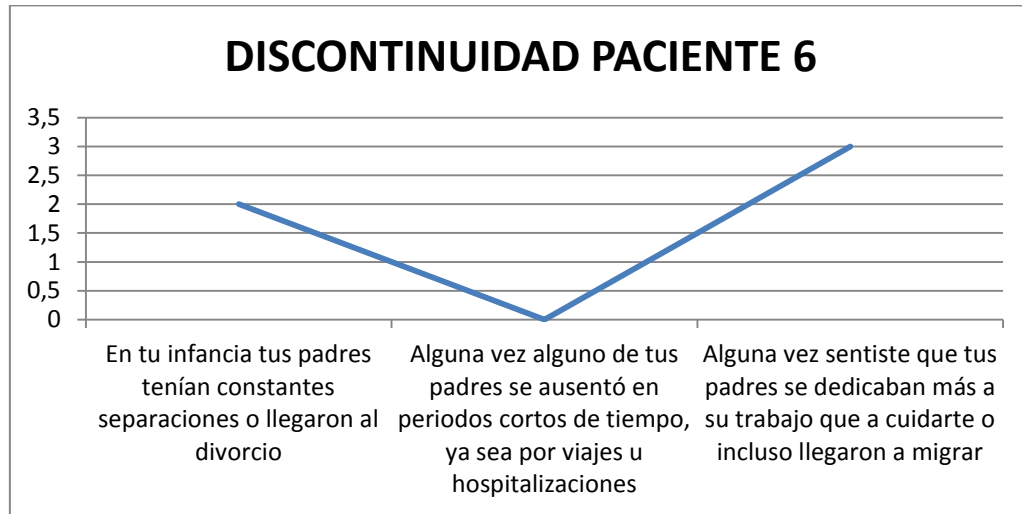


Gráfico No 19

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el sexto paciente frecuentemente en su infancia padeció de frecuentes separaciones de sus padres y siempre sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarle e incluso llegaron a migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	2
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 18

Fuente: Belén Gómez

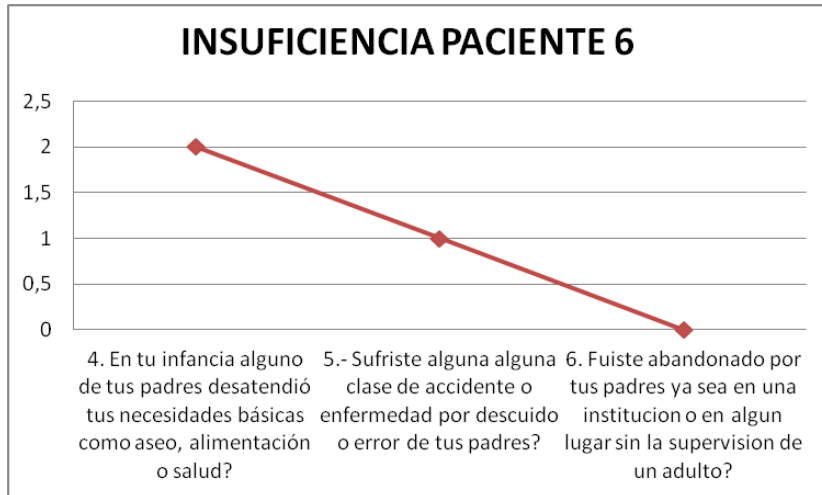


GRÁFICO No 20

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el sexto paciente en su infancia frecuentemente en su infancia alguno de sus padres lo desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y ocasionalmente sufrió de alguna clase de accidente por descuido o error de sus padres

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 19

Fuente: Belén Gómez

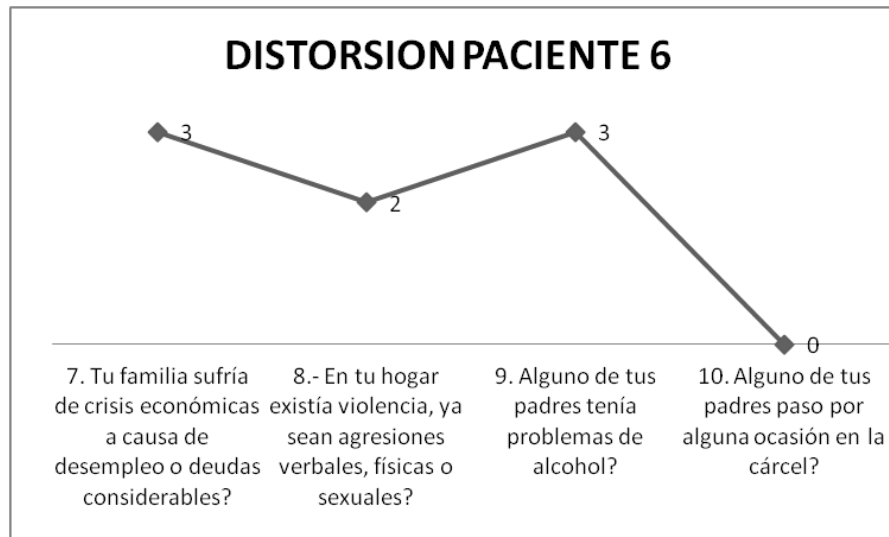


GRÁFICO No 21
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el sexto paciente su familia siempre tuvo crisis económicas a causa de desempleo o deudas y alguno de sus padres tuvo problemas de alcohol siempre y frecuentemente en su hogar existía violencia.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 6:

El Paciente 6 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 7

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	1
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 20

Fuente: Belén Gómez

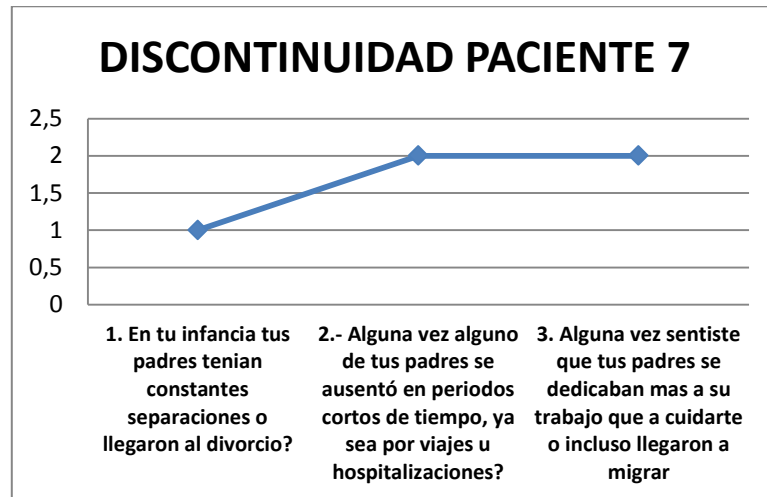


Gráfico No 22

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el séptimo paciente en su infancia tuvo separaciones ocasionales y frecuentemente alguno de sus padres se ausentó por periodos cortos y sentía que sus padres se dedicaban más a su trabajo que el e incluso tuvieron que migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	1
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	2

Cuadro No 21

Fuente: Belén Gómez

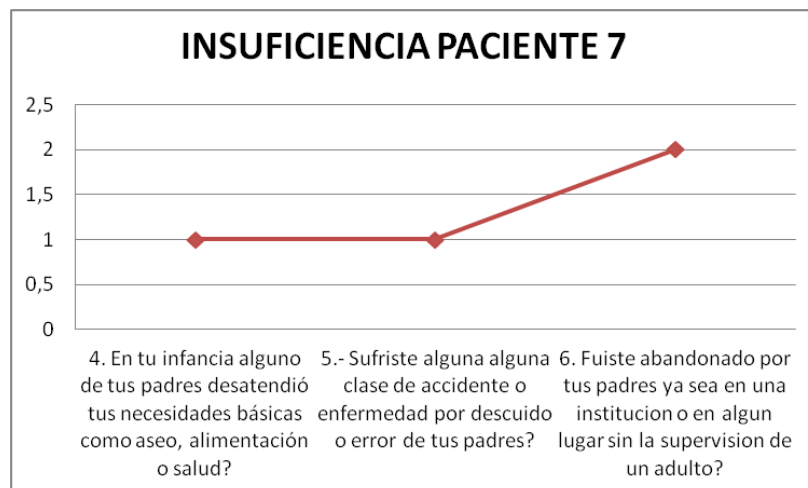


GRÁFICO No 23

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el séptimo paciente fue abandonado ocasionalmente fue desentendido por sus padres en sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y sufrió ocasionalmente accidentes por culpa de sus padres y frecuentemente fue abandonado por sus padres sin supervisión de algún adulto

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 22
Fuente: Belén Gómez



GRÁFICO No 24
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el séptimo paciente frecuentemente tuvo frecuentemente crisis económicas en su hogar y existió violencia; con respecto a padres con problemas de alcohol y uno de sus padres siempre estuvo en prisión.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 7:

El Paciente 7 reflejó en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señaló que fue un hechos que frecuentemente sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias

INDIVIDUO 8

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 23
Fuente: Belén Gómez



Gráfico No 25

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el octavo paciente frecuentemente en su infancia sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarle e incluso llegaron a migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	3

Cuadro No 24

Fuente: Belén Gómez

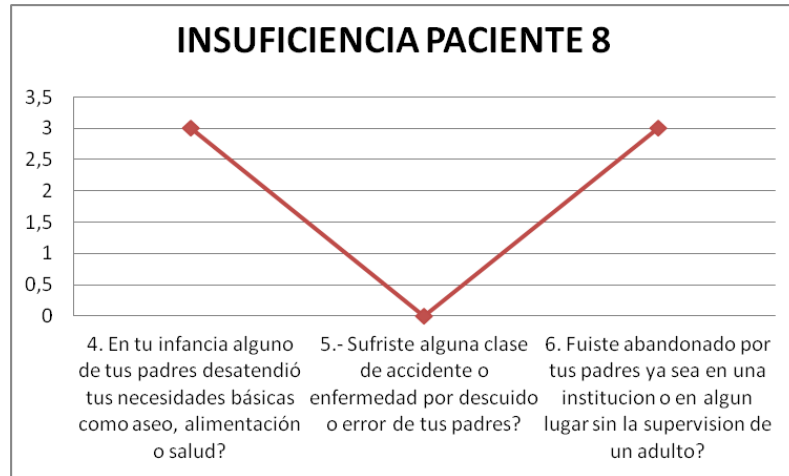


GRÁFICO No 26

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el octavo paciente en su infancia siempre alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y fue abandonado siempre en alguna institución sin supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 25

Fuente: Belén Gómez

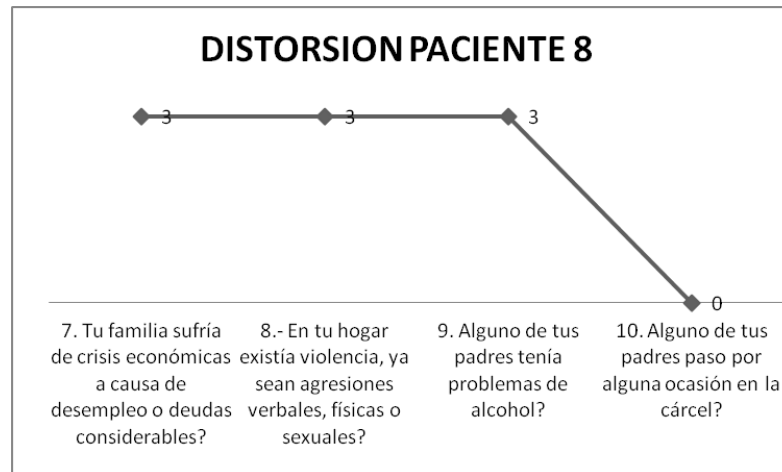


GRÁFICO No 27

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el octavo paciente tuvo crisis económicas a causa de desempleo o deudas, alguno de sus padres tuvo problemas de alcohol, existía violencia en su hogar siempre

ANALISIS GENERAL PACIENTE 8:

El Paciente 8 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedió por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 9

DISCONTINUIDAD

1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 26

Fuente: Belén Gómez

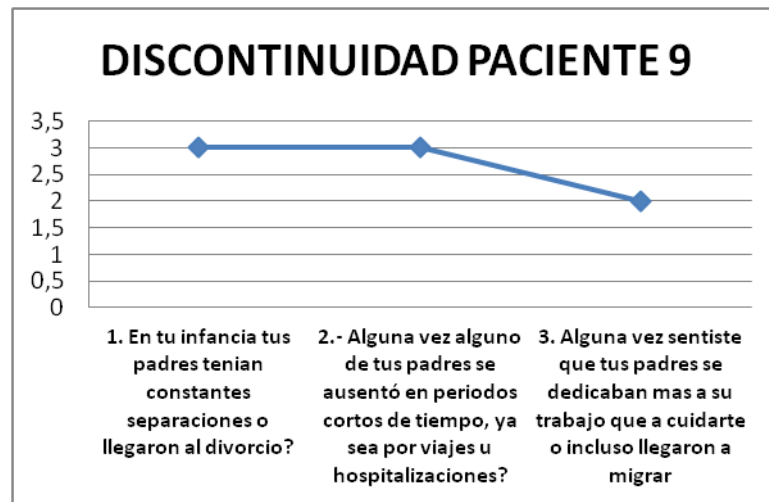


Gráfico No 28

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el noveno paciente en su infancia tuvieron separaciones ocasionales y frecuentemente alguno de sus padres se ausentó por periodos cortos siempre y sentía que sus padres se dedicaban más a su trabajo que él e incluso tuvieron que migrar frecuentemente

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	1
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	2

Cuadro No 27

Fuente: Belén Gómez

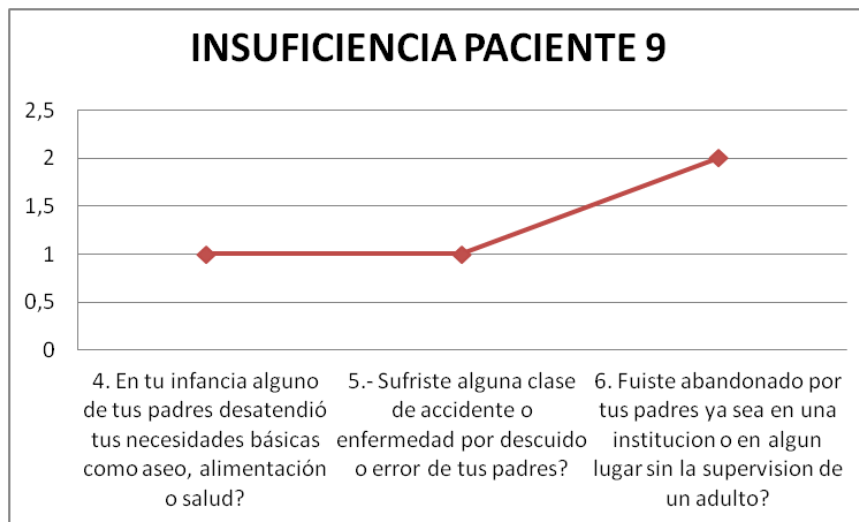


GRÁFICO No 29

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el noveno paciente fue abandonado ocasionalmente fue desentendido por sus padres en sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y sufrió ocasionalmente accidentes por culpa de sus padres y frecuentemente fue abandonado por sus padres sin supervisión de algún adulto

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 28

Fuente: Belén Gómez

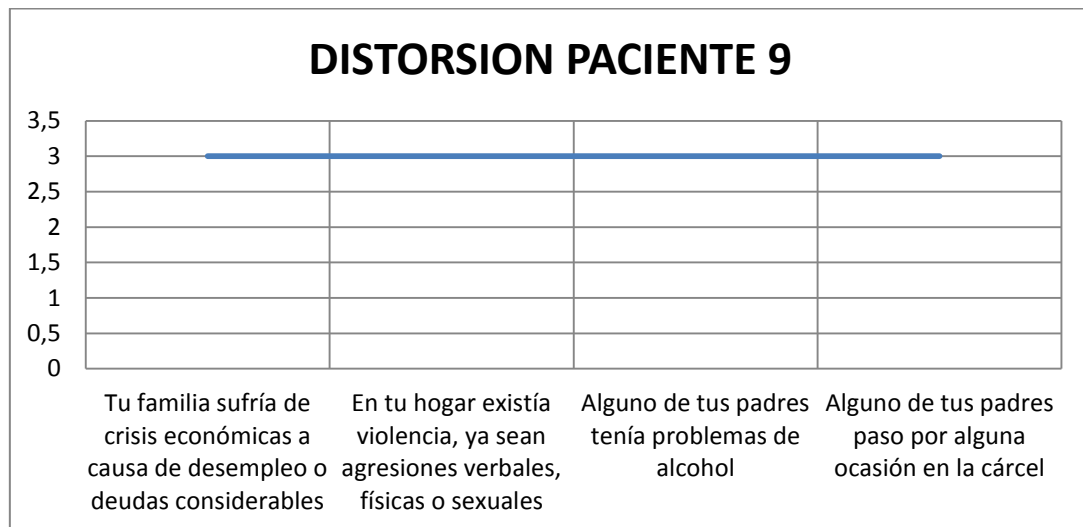


GRÁFICO No 30

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el séptimo paciente siempre tuvo frecuentemente crisis económicas en su hogar y existió violencia; con respecto a padres con problemas de alcohol y uno de sus padres estuvo siempre durante su niñez en la cárcel.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 9:

El Paciente 9 reflejó en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señaló que fue un hechos que frecuentemente sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 10

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 29
Fuente: Belén Gómez



Gráfico No 31

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo paciente frecuentemente en su infancia alguno de sus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo y sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo siempre.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	3
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	3

Cuadro No 30

Fuente: Belén Gómez

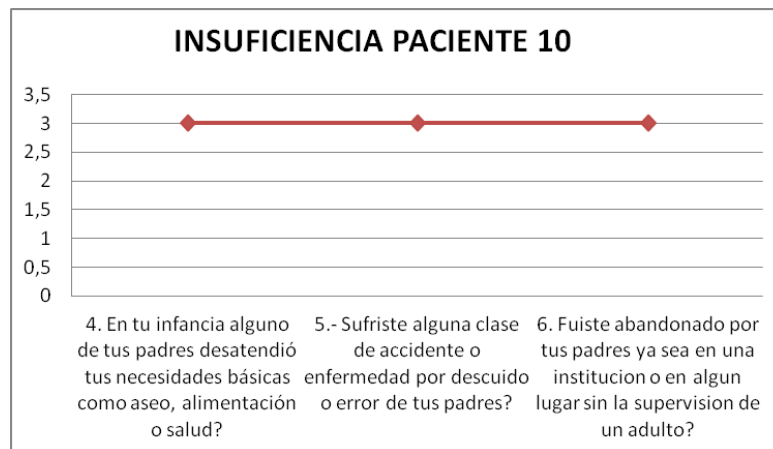


GRÁFICO No 32
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el octavo paciente en su infancia siempre alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud , fue abandonado siempre en alguna institución sin supervisión de un adulto y siempre fue abandonado por sus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	0
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 31
Fuente: Belén Gómez

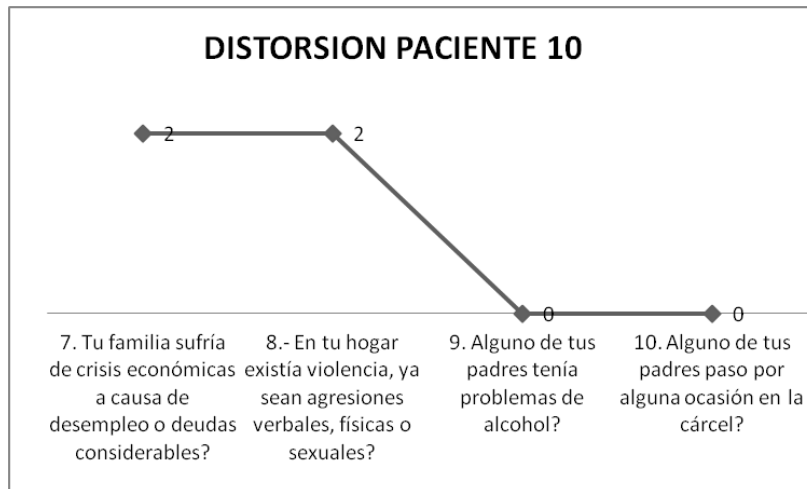


GRÁFICO No 33

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo paciente tuvo crisis económicas a causa de desempleo y existía violencia en su hogar ocasionalmente.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 10:

El Paciente 10 reflejo en su mayoría Insuficiencia cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció mas Insuficiencia que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 11

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 32

Fuente: Belén Gómez

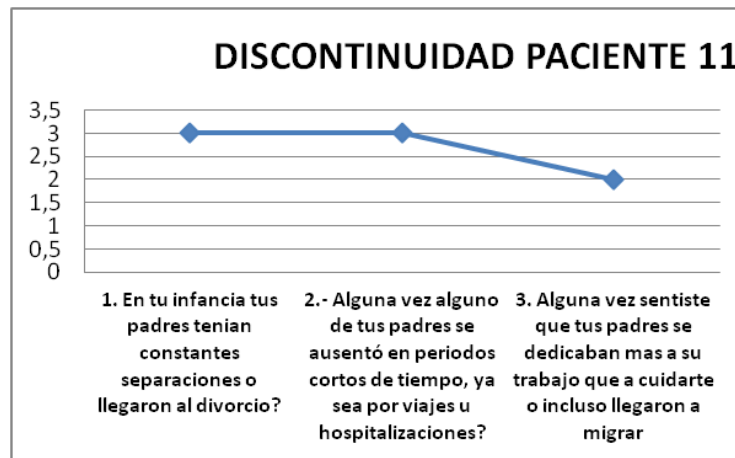


Gráfico No 34

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo primer paciente en su infancia sus padres tenían constantes separaciones y alguna vez alguno de sus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo siempre y frecuentemente sentía que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidar de el

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	3
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	3

Cuadro No 33

Fuente: Belén Gómez

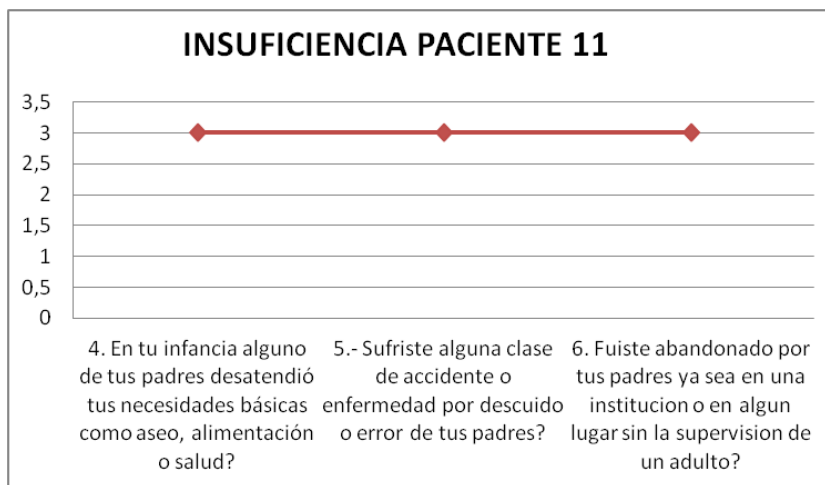


GRÁFICO No 35

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo primer paciente en su infancia frecuentemente alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas y sufrió algún accidente o enfermedad por culpa del descuido de sus padres mientras que ocasionalmente fue abandonado en alguna institución o lugar sin vigilancia de algún adulto

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	1
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 34

Fuente: Belén Gómez

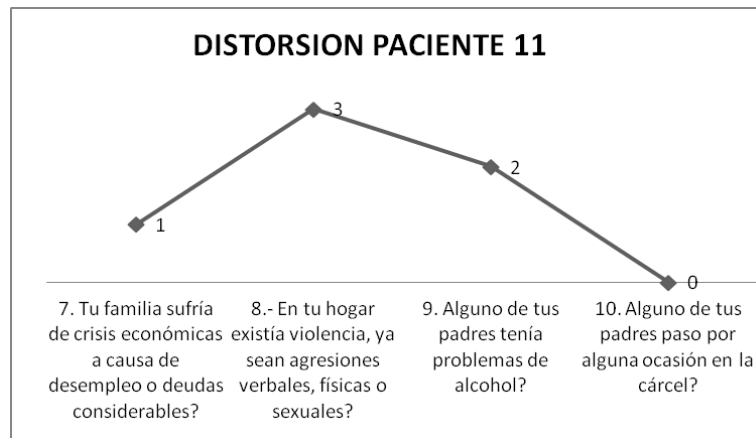


GRÁFICO No 36

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo primer paciente tenia crisis económicas en su familia ocasionalmente, en su hogar siempre existía violencia, alguno de sus padres tuvo frecuentemente problemas de alcohol y sus padres nunca estuvieron en la cárcel.

ANÁLISIS GENERAL PACIENTE 11:

El Paciente 11 reflejo en su mayoría Insuficiencia cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Insuficiencia más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 12

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 35

Fuente: Belén Gómez

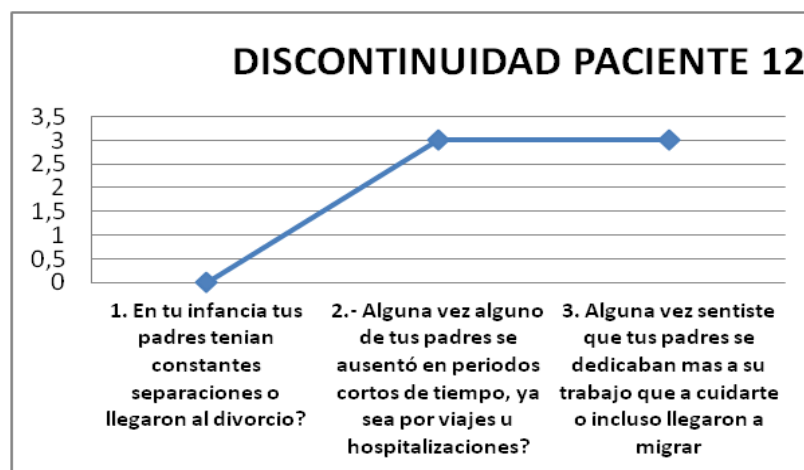


Gráfico No 37

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo segundo paciente en su infancia alguno de sus padres se ausento en periodos de tiempo por viajes u hospitalizaciones y sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarle, siempre.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	0
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 36
Fuente: Belén Gómez

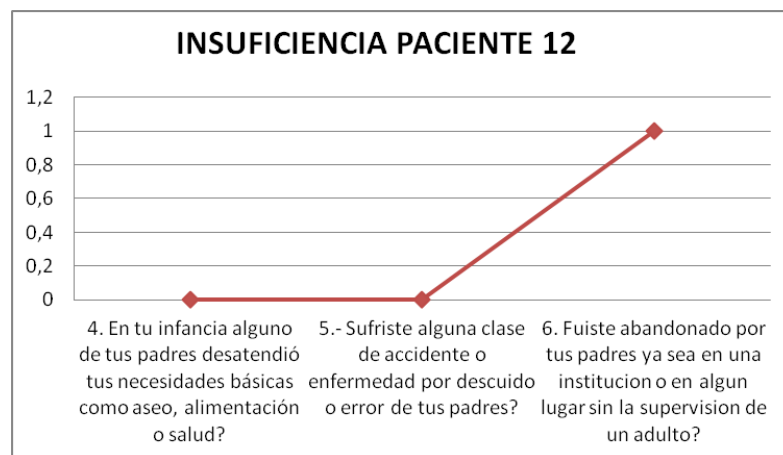


GRÁFICO No 38
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo segundo paciente en su infancia ocasionalmente fue abandonado por sus padres ya sea en alguna institución o algún lugar sin supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	1

Cuadro No 37

Fuente: Belén Gómez

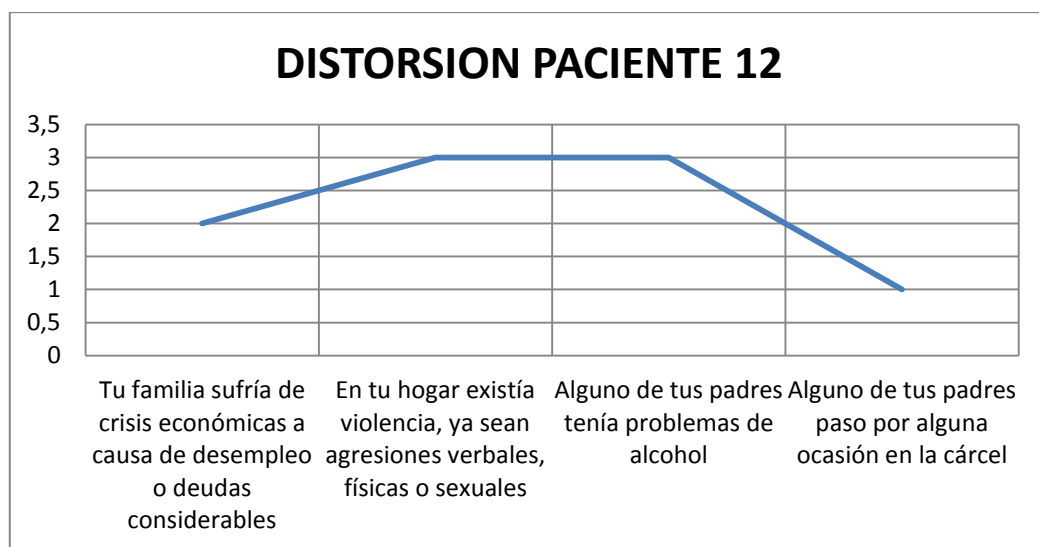


GRÁFICO No 39

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo segundo frecuentemente su familia sufría crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables y siempre en su hogar existía algún tipo de violencia, y alguno de sus padres tenía problemas de alcohol. Además de forma ocasional alguno de sus padres paso por prisión.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 12:

El Paciente 12 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 13

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	0
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 38
Fuente: Belén Gómez

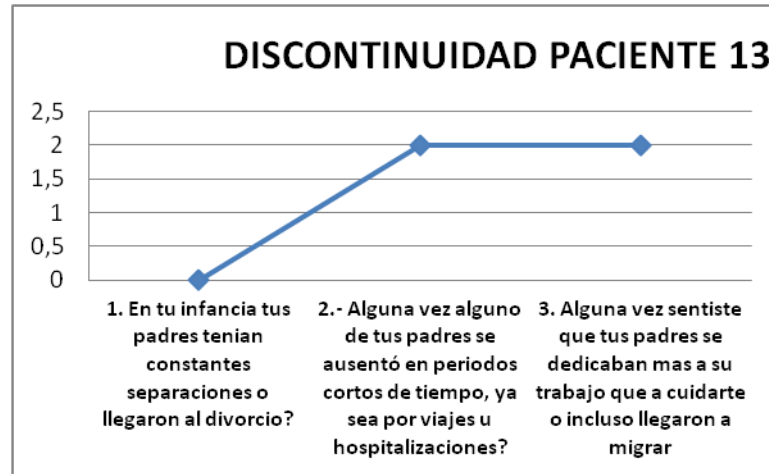


Gráfico No 40

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo tercer paciente en su infancia frecuentemente alguno de sus padres se ausentó por periodos cortos debido a trabajo u hospitalización y sintió que el trabajo les importaba mas a sus padres incluso uno de ellos tuvo que migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 39

Fuente: Belén Gómez

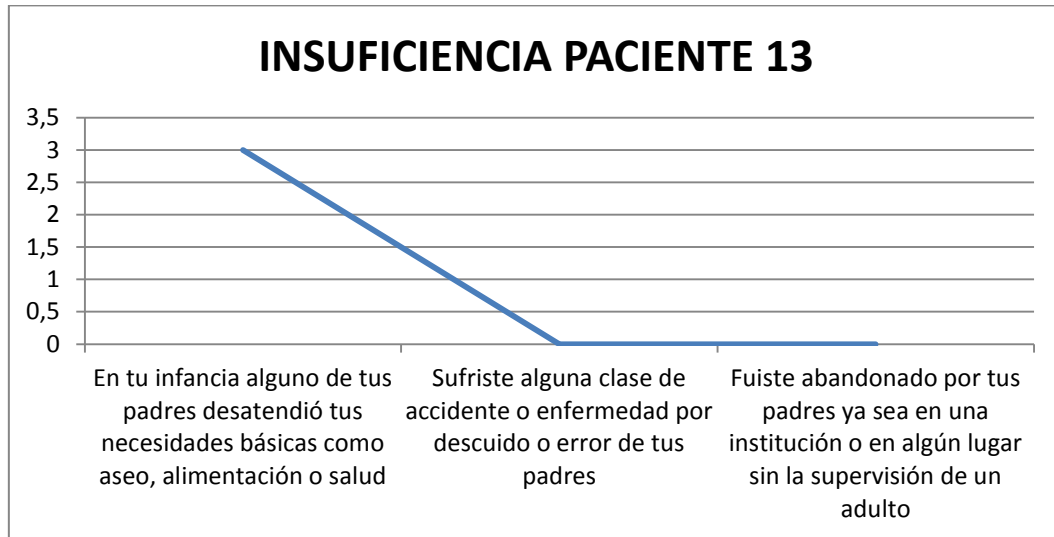


GRÁFICO No 41

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo tercer paciente en su infancia tiene la percepción de que siempre alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	2
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	1
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 40

Fuente: Belén Gómez

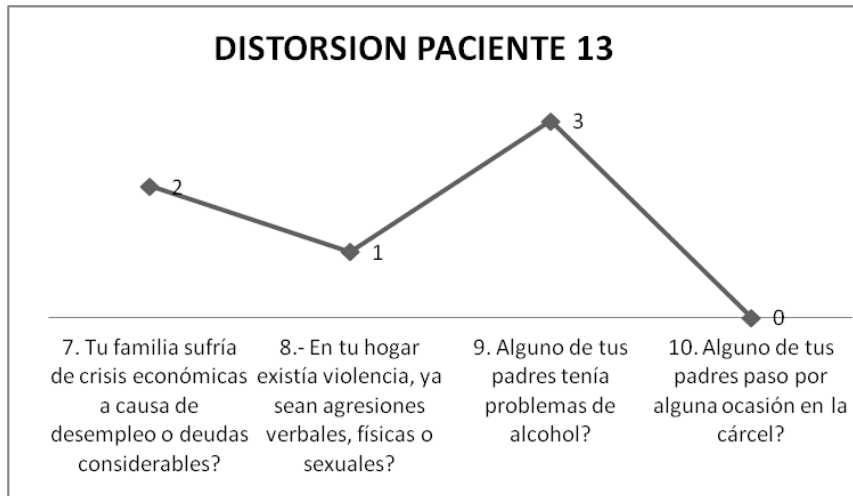


GRÁFICO No 42

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo tercer paciente frecuentemente tenía crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables por parte de uno de sus padres, ocasionalmente en su hogar existía violencia y siempre alguno de sus padres tuvo problemas de alcohol.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 13:

El Paciente 13 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

PACIENTE 14

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	2
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 41
Fuente: Belén Gómez

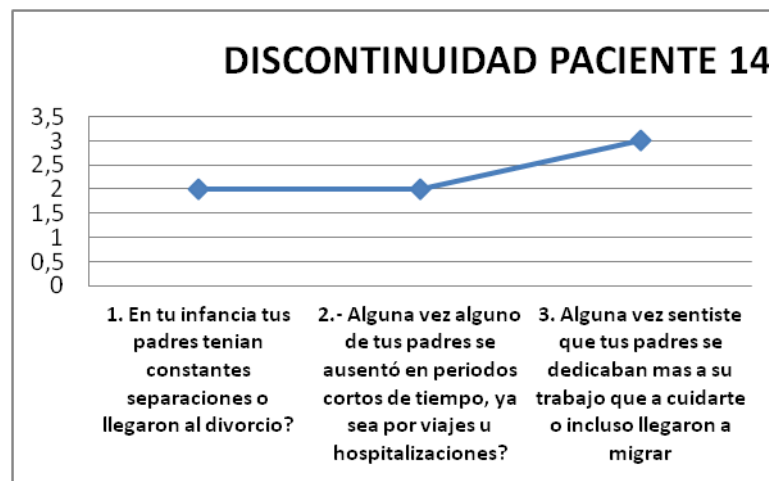


Gráfico No 43
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo cuarto paciente en su infancia tuvo frecuentemente constantes separaciones de sus padres, uno de ellos se ausentó por periodos cortos y siempre sentía que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidar de él e incluso uno de ellos llegó a migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	3
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 42
Fuente: Belén Gómez

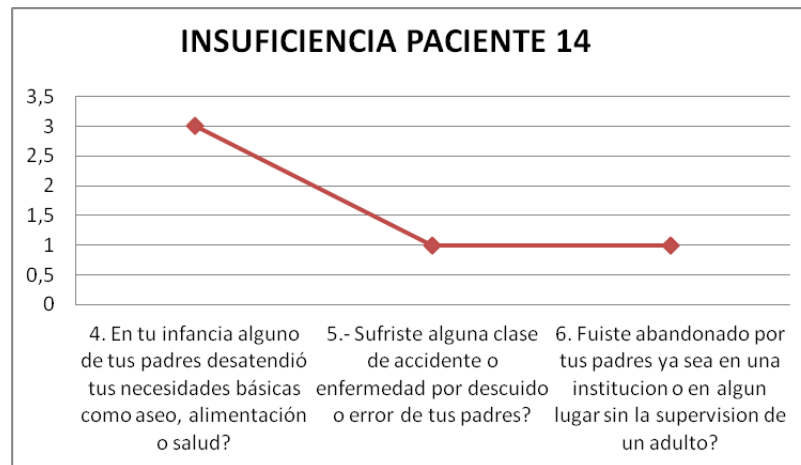


GRÁFICO No 44
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo cuarto paciente en su infancia siempre alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y ocasionalmente sufrió alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de sus padres y fue abandonado en una institución o lugar sin la supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	2

Cuadro No 43

Fuente: Belén Gómez

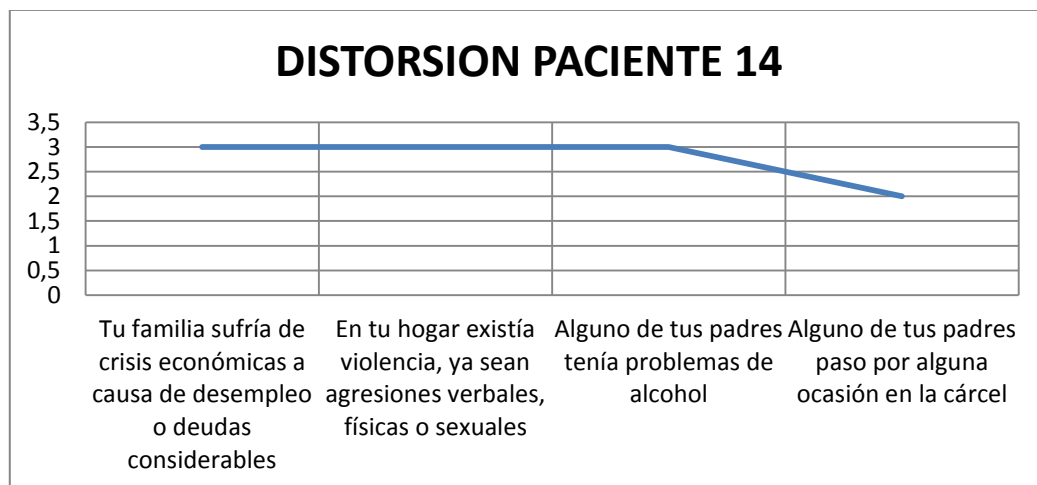


GRÁFICO No 45

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo cuarto paciente en su infancia siempre su familia tuvo crisis económicas ya sea por desempleo o fuertes deudas además de permanente violencia en su hogar, uno de sus padres siempre atravesó problemas de alcohol. Uno de sus padres frecuentemente paso por cárcel.

ANÁLISIS GENERAL PACIENTE 14:

El Paciente 14 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 15

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	2
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	0
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 44

Fuente: Belén Gómez

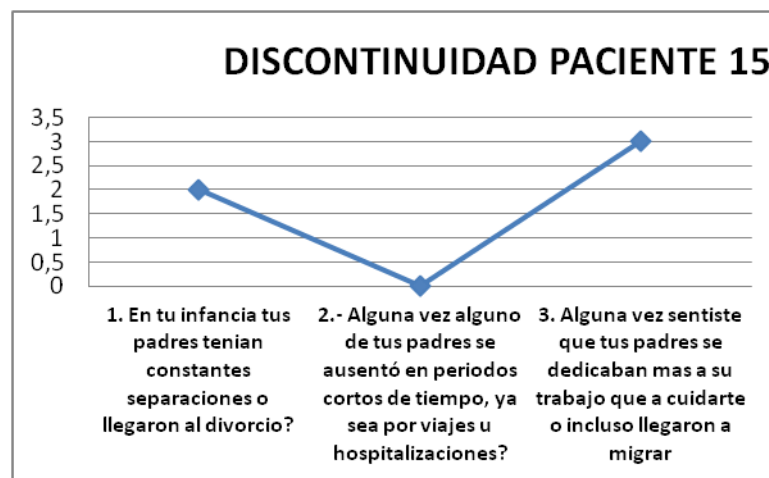


Gráfico No 46

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo quinto paciente en su infancia sus padres tenían separaciones frecuentemente y siempre llego a sentir que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarlo e incluso llegaron a migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	2
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 45
Fuente: Belén Gómez

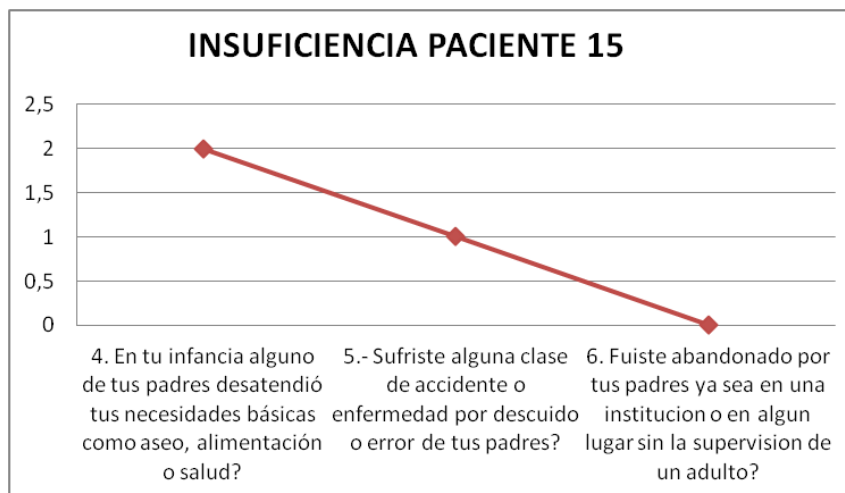


GRÁFICO No 47
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo quinto paciente frecuentemente en su infancia alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y ocasionalmente sufrió de una enfermedad por descuido o error de sus padres

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	2
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 46

Fuente: Belén Gómez

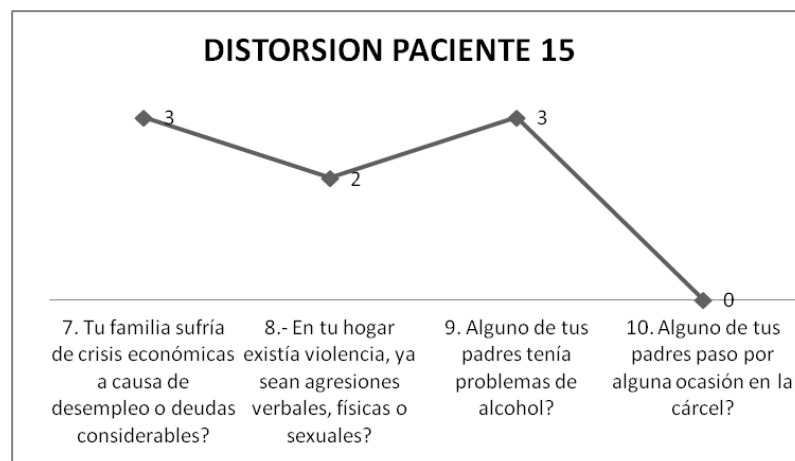


GRÁFICO No 48

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo quinto paciente en su infancia su familia sufría de crisis económicas y alguno de sus padres tuvo problemas de alcohol siempre, y frecuentemente en su hogar existía violencia.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 15:

El Paciente 15 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 16

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban mas a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 47

Fuente: Belén Gómez

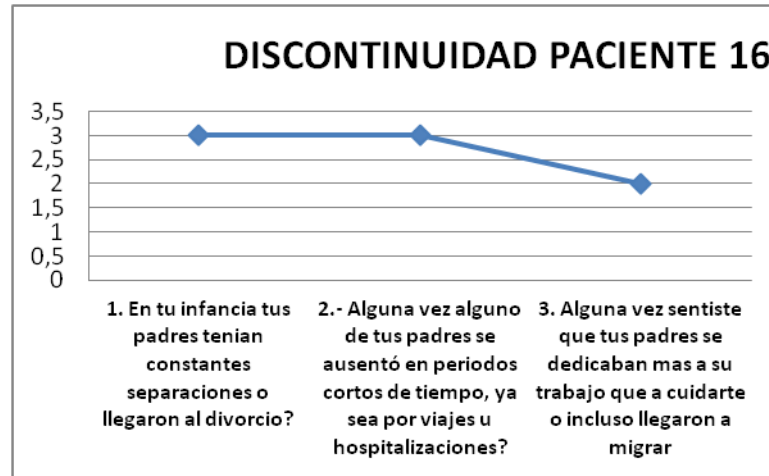


Gráfico No 49

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo sexto paciente en su infancia tuvo separaciones constantes de sus padres y alguno de ellos se ausento por viajes cortos u hospitalizaciones y frecuentemente sintió que sus padres se dedicaban mas a sus trabajos o llegaron a migrar.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	2
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	2
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 48

Fuente: Belén Gómez

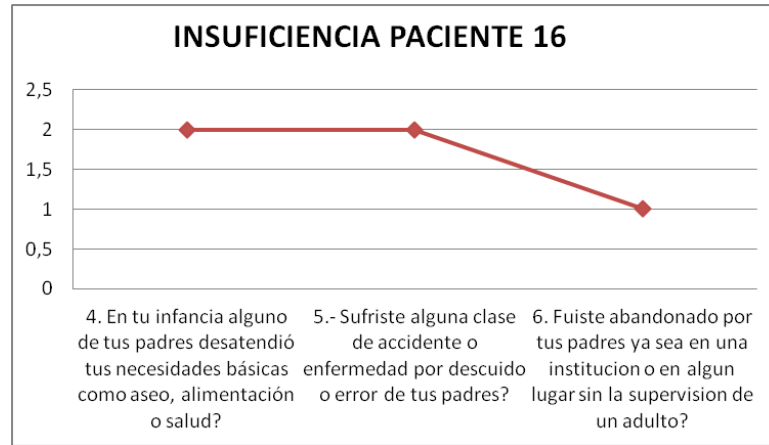


GRÁFICO No 50

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo tercer paciente siempre fue desatendido por uno de sus padres en sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 49

Fuente: Belén Gómez

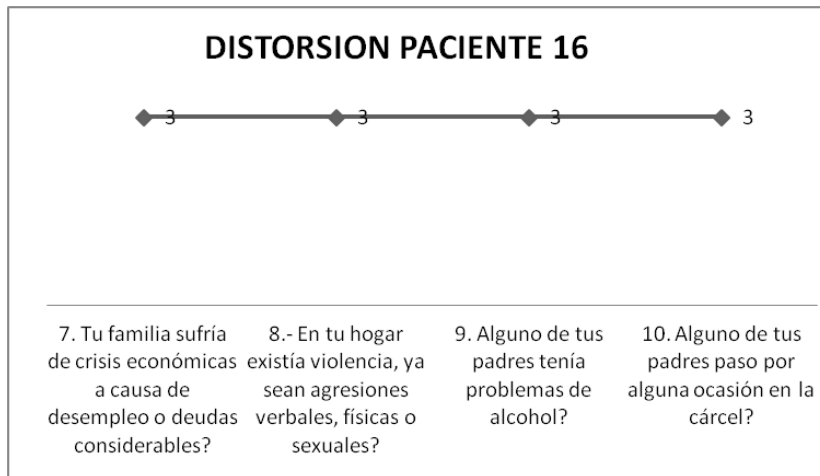


GRÁFICO No 51

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo sexto paciente en su infancia su familia ocasionalmente sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables, siempre en su hogar existía violencia y frecuentemente sus padres tuvieron problemas de alcohol.

ANALISIS GENERAL PACIENTE 16:

El Paciente 16 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 17

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	1
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 50
Fuente: Belén Gómez

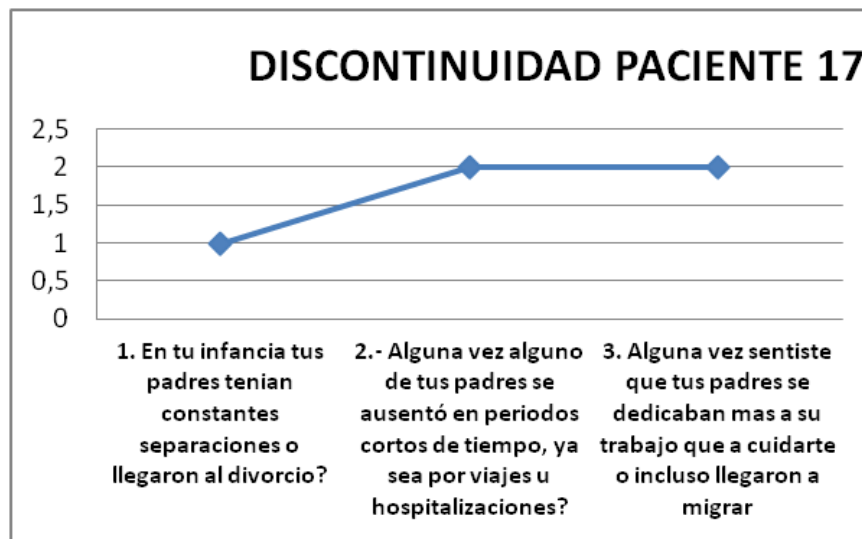


Gráfico No 52
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo séptimo paciente en su infancia frecuentemente uno de sus padres se ausentó por periodos cortos de tiempo ya sea por viajes u hospitalizaciones y alguna vez sintió que sus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarle o incluso llegaron a migrar

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	1
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	2

Cuadro No 51

Fuente: Belén Gómez

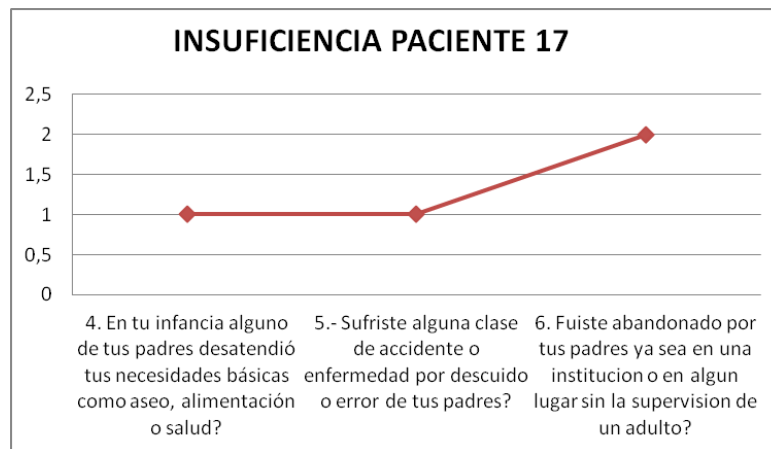


GRÁFICO No 53

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo séptimo paciente en su infancia ocasionalmente alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y sufrió alguna clase de accidente por descuido de sus padres y frecuentemente fue abandonado en algún lugar sin la supervisión de un adulto

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	0

Cuadro No 52

Fuente: Belén Gómez

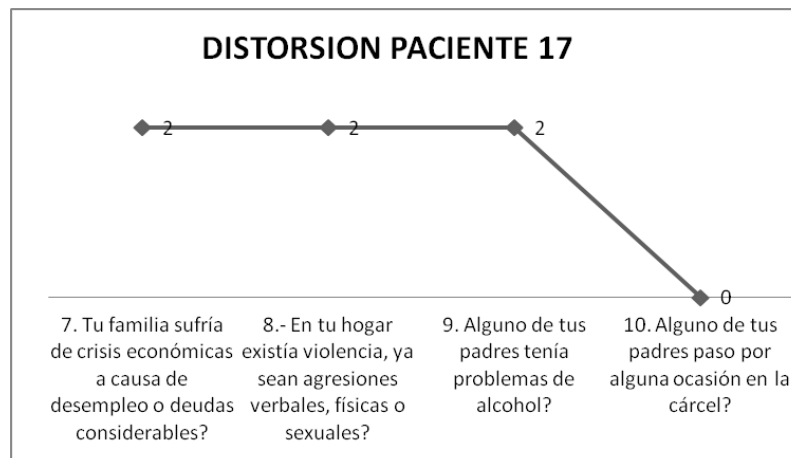


GRÁFICO No 54

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo séptimo paciente ocasionalmente tenía crisis económicas en su hogar a causa de desempleo o deudas considerables, en su hogar había violencia y alguno de sus padres tenía problemas con el alcohol.

ANÁLISIS GENERAL PACIENTE 17:

El Paciente 17 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 18

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	2

Cuadro No. 53
Fuente: Belén Gómez

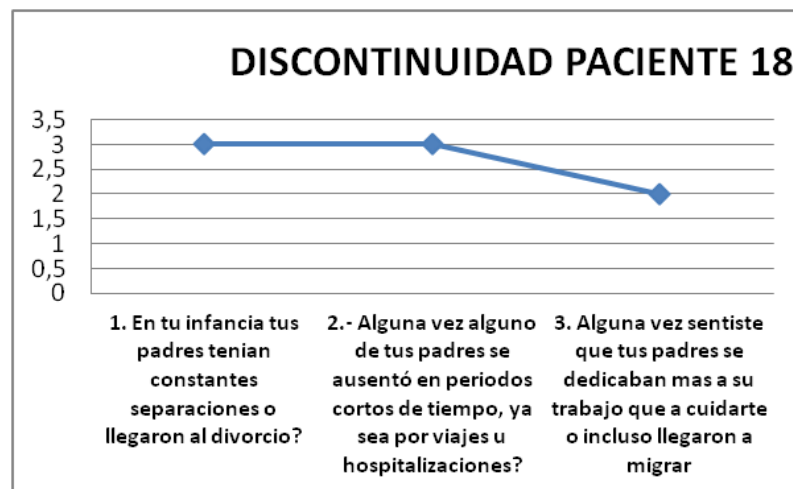


Gráfico No 55
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo octavo paciente en su infancia sufrió separaciones de sus padres, y alguno de sus padres se ausento en periodos cortos de tiempo ya sea por viajes u hospitalizaciones siempre y frecuentemente sintió que a sus padres le importaba mas el trabajo e incluso llegaron a migrar

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	2
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	1
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 54

Fuente: Belén Gómez

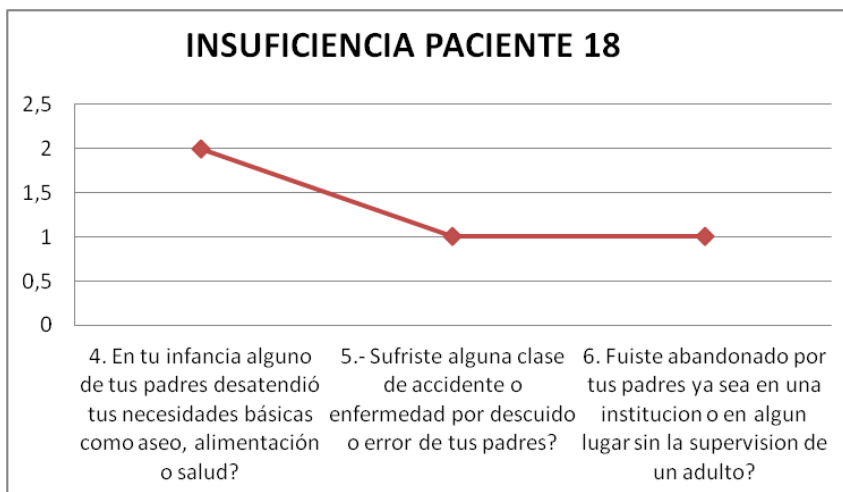


GRÁFICO No 56

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el octavo paciente en su infancia ocasionalmente fue desatendido en sus necesidades básicas como aseo y alimentación y sufrió algún accidente o enfermedad por descuido de sus padres y frecuentemente fue abandonado por sus padres en algún lugar o institución sin la supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	2
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 55

Fuente: Belén Gómez

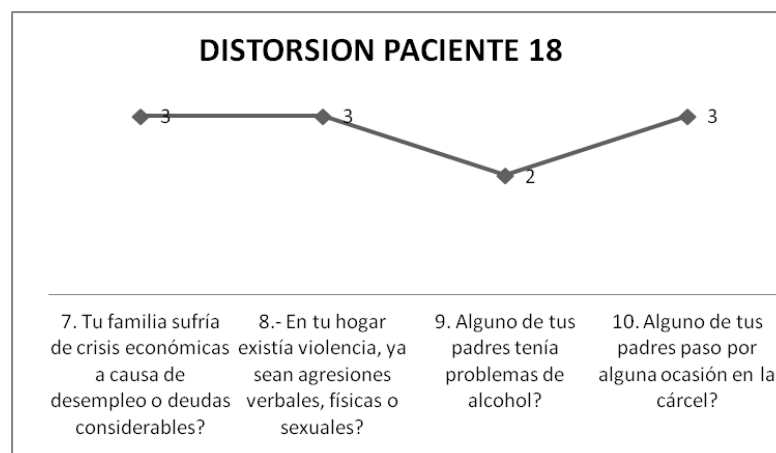


GRÁFICO No 57

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo octavo paciente en su infancia siempre sufría de crisis económicas por desempleo o deudas considerables, en su hogar existía violencia y alguno de sus padres estuvo en la cárcel y frecuentemente alguno de sus padres tuvo problemas de alcohol

ANALISIS GENERAL PACIENTE 18:

El Paciente 18 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 19

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	2
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 56
Fuente: Belén Gómez

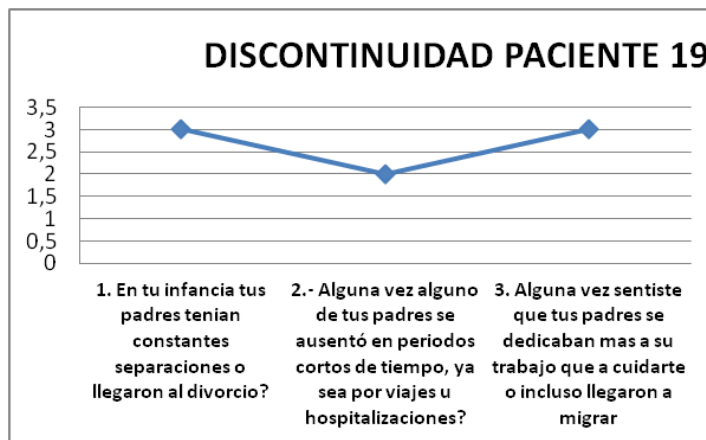


Gráfico No 58

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo noveno paciente en su infancia siempre sus padres tuvieron constantes separaciones y sintió que sus padres se dedicaban mas al trabajo o incluso llegaron a migrar y frecuentemente alguno de sus padres se ausento en periodos cortos de tiempo ya sea por viajes u hospitalizaciones

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	1
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	1

Cuadro No 57

Fuente: Belén Gómez

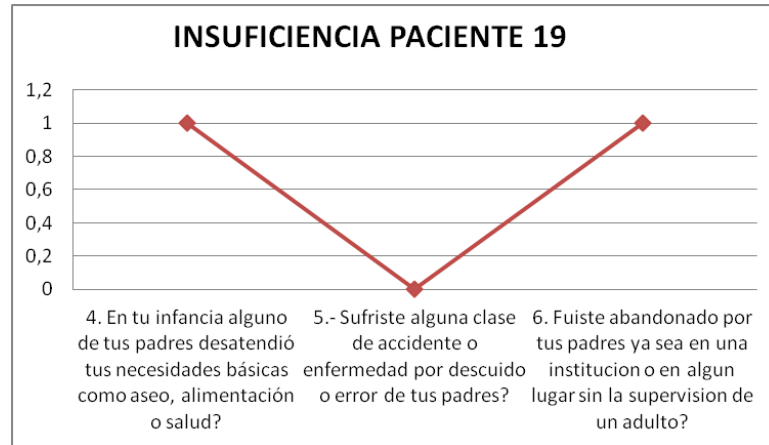


GRÁFICO No 59

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo noveno paciente ocasionalmente en su infancia alguno de sus padres desatendió sus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud y fue abandonado en algún lugar o institución sin la supervisión de un adulto.

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	3
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 58

Fuente: Belén Gómez

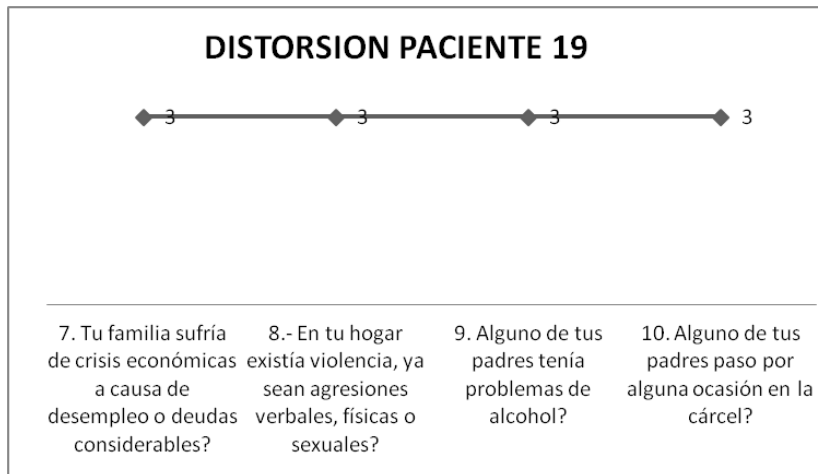


GRÁFICO No 60

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo noveno paciente frecuentemente en su infancia su familia sufrió de crisis económicas a causa de desempleo y siempre existió violencia en su hogar

ANALISIS GENERAL PACIENTE 19:

El Paciente 19 reflejo en su mayoría Distorsión cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Distorsión más que cualquiera de las otras dos carencias.

INDIVIDUO 20

DISCONTINUIDAD

PREGUNTA	RESULTADO
1. En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?	3
2.- Alguna vez alguno de tus padres se ausentó en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?	3
3. Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidarte o incluso llegaron a migrar	3

Cuadro No. 59
Fuente: Belén Gómez

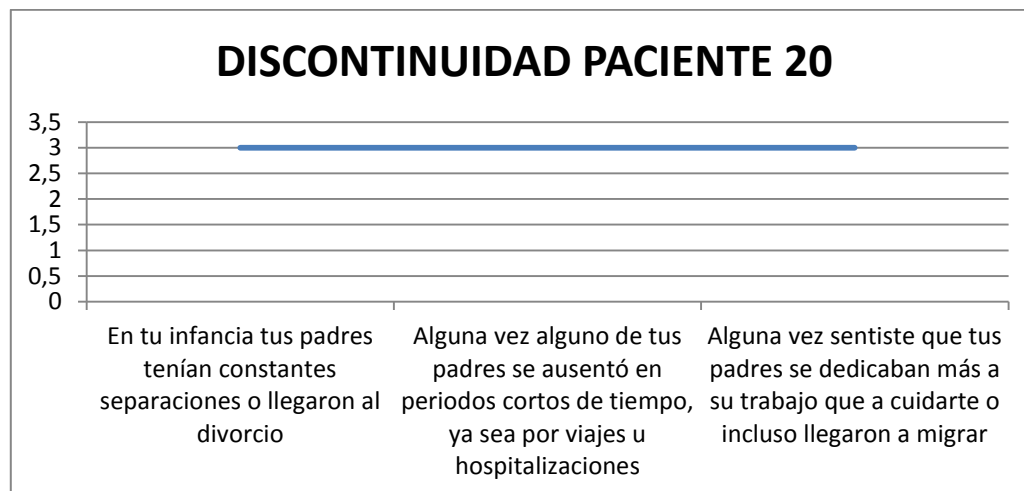


Gráfico No 61
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el veinteavo paciente en su infancia alguno de sus padres siempre se ausentó por periodos cortos, tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio, lo que hacia que el individuo tenga siempre la percepción de que sus padres dedicaban más tiempo a su trabajo.

INSUFICIENCIA

PREGUNTA	RESULTADO
4. En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación o salud?	0
5.- Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?	0
6. Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?	0

Cuadro No 60
Fuente: Belén Gómez

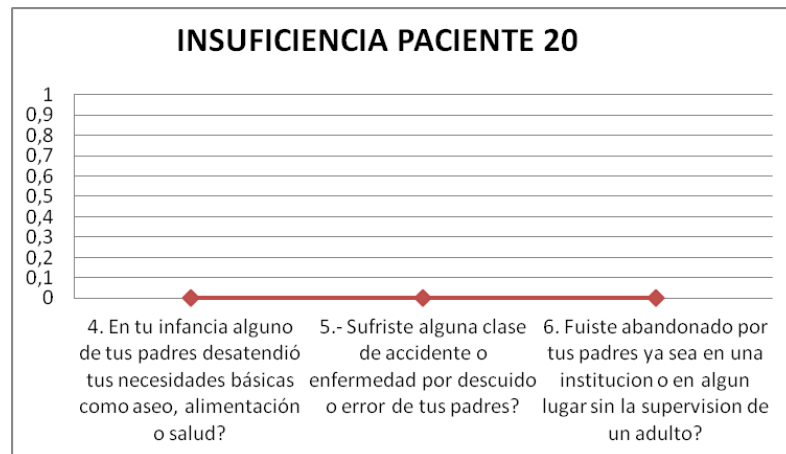


GRÁFICO No 62
Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el veinteavo paciente no tuvo ningún caso de insuficiencia en su infancia

DISTORSION

PREGUNTA	RESULTADO
7. Tu familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?	3
8.- En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?	0
9. Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?	3
10. Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?	3

Cuadro No 61

Fuente: Belén Gómez

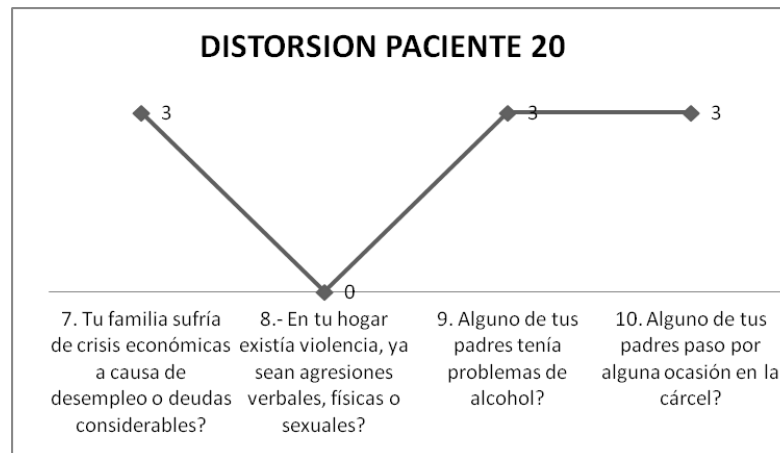


GRÁFICO No 63

Fuente: Belén Gómez

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el decimo noveno paciente frecuentemente en su infancia su familia sufrió de crisis económicas a causa de desempleo y siempre existió violencia en su hogar

ANALISIS GENERAL PACIENTE 20:

El Paciente 20 reflejo en su mayoría Discontinuidad cuando fue un niño puesto que en una de las preguntas que evaluaban este aspecto el señalo que fue un hechos que siempre sucedieron por lo que se puede decir que el paciente uno padeció Discontinuidad más que cualquiera de las otras dos carencias.

ANALISIS DE TODOS LOS PACIENTES

Para analizar los resultados obtenidos de todos los pacientes se realizaron la siguiente tabla y el siguiente GRÁFICO:

PREGUNTAS	TOTAL	PORCENTAJE
DISTORSION	13	65%
INSUFICIENCIA	2	10%
DISCONTINUIDAD	5	25%
TOTAL	20	100%

Cuadro No 62

Fuente: Belén Gómez

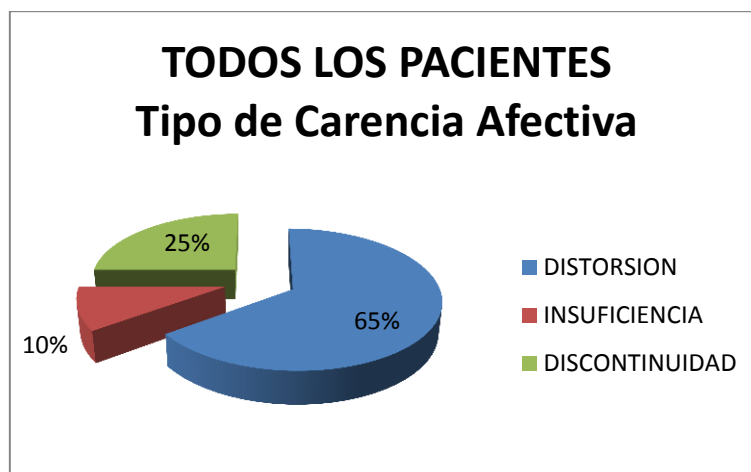


GRÁFICO No 64

Fuente: Belén Gómez

En donde se puede interpretar que la mayoría de pacientes padecían de Distorsión en un 65%, Discontinuidad en un 25% y de Insuficiencia el 10%.

4.2. NIVEL DE ALCOHOLISMO

Nivel de Alcoholismo	Nº de pacientes	Porcentaje
Leve	0	0
Moderado	3	15
Grave	17	85
Total:	20	100%

Cuadro No. 63

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 17 de ellos presentan un nivel grave de alcoholismo lo que representa un 85%, mientras que 3 de ellos manifiestan un nivel moderado de alcoholismo lo que representa el 15% de la totalidad de la población.



Gráfico No. 65

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Más de las tres cuartas partes de la población total que representa a la mayoría presentan un nivel de alcoholismo grave, lo que deja en evidencia la gravedad de consumo en los pacientes y la urgente necesidad de una solución al problema.

ALCOHOLISMO:

1. Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	0	0
1 o 2 veces al mes	1	5
2 a 3 veces a la semana	4	20
4 o más veces a la semana	15	75
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 64

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes internos 15 de ellos consume alguna bebida alcohólica 4 o más veces a la semana, lo que corresponde al 75%, 4 de ellos consumen bebidas alcohólicas de 2 a 3 veces a la semana lo que corresponde al 20%.



Interpretación:

Gráfico No. 66

Fuente: Belén Gómez

Las tres cuartas partes de los internos en la Fundación Abrazo del Padre que corresponden a la mayoría que consumen una bebida alcohólica 4 o más veces a la semana, lo que indica su nivel grave de consumo, y el hábito de bebida que han desarrollado.

2.Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal	Nº paciente	Porcentaje
1 o 2	1	5
3 o 4	0	0
5 o 6	0	0
7, 8 o 9	19	95
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 65

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes internos 19 tiene de 7 a 9 consumiciones de bebidas alcohólicas en un día de consumo normal lo que corresponde al 95%, uno de ellos tiene de 1 a 2 consumiciones lo que representa el 5%.

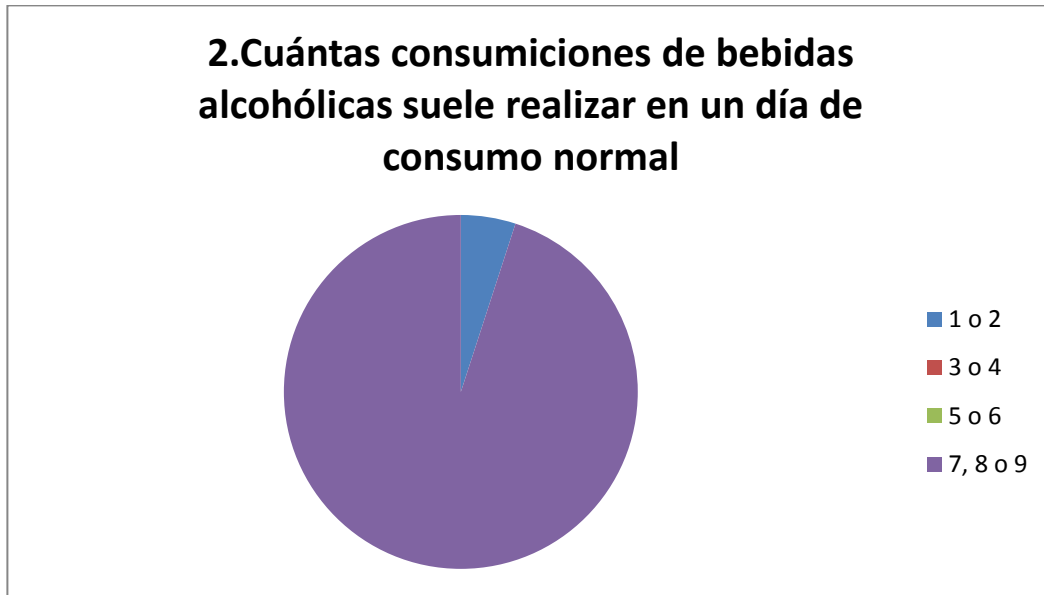


Gráfico No. 67

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Casi la totalidad de los internos en la Fundación refieren que en un día de consumo normal realizan de siete a nueve consumiciones diarias, lo que indica su nivel grave de consumo, además de la dificultad que presentan para dejar de beber una vez que han iniciado.

3. Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en un solo día	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	0	0
Menos de 1 vez al mes	0	0
Mensualmente	3	15
Semanalmente	13	65
A diario o casi a diario	4	20
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 66

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes internos 13 consumen semanalmente 6 o más bebidas en un solo día lo que corresponde al 65%, 4 de ellos lo hacen a diario o casi a diario lo que corresponde al 20%.

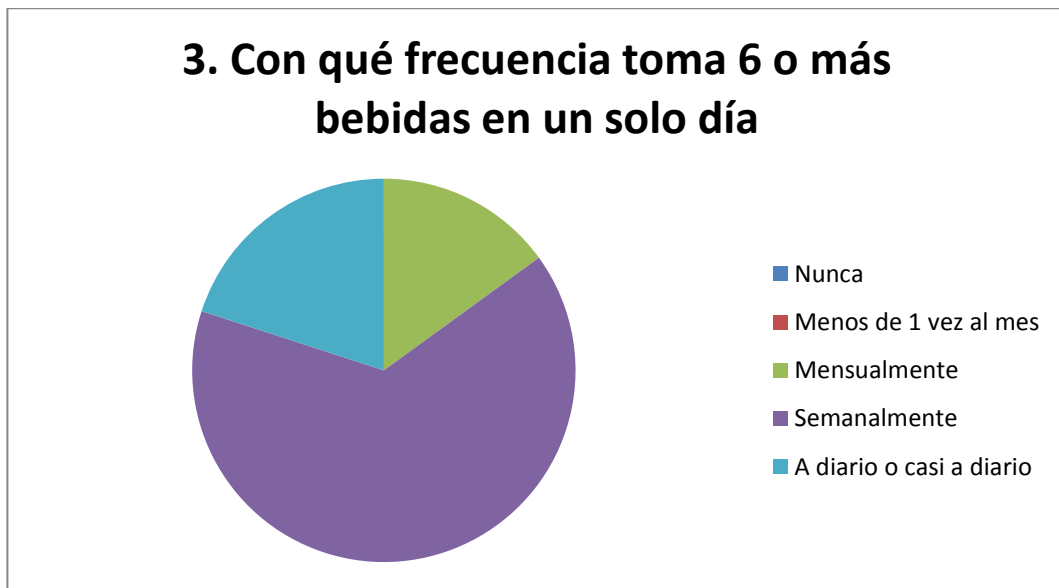


Gráfico No. 68

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Más de la mitad de los pacientes internos en la Fundación que representan a la mayoría de la población total investigada consumen 6 o más bebidas en un solo día de manera semanal, lo que deja en evidencia la patología de consumo de los pacientes

4. Con que frecuencia en el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	2	10
Menos de 1 vez al mes	1	5
Mensualmente	1	5
Semanalmente	13	65
A diario o casi a diario	3	15
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 67

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 paciente internos 13 semanalmente han sentido la incapacidad de parar de beber una vez que habían empezado lo que corresponde al 65%, 3 de ellos lo han experimentado a diario o casi a diario lo que corresponde al 15%.

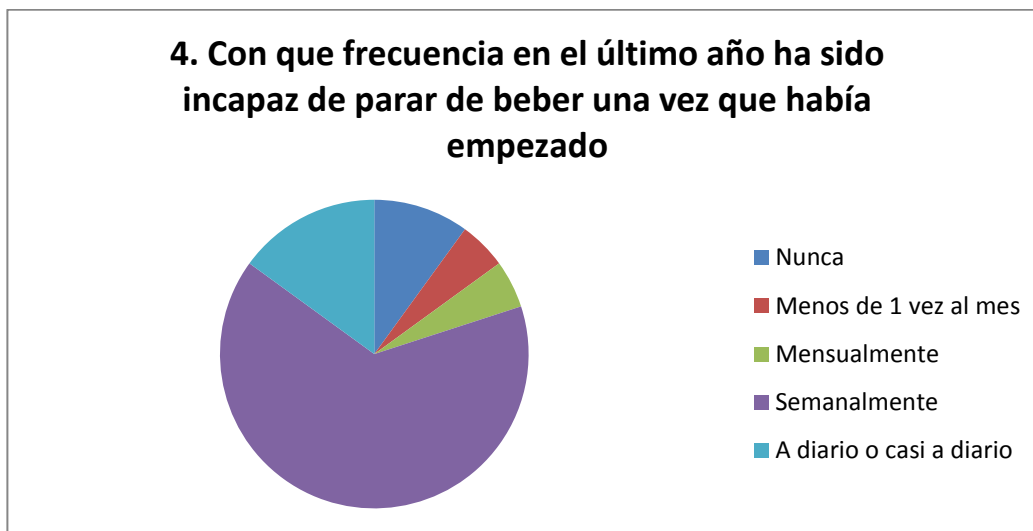


Gráfico No. 69

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Las tres cuartas partes de los pacientes internos en la Fundación dejan en evidencia que de manera semanal se han sentido incapaces de parar de beber una vez que habían empezado, lo que enmarca una de las características principales del alcoholismo, además del pobre dominio propio de los individuos.

5. Con que frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	5	25
Menos de 1 vez al mes	2	10
Mensualmente	10	50
Semanalmente	3	15
A diario o casi a diario	0	0
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 68

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De 20 pacientes 10 internos en el transcurso del último año no pudieron hacer lo que se esperaba de ellos porque habían bebido lo que representa al 50%, 5 de ellos nunca pasaron esto lo que representa el 25%

5. Con que frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido

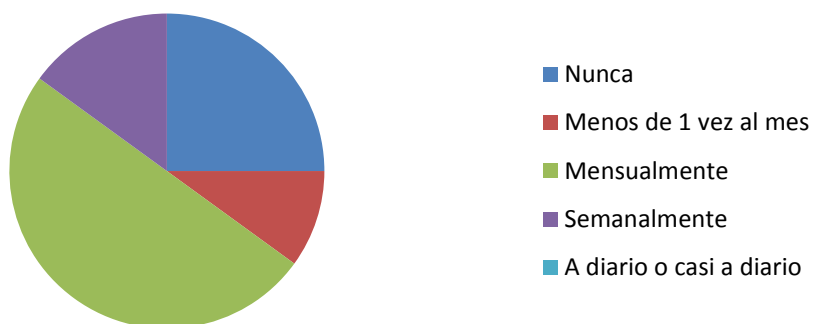


Gráfico No. 70

Fuente: Belén Gómez

Las tres cuartas parte de la población investigada refiere que en alguna ocasión ya sea de forma mensual semanal o a diario no pudieron hacer lo que de ellos se esperaba porque había bebido, lo que deja en evidencia como el alcohol llega a afectar su vida social.

6. Con que frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	6	30
Menos de 1 vez al mes	0	0
Mensualmente	2	10
Semanalmente	9	45
A diario o casi a diario	3	15
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 69

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 9 internos necesitan semanalmente beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior lo que representa al 45%, 6 de los pacientes nunca necesitaron beber en ayunas lo que representa el 30%

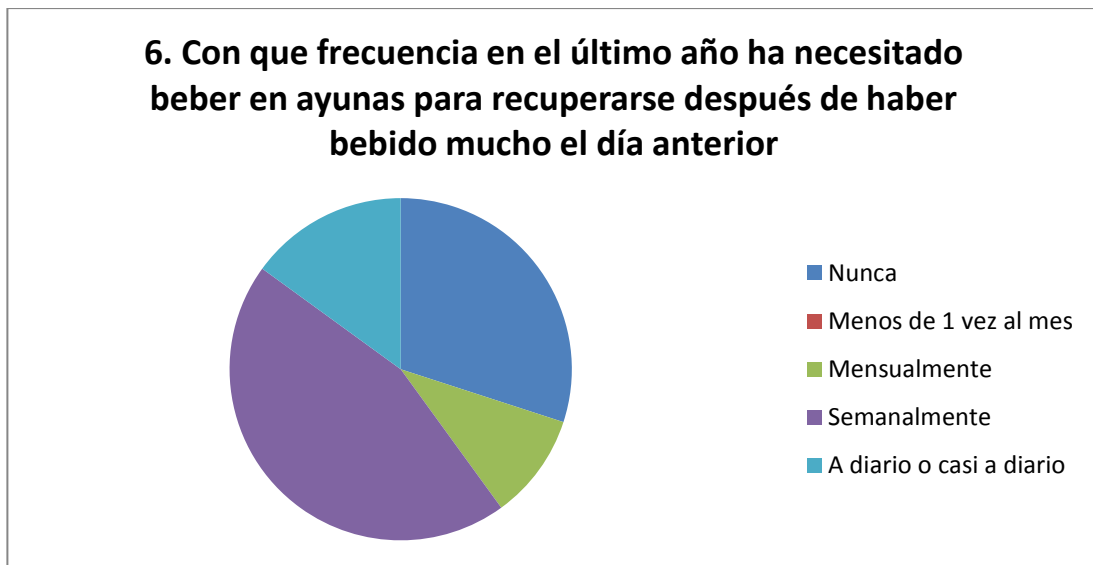


Gráfico No. 71

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Más de la mitad de los pacientes internos han necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, ya sea de forma diaria, semanal o mensual, lo que refleja la necesidad a nivel orgánico de alcohol, dejando en evidencia el nivel de alcoholismo de los pacientes.

7. Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	10	50
Menos de 1 vez al mes	1	5
Mensualmente	3	15
Semanalmente	4	20
A diario o casi a diario	2	10
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 70

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 10 nunca han presentado remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido lo que representa al 50%, 4 de los pacientes han presentado remordimientos y sentimientos de culpa semanalmente lo que representa el 20%.

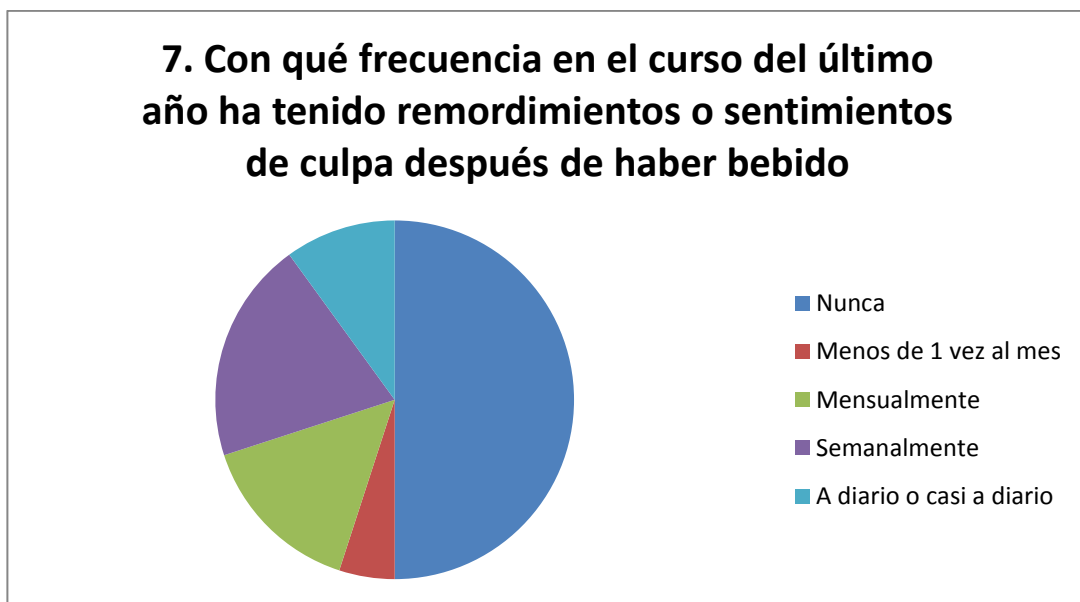


Gráfico No. 72

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

La mitad de los internos nunca han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido, lo que nos indica la falta de conciencia de la enfermedad por parte de los pacientes hacia el alcoholismo.

8. Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo	Nº paciente	Porcentaje
Nunca	1	5
Menos de 1 vez al mes	3	15
Mensualmente	3	15
Semanalmente	11	55
A diario o casi a diario	2	10
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 71

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 11 de ellos semanalmente no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo lo que corresponde al 55%, a 3 de ellos les ha ocurrido mensualmente lo que representa el 15%.

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

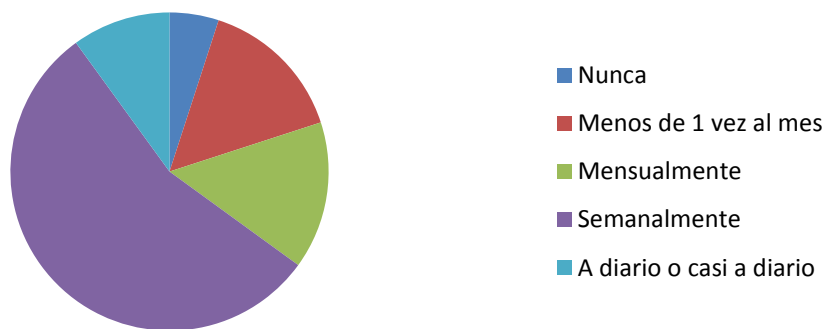


Gráfico No. 73

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Casi la totalidad de los pacientes internos representantes de la mayoría de la totalidad de la población investigada que de manera semanal no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo, lo que nos indica que la cantidad de alcohol consumida llegó a disminuir los niveles de conciencia a tal punto que los pacientes no recordaron lo sucedido.

9. Usted o alguna otra persona había resultado herido porque Usted había bebido	Nº paciente	Porcentaje
No	5	25
Sí, pero no en el curso del último año	4	20
Si, el último año	11	55
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 72

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 11 internos en el último año resultaron heridos o alguna otra persona a causa de que había estado bebiendo lo que corresponde al 55%, 4 de ellos si han resultado heridos pero no en el curso del último año lo que corresponde al 20%



Gráfico No. 74

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Más de la mitad de los internos que representan a la mayoría de la población total investigada en el transcurso del último año ellos o alguna otra persona resultaron heridos porque el paciente había bebido, lo que indica las consecuencias y la gravedad de su nivel de consumo.

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber	Nº paciente	Porcentaje
No	5	25
Sí, pero no en el curso del último año	4	20
Si, el último año	11	55
TOTAL	20	100%

Cuadro No 73

Fuente: Belén Gómez

Análisis:

De los 20 pacientes 11 manifiestan que algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber en el curso del último año lo que corresponde al 55%, y 4 a de ellos si leas han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas pero no en el curso del último año lo que corresponde al 20%



Gráfico No. 75

Fuente: Belén Gómez

Interpretación:

Las tres cuartas partes de los pacientes internos en la Fundación, por parte de algún médico, amigo, familiar o profesional sanitario se les han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber, lo cual denota que el alcohol ha afectado no solo a su organismo sino también a su vida social y afectiva

RESUMEN GENERAL

Paciente	Grado de Alcoholismo	Disc		Ins		Dist		Carencia total
		total	Discontinuidad	total	Insuficiencia	total	Distorsion	
1	2	7.0	2.3	5	1.7	8	2	2.0
2	2	5	1.7	0	0.0	4	1	0.9
3	3	4	1.3	3	1.0	6	1.5	1.3
4	2	6	2.0	5	1.7	7	1.75	1.8
5	3	6	2.0	1	0.3	4	1	1.1
6	3	5	1.7	3	1.0	8	2	1.6
7	3	5	1.7	4	1.3	9	2.25	1.8
8	3	4	1.3	6	2.0	9	2.25	1.9
9	3	8	2.7	4	1.3	12	3	2.3
10	3	6	2.0	9	3.0	4	1	2.0
11	3	8	2.7	9	3.0	6	1.5	2.4
12	3	6	2.0	1	0.3	9	2.25	1.5
13	3	4	1.3	3	1.0	6	1.5	1.3
14	3	7	2.3	5	1.7	11	2.75	2.3
15	3	5	1.7	3	1.0	8	2	1.6
16	3	8	2.7	5	1.7	12	3	2.4
17	3	5	1.7	4	1.3	8	2	1.7
18	3	8	2.7	4	1.3	11	2.75	2.3
19	3	8	2.7	2	0.7	12	3	2.1
20	3	9	3.0	0	0.0	9	2.25	1.8
			5		2		13	

Cuadros No. 74

Fuente: Belén Gómez

4.2 Verificación de Hipótesis:

Hipótesis General:

La carencia afectiva infantil incide directamente sobre el alcoholismo de los pacientes internos en la Fundación Abrazo del Padre.

La hipótesis se comprueba puesto que como muestran los resultados de los test aplicados a la totalidad de la población, el test de carencia afectivas arroja como resultado que el 100% de la población atravesó en su vida temprana carencias o vacíos afectivos, predominando en la mayoría en tipo de carencia afectiva por distorsión, mientras que la minoría se da por insuficiencia y discontinuidad, además el test AUDIT nos muestra que de igual manera la totalidad de la población atraviesa por alcoholismo en su mayoría grave y minoría moderado lo que demuestra que un paciente que en su niñez sufrió de carencias o privación afectiva en su vida adulta puede presentar problemas de consumo de sustancias alcohólicas.

Hipótesis Particulares:

En los pacientes la carencia por distorsión es el principal tipo de carencia afectiva infantil atravesada por los mismos.

La hipótesis se prueba puesto que como demuestran los resultados del test aplicado para identificar el tipo de carencia afectiva atravesado en la infancia el 75% de los pacientes internos presentan carencias afectivas del tipo por distorsión, lo que representa a la mayoría de la población.

El nivel de alcoholismo que alcanzan los pacientes es el grave.

La hipótesis se prueba puesto que como muestran los resultados del test AUDIT para la identificación del nivel de consumo de alcohol, el 85% de los pacientes internos presentan un nivel de consumo grave, lo que representa a la mayoría de la población.

4.2. CÁLCULO DEL JI CUADRADO

Para el cálculo del ji cuadrado se utilizarán los test de carencia afectiva en su infancia

Para la comprobación de la hipótesis se utilizará la prueba estadística X^2 en español (Ji cuadrado)

$$x^2 = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n \frac{(f_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

En donde:

f_{ij} = Frecuencia observada para la categoría en la fila i , y en la columna j de la tabla de contingencia.

e_{ij} = Frecuencia esperada para la categoría en la fila i , y en la columna j de la tabla de contingencia, basada en la hipótesis de independencia.

$$e_{ij} = \frac{(\text{Total de la fila } i)(\text{Total de la columna } j)}{\text{Tamaño de la muestra}}$$

r = Número de filas de la tabla de contingencia.

c = Número de columnas de la tabla de contingencia.

n = Tamaño de la muestra.

$(r-1)(c-1) = gl$, grados de libertad que tiene una distribución “ji cuadrado”

Finalmente, una vez que se analice la información y los datos, se procederá a la triangulación de la información, misma que servirá para establecer una teoría.

Especificación de las regiones de aceptación y rechazo.

Determinamos los valores de grados de libertad, considerando que el cuadro tiene 3 filas y 2 columnas por lo tanto serán:

$$Gl = (f - 1) (c - 1)$$

$$Gl = (3 - 1) (3 - 1)$$

$$Gl = (2) (2)$$

$$Gl = 4$$

Por lo tanto con 4 grados de libertad y un nivel de 0.025% de confiabilidad.

La tabla del $Xt^2 = 11,14$

Por tanto si $Xt^2 \leq Xc^2$, se aceptará la H_0 caso contrario se la rechazará.

Cuadro N° 75 FRECUENCIAS OBSERVADAS CARENCIAS- NIVEL DE ALCOHOLISMO

TABLAS DE CONTINGENCIA

FRECUENCIA OBSERVADA				
NIVEL	LEVE	MODERAD	GRAVE	TOTAL
CARENCIA		O		
DISCONTINUIDAD	0	3	2	5
INSUFICIENCIA	0	0	2	2
DISTORSION	0	0	13	13
TOTAL	0	3	17	20

FRECUENCIA ESPERADA				
NIVEL	LEVE	MODERAD	GRAVE	TOTAL
CARENCIA		O		
DISCONTINUIDAD	0	1	4	5
INSUFICIENCIA	0	0	2	2
DISTORCION	0	2	11	13
TOTAL	0	3	17	20

Nota Importante: Para el calculo del X^2 se retira la columna de alcoholismo leve, debido que un número dividido para cero no existe, es un error matemático

VALOR X ²			
NIVEL	MODERADO	GRAVE	TOTAL
CARENCIA			
DISCONTINUIDA D	6.7500	1.1912	7.9412
INSUFICIENCIA	0.3000	0.0529	0.3529
DISTORCION	1.9500	0.3441	2.2941
TOTAL	9.0000	1.5882	10.5882

GRADOS DE LIBERTAD

F	3	Número de filas
C	2	Número de Columnas
GL	2	Grados de Libertad

Tomamos $X^2 = 10.5882$ y $GL = 2$

Para calcular alfa utilizamos la función de excel **CHIDIST**

$$\alpha = 0.005021131$$

Sabiendo que α es la probabilidad de que se obtenga una muestra como la que se obtuvo **sin que exista una correlación de las variables**, si el valor de α es muy

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

La carencia afectiva parental sufrida en la infancia influye en el posterior consumo de alcohol en los pacientes internos de la Fundación Abrazo del padre, a causa de que estos vacíos afectivos que no son correctamente procesados en el infante genera una posterior predisposición a un tipo adictivo de consumo de alcohol.

La carencia afectiva por distorsión que se caracteriza por dificultades socio económicas, separaciones de los padres, interacción familiar inadecuada en donde exista violencia o alcoholismo de uno de los padres es el tipo que en mayor porcentaje han presentado los pacientes internos en un 65% como lo demuestran los resultados de la investigación realizada a la totalidad de la población.

El nivel de consumo presentado en su mayoría como muestra el test aplicado a la totalidad de la población investigada es del 85% grave.

5.2. Recomendaciones:

Es imperioso que antes de realizar el tratamiento psicoterapéutico individual se tome en cuenta las particularidades de cada caso, y de las características de la vida temprana de cada individuo para que mediante la conceptualización cognitiva de cada caso se alcance la mayor efectividad.

Es importante para la realización del tratamiento tomar en cuenta la etapa del proceso de desintoxicación en el que se encuentra el paciente para analizar la posible necesidad de un tratamiento interdisciplinario que pueda implicar la colaboración de un profesional psiquiátrico.

La psicoterapia Cognitiva Grupal deberá ser llevada a cabo con todos los integrantes de la Fundación y en un ambiente propicio ya que cada sesión conlleva técnicas que serán imprescindibles para el pronóstico favorable de los internos.

En caso de ser posible se tomará en cuenta la colaboración de la familia para realizar psicoterapia familiar lo cual ayudará de gran manera a sanear los vacíos afectivos de los pacientes internos.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Tema:

Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en los pacientes con alcoholismo de la Fundación Abrazo del Padre.

6.1.2. Institución Ejecutora:

Fundación Abrazo del Padre

Población: 20 pacientes internos con problemas de consumo de alcohol. Tiempo: 9 meses

6.1.3. Beneficiarios:

Directos: pacientes con problemas de consumo de alcohol

Indirectos: Familiares y Sociedad

6.1.4. Ubicación:

Provincia de Tungurahua ciudad de Ambato, ubicada en Huachi Grande

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución

El tiempo utilizado será de 24 sesiones una sesión por semana lo que llevara aproximadamente 6 meses.

Antecedentes de la propuesta

La carencia afectiva parental sufrida en la infancia influye en el posterior consumo de alcohol en los pacientes internos de la Fundación Abrazo del padre, a causa de que estos vacíos afectivos que no son correctamente procesados en el infante genera una posterior predisposición a un tipo adictivo de consumo de alcohol como medio de sanar su afectividad alterada.

La carencia afectiva por discontinuidad que se caracteriza por dificultades socio económicas, separaciones de los padres, interacción familiar inadecuada en donde exista violencia o alcoholismo de uno de los padres es el tipo que en mayor porcentaje han presentado los pacientes internos en un 75% como lo demuestran los resultados de la investigación realizada a la totalidad de la población.

El nivel de consumo presentado en su mayoría como muestra el test aplicado a la totalidad de la población investigada es del 85% grave, por lo que se deja en real evidencia la necesidad imperiosa de un tratamiento efectivo.

No ha existido hasta el día de hoy un tratamiento que de real importancia al área afectiva de la vida temprana de un individuo con actuales problemas de consumo de alcohol.

Justificación

Gracias al test de AUDIT y al cuestionario de identificación de carencias afectivas es factible realizar la aplicación ya que los resultados dejan evidenciar la necesidad imperiosa de seguir un proceso psicoterapéutico en los pacientes que manifiestan un consumo preocupante de alcohol además de profundos conflictos psico-afectivos.

La finalidad de la presente investigación es que por medio de esta propuesta se pueda utilizarlo como medio terapéutico dirigido a aquellos pacientes que estén atravesando por alcoholismo ya sea leve, moderado o grave, en aquellos casos en los que las carencias afectivas en la infancia han sido los principales causantes de una dependencia alcohólica en la etapa adulta de la vida, ya que las carencias por ser un problema con inicio en la infancia, no solamente tiende a persistir, sino que en la edad adulta se exagera con el paso del tiempo, siendo la precursora del desarrollo de dependencias ya sean afectivas y principalmente a sustancias, en nuestro caso al alcohol, lo que en ocasiones si no es tratado a tiempo llega a consumir a la persona a tal punto de acortar o terminar con su vida, estas consecuencias irreversibles son lo que precisamente se busca evitar con esta propuesta.

Objetivos

General:

Establecer un Modelo Cognitivo Conductual para psicoterapia basada en vacíos afectivos de pacientes alcohólicos

Específicos:

Disminuir el grado de consumo de alcohol de los pacientes internos.

Sanear mediante técnicas Cognitivas Conductuales los vacíos afectivos de los pacientes

Análisis de factibilidad

Es factible ya que la población se encuentra cautiva y existen predisposiciones de los pacientes para realizar un tratamiento.

La terapia Cognitiva Conductual es la más efectiva en tratamiento de adicciones en un 75% según la Federación Uruguaya de Psicoterapia.

Al trabajar con las ideas irracionales y los esquemas mentales de los pacientes con adicción iremos cambiando a su vez la esfera emocional y afectiva teniendo como resultado una modificación en su consumo y conducta

Fundamentación científico-técnica

A la considerable variedad de técnicas de tratamiento o intervención disponibles en la moderna Psicología Clínica se ha venido a sumar recientemente el importante conjunto de las denominadas técnicas cognitivas.

Las técnicas cognitivas han venido, en este sentido, a llenar la laguna tradicionalmente existente en la labor clínica del Psicólogo, añadiéndose a las múltiples técnicas de modificación de la conducta o actividad manifiesta de los sujetos y a las centradas en el componente afectivo o emocional de la mayoría de los problemas clínicos humanos, englobadas generalmente bajo el epígrafe de técnicas de relajación o de desactivación emocional.

Supuestos y características de las terapias cognitivas.

El denominador común de todas las técnicas agrupadas bajo la etiqueta de cognitivas es el de apoyarse en el supuesto básico de conceder un valor mediacional a las cogniciones respecto a los demás componentes del comportamiento humano (las emociones y la conducta motora o manifiesta) ante una experiencia o situación estimular determinada, atribuyendo con ello, finalmente, a las cogniciones una función causal sobre estos otros componentes del comportamiento humano. Este

papel prioritario y fundamental concedido a las cogniciones respecto a la conducta normal, se traduce, igualmente, en el ámbito de la Psicopatología en el supuesto básico de que la mayoría de los trastornos emocionales o de conducta son producidos o causados por alteraciones o trastornos del pensamiento.

Aunque no es indudablemente cierto que las cogniciones o los pensamientos desempeñen en todos los casos este papel causal prioritario y fundamental sobre los trastornos emocionales o de conducta, sí es indiscutible que su función suele resultar, normalmente, relevante, tanto para comprender y explicar la génesis de muchos trastornos clínicos, como para facilitar la terapia y la prevención de los mismos.

PRINCIPALES SUPUESTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS	
Supuesto Básico	Los trastornos psicopatológicos son producidos o causados principalmente por problemas o alteraciones cognitivas o del pensamiento.
Metas Terapéuticas	Hacer al paciente consciente y ayudarle a comprender los errores cognitivos que comete. Modificar los patrones alterados o anómalos de pensamiento del paciente.
Tipo o Estilo de Tratamiento	Intervención activa y directa por parte del terapeuta. Estilo de tratamiento directivo. Interacción y colaboración activa entre terapeuta y paciente (Empirismo Colaborador). Terapias normales breves o de tiempo limitado.

Cuadro No. 76 Principales supuestos y características de las terapias cognitivas

Fuente: Carrolles José Antonio

Terapias cognitivas.

Las terapias cognitivas surgieron históricamente, por un lado, como una evolución del propio ámbito de la Terapia o Modificación de Conducta que constituía la principal forma de intervención dentro de la Psicología Clínica en los años sesenta (Carroble, 1983) a través de desarrollos y autores como los siguientes: la admisión de la existencia de los procesos mediacionales o encubiertos y el desarrollo de las denominadas **técnicas terapéuticas encubiertas** (Homme, 1965; Cautela, 1966); la propuesta de mecanismos (cognitivo)-simbólicos implicados en el cambio conductual en procesos y terapias tales como el **modelado** o aprendizaje por observación e imitación (Bandura, 1969); las investigaciones y desarrollo de modelos sobre el **Autocontrol** y habilidades de auto-manejo (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974); los trabajos y modelos sobre auto-eficacia y determinismo recíproco propuestos igualmente por Bandura (1977, 1978); y los trabajos y técnicas terapéuticas desarrollados por Meichenbaum y su grupo sobre autoinstrucciones e inoculación de estrés (Meichenbaum, 1969; 1975); y los trabajos y técnicas de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971); por sólo citar los más relevantes. Estas técnicas son denominadas con frecuencia por algunos autores como **Técnicas Cognitivo-Conductuales**.

Otro importante grupo de técnicas dentro de la Terapia Cognitiva lo constituye el englobado genéricamente bajo el nombre de **Técnicas de Reestructuración Cognitiva**. Estas técnicas fueron en la mayor parte de los casos frutos del desarrollo de modelos paralelos al de la Terapia o Modificación de Conducta, si bien en muchos de ellos se ha observado una clara confluencia o integración posterior con la misma. Como autores básicos de referencia en este ámbito cabe citar a Ellis (1958, 1968, 1979) y el importante desarrollo de la teoría y de la técnica terapéutica

denominada **Terapia Racional Emotiva** (TRE). El otro gran autor en este ámbito es Beck y la Propuesta de su Terapia Cognitiva o **Terapia de Reestructuración Semántica** (Beck, 1963, 1964, 1970).

Un hecho digno de destacar aplicable a estos dos autores, Ellis y Beck, es su desplazamiento reciente hacia posiciones más integradoras en relación con otros modelos de los que inicialmente se mostraban separados. Un claro ejemplo en este sentido es el de Ellis y su reciente propuesta de integración con un modelo conductual o cognitivo-conductual actualizado, junto al consecuente cambio de nombre de su modelo de terapia que ahora ha pasado a llamarse Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis, 1993). En igual sentido, Beck (1991) también ha emprendido el camino de la integración entre distintas formas de Terapia, aunque desde unas perspectivas algo diferentes a la de Ellis, grandes similitudes. Un último bloque de técnicas digno de mencionar, aunque por el momento de menor aplicabilidad práctica, es el denominado Técnicas

Constructivistas o construccionistas, cuyo principio epistémico fundamental es el del constructivismo que postula que el conocimiento humano no es una reproducción exacta del mundo real (en sus representaciones y en sus leyes o relaciones), sino que supone siempre una interpretación de lo real. Es decir, que cuando construimos y en este sentido considera a los sujetos humanos como agentes activos que constituyen los significados de su mundo de experiencia, a diferencia de la postura empirista normalmente mantenida por los demás modelos cognitivos y no cognitivos que afirma la existencia y la influencia del mundo real con independencia del observador. A diferencia de los demás terapeutas cognitivos, el terapeuta constructivista, aunque busca el cambio del paciente como ellos, sus criterios de ajuste no son la mejor adaptación y visión de la realidad objetivamente existente, sino la exploración, la adaptación y el desarrollo de relaciones diferentes con el sí

mismo y el mundo a través de la exploración de las consecuencias que para el paciente tiene su forma de ver y de interactuar con el mundo. Los autores y las propuestas terapéuticas dentro de este enfoque son muy recientes y diversas y por ello aún no apoyadas en un buen soporte práctico y experimental. Entre los autores más destacados cabe mencionar a Mahoney (1988, 1991); Guidano (1987) y Weimer (1975, 1977).

Principales tipos de terapia cognitiva aplicables a las adicciones de sustancias psicotrópicas

PRINCIPALES TERAPIAS COGNITIVAS DE APLICABILIDAD PRÁCTICA EN LA DROGADICCIÓN	
Técnicas de reestructuración cognitiva	Técnicas cognitivo-conductuales
<ul style="list-style-type: none"> . Terapia racional emotiva (TRE) (Terapia Racional Emotiva Conductual TREC). . Terapia cognitiva o de reestructuración semántica de Beck. . Técnica de auto-instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> . Solución de problemas. . Inoculación de estrés. . Técnicas terapéuticas encubiertas. . Técnicas de autocontrol. . Habilidades sociales.

Cuadro No. 77
Principales Terapias de aplicabilidad práctica en la drogadiccción
Fuente: Carrobbles José Antonio

Aunque es muy amplia la variedad de técnicas cognitivas propuestas hasta el momento, no todas tienen una igual validez empírica y aplicabilidad práctica a los

distintos problemas clínicos humanos, y mucho menos aún, a problemas tan específicos como los relacionados con la adicción a drogas o sustancias.

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1976)

El abordaje que se realiza a un paciente determinado se deriva de una conceptualización minuciosa del caso particular. A su vez, la formulación específica del caso se basa en el modelo cognitivo de ese trastorno. La conceptualización completa del caso, en los primeros estadios del tratamiento, que incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida tempranos con los problemas actuales, diferencia la terapia cognitiva de alguna de las otras formas de terapia. El abordaje que se realiza consiste:

- Suponer un trabajo de colaboración terapeuta-paciente
- Activo
- Basado en gran parte en preguntas abiertas
- Altamente estructurado y centrado

Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más, la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas:

Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir mediante la refutación de las creencias subyacentes, y
Enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

En resumidas cuentas, el objetivo es reducir la presión e incrementar el control.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan abuso de una sustancia y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las sustancias, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrentan con impulsos de consumir apremiantes.

Las técnicas que utiliza el terapeuta incluyen una evaluación de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas.

El análisis de coste y beneficios también conocido como análisis de ventajas y desventajas, el terapeuta también ayuda al paciente a encontrar formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que volver al alcohol para aliviarse. También trabajan conjuntamente para estructurar la vida del paciente de forma que pueda disponer de otras fuentes de placer.

Según Ellis (1988), muchos pacientes tienen poca tolerancia a la frustración, y se les hace ver cómo sus actitudes contraproducentes, acerca de sí mismos y de sus capacidades, les llevan a reaccionar de forma desmedida cuando encuentran obstáculos como problemas que deben ser resueltos, antes que verlos como barreras para sus metas.

Muchos pacientes que sufren dificultades para ser asertivos de forma apropiada, son susceptibles de ser dominados e incluso explotados por otras personas y, por tanto, tienen predisposición e experimentar frecuentemente impaciencia ira y desilusión. Mediante el aprendizaje de nuevas habilidades interpersonales, los pacientes son capaces de defender sus derechos de forma más efectiva.

Según Balarezo Lucio, la **Terapia explicativa** y la proporción de información está básicamente centrada en proporcionar información al paciente, el consejo directo, esclarecimiento e interpretación. Se trata sobre el abordaje explicativo sobre la etiología siempre evitando las distorsiones de la psicoterapia. Propone dos terapias:

1. La explicación metódica de las causas que producen el trastorno
2. Explicación de cómo se forman conexiones temporales de tipo patológico. Una especial atención merece el caso de las enfermedades orgánicas y su pronóstico

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 autorregistro 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 x?".

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", etc); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobregeneralización", "polarización", etc.); y (3) 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).

Según Beck (1999) una de las principales características de la terapia cognitiva es utilizar el **interrogatorio socrático**. Haciendo preguntas con mucha habilidad, el terapeuta es capaz de examinar algunas aéreas del paciente que este ha dejado fuera del escrutinio como, por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de alcohol que consume, las pérdidas reales debidas a la adicción y la calidad y efectos en las relaciones interpersonales. Además, preguntar conduce a los pacientes a generar opciones y soluciones que ellos no han considerado. Finalmente, este acercamiento sitúa a los pacientes en el modo de cuestionamiento de forma que empezarán a evaluar más objetivamente varias de sus actividades y creencias.

En ese sentido, acabar con la utilización de alcohol se convierte en un problema técnico. A los pacientes que nos piden ayuda les gustaría dejar de utilizar alcohol, pero no saben cómo hacerlo. Muchos de ellos han intentado dejarlo infinidad de veces pero no han tenido éxito. La terapia cognitiva les proporciona las herramientas que les permitirán dejar de consumir alcohol y mantener estado de abstinencia. Es más también podrán aplicar las mismas técnicas para que sean útiles en sus problemas diarios y por tanto, conseguir una vida más agradable y plena.

Mayéutica

La técnica del dialogo socrático es introducida por A. Beck como uno de los pilares de las técnicas cognitivas, cuando influyen en la cognición provocan cambios emocionales y de conducta en el individuo. El objetivo de un tratamiento cognitivo conductual es también que el paciente pueda revidar sus creencias disfuncionales, rígidas e idiosincrásicas sobre la realidad haciéndolas más flexibles y racionales.

Se instruye a pacientes para que detecten conjuntamente con el terapeuta los pensamientos disfuncionales, para luego someterlos a prueba, a un nuevo juicio y a la crítica.

Según Beck: es importante hacer que el paciente exprese lo que piensa, en lugar de decirle lo que el terapeuta cree que está pensado. En la técnica socrática el terapeuta no afirma nada, guía el debate y se limita a preguntar sistemáticamente sobre un pensamiento o idea del sujeto, detectando los puntos flojos, que son los errores lógicos del discurso de nuestros pacientes.

Se trata de un descubrimiento guiado, a medida que preguntamos y las creencias del paciente se muestran irracionales ante sus ojos, provocamos una disonancia cognitiva, que es el fenómeno en el cual nos percatamos de que sostenemos creencias contradictorias sobre un punto en particular (Leo Festinger 1974). De esta manera el pensamiento se vuelve más flexible, menos idiosincrático y más adaptativo a la persona.

Métodos centrados en las preguntas empíricas

Petición de pruebas para mantener los pensamientos automáticos o supuestos personales

¿Qué pruebas tiene para creer que...?

¿Hay alguna prueba de lo contrario?

Petición de alternativas interpretativas a los pensamientos automáticos o supuestos personales

¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso?

¿Podría haber otra forma de ver esta situación?

Consecuencias emocionales de mantener un pensamiento automático o supuesto personal

¿A qué le lleva pensar eso?

¿Le ayuda en algo?

Comprobar la gravedad de las predicciones negativas

¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?

Suponiendo que ocurriese cuanto durarían sus efectos? Podría hacerse algo?

Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación

¿Qué quiere decir con...?

Flecha descendente

La Flecha Descendente es una técnica de la terapia cognitiva en la que se enseña al paciente a seleccionar uno de sus pensamientos negativos y a responder a la pregunta "Si este pensamiento fuera cierto, ¿qué significaría para ti?". La respuesta sería un nuevo pensamiento negativo. Habría que hacer sucesivas preguntas (trazando flechas descendentes), con lo que saldrían a la luz las creencias contraproducentes (por ejemplo, el perfeccionismo, la necesidad de aprobación, etc.)

Todo el mundo tiene en su mente toda una serie de pensamientos que realmente no nos aportan nada, al revés nos dificultan nuestra existencia. Estos pensamientos negativos o creencias básicas negativas suelen formarse durante los primeros años de vida (en la infancia o al principio de la adolescencia).

Y cuando vamos creciendo, es decir a medida que nos vamos convirtiendo en adultos, estás afloran.

Las creencias básicas suelen estar configuradas con un sentido absoluto (de todo o nada) y en un ámbito general (que abarca no una parcela o área específica de nuestra vida, sino toda ella).

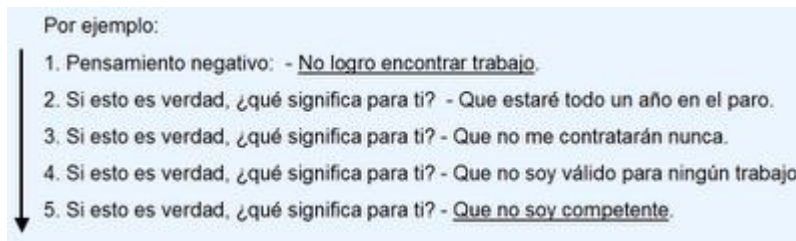
Si estas creencias están activadas, entonces determinan nuestra forma de ver la situación (de juzgarla e interpretarla).

Cuando estas creencias ya se han manifestado pueden volver a un estado de latencia o continuar activadas. Por eso es tan importante encontrar la raíz de estos pensamientos y superarlo.

Por medio de la técnica de la Flecha Descendente (técnica creada por Burns el 1981), se puede lograr precisamente esto. Nos permite por medio del ir siguiendo las implicaciones personales de un pensamiento automático negativo (que esté activado con una carga emocional), haciéndonos preguntas y reflexiones en cada nivel, conseguir llegar hasta el núcleo.

Primero planteamos cual es el pensamiento que nos preocupa. A continuación nos decimos: "Si esto es verdad, ¿qué significa para mí?". Y así surgirá un nuevo pensamiento.

Por ejemplo:



1. Pensamiento negativo: - No logro encontrar trabajo.
2. Si esto es verdad, ¿qué significa para tí? - Que estaré todo un año en el paro.
3. Si esto es verdad, ¿qué significa para tí? - Que no me contratarán nunca.
4. Si esto es verdad, ¿qué significa para tí? - Que no soy válido para ningún trabajo.
5. Si esto es verdad, ¿qué significa para tí? - Que no soy competente.

Repetiremos estos pasos tantas veces hasta que llegué un nivel en el que no encontremos respuesta. Justo este pensamiento será la raíz o el origen de todos los demás.

Tipos de pensamientos automáticos:

1. Filtraje: esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.

2. Pensamiento polarizado: Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios.

3. Sobregeneralización: En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia.

Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.

4. Interpretación del pensamiento: Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

5. Visión catastrófica: Cuando una persona catastrofiza, una pequeña vía de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras "y si...".

6. Personalización: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

7. Falacias de control: Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos.

8. La falacia de justicia: Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales:

"Si me quisiera, no se burlaría...".

9. Razonamiento emocional: En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

10. Falacia de cambio: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

11. Etiquetas globales: Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.

12. Culpabilidad: A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.

13. Los debería: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los debería.

14. Tener razón: La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones.

Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

15. La falacia de la recompensa divina: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta "correctamente" en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

Análisis Ventajas-desventajas

Control sistemático de creencias y pensamientos automáticos relacionados a la etiología de su conducta consumidora.

Beck (1979), constituye la esencia de la terapia de la depresión, aunque puede aplicarse a otros trastornos.

Se puede aplicar gradualmente de 2, 3, a 5 columnas.

2 columnas: corresponden a la autoobservación (situaciones y emociones que suscitan).

3 columnas: la tercera es para el registro de los pensamientos automáticos.

4 columnas: la cuarta fase supone una respuesta racional al pensamiento automático.

5 columnas: la quinta registra la emoción resultante de la intervención.

Se aplica primero en la consulta y, posteriormente como tarea en su casa, hasta que se realiza en la vida cotidiana.

Técnica de reatribución

Según Beck (1979) es un análisis detallado, sobre papel, de las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos. Se pretende una atribución más realista de responsabilidades. Indicado en casos de sentimientos de culpabilidad.

Utilización del método socrático para que posteriormente al insight de sus relaciones paterno filiales infantiles se de la correcta atribución de la responsabilidad del consumo

Terapia de grupo en pacientes que consumen alcohol

Como he explicado anteriormente el enfoque de la terapia cognitiva y la importancia de la psicoterapia a nivel individual es muy importante abarcar en un tratamiento completo lo que es la terapia en grupo ya que ofrece beneficios únicos al avance del paciente. Hay que considerar que la terapia grupal es esencial en el tratamiento de personas con adicción al alcohol.

Los beneficios según Washton Arnold en su libro Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica menciona: “tal vez el beneficio más llamativo en los grupos por abuso de sustancias sea la observación de muchos clínicos que han llevado estos tipos de grupos, que han atestiguado con el tiempo y otra vez lo harían, en especial es la habilidad tan marcada que tienen los grupos para apoyar y animar a los miembros a realizar cambios muy difíciles, los cuales se habían tratado de completar en vano antes de unirse al grupo. En los grupos de tratamiento por abuso, la proporción de cambio en los pacientes es casi siempre rápido y su naturaleza es profunda. Cuando los sujetos con problemas se unen para perseguir metas compartidas, una variedad de fuerzas se involucran para inspirarlos y motivarlos a confrontar el problema y poderlo resolver con éxito. El mismo fenómeno

sucede cuando la gente responde a un desastre natural y a otras adversidades extremas”

El poder de sanación de un grupo experimentado puede ser muy poderoso para la gente con problemas de alcohol y droga, considerando el dominante estigma social y el intenso sentimiento de vergüenza, pena y autorecriminacion casi siempre asociadas con estos problemas. La identificación mutua, la aceptación de su grupo paritario, el apoyo social y el papel principal que los grupos ofrecen “remedios” poderosos para estos sentimientos intenso

Terapias Conductuales.

Según Monasor en su libro “Intervenciones Psicosociales en el alcoholismo” menciona que las terapias conductuales tienen como objetivo sustituir las conductas inadecuadas por otras más adaptadas. La terapia de conducta proviene de los trabajos realizados por el fisiólogo ruso Iván P. Paulov y de la psicología de la conducta. Desde los años veinte se vienen utilizando técnicas de modificación de conducta aplicadas a diversos trastornos o sintomatología.

A partir de los años cuarenta una serie de investigaciones permite consolidar esta modalidad de terapia aplicando los principios clásicos del condicionamiento a problemas como el alcoholismo. Las más empleadas son la terapia aversiva, el contrato de contingencias y la exposición con prevención de respuesta. La principal crítica que obtienen estas técnicas es su orientación hacia la conducta observable sin prestar atención al análisis de sus causas. En el alcoholismo no son muy utilizadas como terapia de tratamiento.

Técnicas de Autocontrol

Según Beck (1979) en su libro Técnicas Cognitivas para drogodependencias las técnicas de autocontrol se basan en identificar situaciones de riesgos y aprender a evitarlas o afrontarlas, identificar secuencias de cadenas de conductas hacia el consumo y romperla por los primeros eslabones, dramatización mediante juego de papeles en un formato de terapia grupal o individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas

El objetivo es disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste.

Lo que se pretende con estas técnicas es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo.

Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo.

La controversia sobre su eficacia tiene su origen en el momento mismo de su aparición (años 70) por lo que diversos psiquiatras y psicólogos estudian desde

Hace años la conveniencia de su aplicación.

Miller y colaboradores revisaron 30 estudios, realizados entre 1984 y 1992, de los cuales casi la mitad obtenían resultados positivos de eficacia, siendo en el resto tan eficaz esta técnica como las otras modalidades con las que se comparó.

La revisión de Rosenberg en 1993 ponía de manifiesto que las variables predictoras de éxito a largo plazo eran la gravedad de la dependencia, la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo (abstinencia versus moderación) y otras

relacionadas con datos sociodemográficos (mejor pronóstico en mujeres, jóvenes y con nivel socioeconómico estable).

Al igual que en los programas de Prevención de Recaídas se ha comprobado que la utilización de fármacos para disminuir el deseo mejora la efectividad de estos programas.

Técnicas de Exposición

Prevención de respuestas a la exposición a estímulos

Según MONASOR, R., JIMÉNEZ, M. y PALOMO, T. En su libro “Intervenciones psicosociales en alcoholismo” se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el craving cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol. Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo consumo siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada.

La técnica consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída. En sólo uno de tres estudios se consiguió con éxito un resultado positivo en el tratamiento de pacientes alcohólicos.

6.7 Modelo Operativo

ETAPA	TECNICA	ACTIVIDADES	OBJETIVO	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
INDUCCION	Encuadre	Mediante la reunión de las personas con las que se va a trabajar.	Establecer objetivos, normas y reglas de la terapia	Humano	Investigadora	1
	Empatía	Mediante la presentación y conocimiento de cada uno de los miembros, además de la aclaración de dudas de los mismos	Establecer un ambiente óptimo para la aplicación y el desarrollo de la psicoterapia	Humano	Investigadora	1
COGNITIVA	Terapia Explicativa	Explicación de su adicción a nivel física y psicológica y en qué consiste la psicoterapia	Bajar niveles de ansiedad con respecto al tratamiento	Humano	Investigadora	2
	Conceptualización cognitiva del caso	Recoger, sintetizar, e integrar los datos relativos al paciente	Generar hipótesis refutables acerca de la etiología del consumo del paciente para confirmarlas posteriormente.	Humano	Investigadora	2
	Método Socrático	Realizar una revisión de las relaciones parentales del sujeto y de la afectividad en su etapa infantil.	*Crear mediante el descubrimiento guiado la examinación de las adecuadas o inadecuadas relaciones afectivas parentales que atravesó durante su infancia, generando así insight acerca de las mismas *Configurar el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva.	Humano	Investigadora	4
	Técnicas de flechas descendentes	Exhibición de emociones negativas intensas sobre su historia personal, detección de pensamientos automáticos y creencias subyacentes	Consideración del significado personal en relación a las experiencias vividas en la infancia, y descatastrofización de pensamientos	Humano Papelería	Investigadora	2

	Análisis V/D	*Dibujar una matriz de cuatro celdas escribiendo como título beber vs. no beber Enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de beber alcohol	Control sistemático de creencias y pensamientos automáticos relacionados a la etiología de su conducta consumidora	Humano Papelería		2
	Reatribución de la responsabilidad	Utilización del método socrático para que posteriormente al insight de sus relaciones paterno filiales infantiles se de la correcta atribución de la responsabilidad del consumo	Auto- atribución del hábito de consumir alcohol	Humano	Investigadora	3
GRUPAL	Psicoterapia Grupal Cognitiva	Expresión libre del conflicto en proceso de recuperación	*Reafirmación de concepto personal *Modificación del esquema mental acerca del consumo *Creación de una experiencia de apoyo entre pacientes	Humano Grupo de pacientes	Investigadora	3
CONDUCTUAL	Empleo de técnicas de Autocontrol	Mediante dialogo identificar las situaciones que serían identificadas como de riesgo y ensayo de alternativas	*Aprender a evitar y/o afrontar estas situaciones *Identificar secuencias de cadenas de consumo y romperlas desde el inicio	Humano	Investigadora	2
	Técnica de exposición	Acudir a los lugares en donde el paciente consumía alcohol generalmente	Enfrentar las situaciones de riesgo en vivo, para que pueda habituarse a ellas y confirme su ausencia de deseo de beber	Humano	Investigadora	2

Cuadro No. 78

Metodología Elaboración: Belén Gómez

Administración de la propuesta

Recursos Institucionales:

Consultorio de Psicología de la fundación abrazo del Padre

Recursos Humanos:

Recurso	N.-	Valor/Sesión	Tiempo/ Sesiones	Valor/ Programa
Psicóloga Tratante	1	15	24	360
Investigadora	1			
Practicantes de psicología	2			
Pacientes internos en la Fundación Abrazo del Padre	20			
Total	24	\$420,00		

Cuadro N.- 79

Fuente: Belén Gómez

Elaboración: Belén Gómez

Recursos Materiales:

Recurso	N.-	Valor
Material de escritorio	(Fotocopias, grapadora, lápices, hojas, PC, perforadora)	200,00
Material Bibliográfico	2	100,00
Pago por sesiones	24	360,00
Imprevistos	-	200,00
Total		860,00

Cuadro N.-80

Fuente: Belén Gómez

Elaboración: Belén Gómez

Recursos Financieros: La investigación será autofinanciada por la investigadora

Rubro de Gasto	Valor
Psicólogo	360,00
Material de escritorio	200,00
Material Bibliográfico	100,00
Imprevistos	200,00
Total	920,00

Cuadro N.-81

Fuente: Belén Gómez

Elaboración: Belén Gómez

MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos

Institucionales

Universidad Técnica de Ambato

Fundación Abrazo del padre

Humanos

Investigador

Director de Proyecto

Asesores

Materiales

Transporte

De escritorio

Tecnológicos

Computadora

Impresora

Financieros

Asumido por el investigador.

Cronograma

		2012					2013				
Nro.	MESES SEMANAS										
	ACTIVIDADES	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
1	Elaboración del proyecto	XXXX	XXXX								
2	Prueba piloto			XX							
3	Elaboración del Marco Teórico			XX							
4	Recolección de información				XX						
5	Procesamiento de datos				XX						
6	Análisis de los resultados y conclusiones					X					
7	Formulación de la propuesta						XX				
8	Redacción del informe final								XX		
9	Transcripción del informe									XX	
10	Presentación del informe										XX

Referencias Bibliográficas

- Alonso, M. (2001). La afectividad en el niño tomo III. México: Trillas.
- Andolfi, M. (2001). Terapia familiar: un enfoque interaccional. Barcelo: Plareta.
- Beck, A. (1999). Terapia Cognitiva de los Drogodependencias. España: Paidós
- Bowlby, J. (2006). Vínculos afectivos: formación y pérdida. Madrid: Morara S.L.
- Cazeneuve, J. (1975). La sociología. Buenos Aires: Paidós.
- Despert, J. (1976). Hijos del divorcio, Ediciones Home. Argentina: Hormé.
- Dorsch, F. (1994). Diccionario de psicología, Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (2001). El arte de la terapia familiar (4ª ed.). México: Paidós.
- Morris, C. (2005) Introducción a la psicología. México: Pearson.
- Morris, C. y Maisto A. (2005). Inducción a la psicología, (12ªed.), México: Pearson.
- Sarason, I. (2005) Psicología anormal: el problema de la conducta inapropiada. España.
- Washton, A. (2006). Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica. México: El manual moderno.

Linkografía:

- Añazco, S, (2009). El alcohol, disponible en <http://www.pucesa.edu.ec/escuelas/sicologia/articulosdeldirector.htm>
- Berruecos, L, (2008). Índice de invalidez por consumo de alcohol en México, disponible en <http://prepa8.galeon.com/cvitae1482553.html>

Diario Hoy, (2007). El consumo de alcohol se acelera, disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-consumo-de-licor-se-acelera-267380-267380.html>

El Diario, (2008). Crece alcoholismo entre jóvenes, Ecuador, disponible en <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/83468-crece-el-alcoholismo-entre-los-jovenes/>

El Heraldo, (2009). Menos alcohol, menos violencia, disponible en <http://www.elheraldo.com.ec/index.php?fecha=2009-10-28&seccion=Editoriales¬icia=1322>

Muñoz, E, (2009). Causantes de las Carencias Afectivas, paidopsiquiatria, Londres. disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+TLP.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271724721682&ssbinary=true>

OMS, (2007), Investigación sobre las causas del alcoholismo, disponible en <http://www.slideshare.net/MarcoPiedra/investigacion-sobre-alcoholismo>

Ramos, K, (2008). En Quito centros de apoyo gratuitos para Alcohólicos y Drogadictos, Ecuador, disponible en http://www.ciudadaniainformada.com/ciudadania/ciudadania-despliegue-noticias/browse/2/ir_a/ciudadania/article//en-quito-existen-siete-centros-de-apoyo-gratuitos-para-alcoholicos

Sánchez, A, (2009). La primera vez a los doce, disponible en <http://www.vistazo.com/ea/vidamoderna/imprimir.php?Vistazo.com&id=3297>

Villalobos, (2005). Incremento de Trastornos mentales, disponible en http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:-hGKyFSo7w4J:sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf+Incremento+de+TraStornos+mentales+los+trastornos+de+la+salud+mental+se+han+incrementado+dr%C3%

Citas bibliográficas – base de datos UTA

BVS. Beck, Judith. *Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización*, Recuperado el 18 de febrero del 2013, desde la base de datos .

BVS. Garcés, Ramírez. *Análisis del origen de la agresividad infantil*. Recuperado el 19 de febrero del 2013, desde la base de datos.

EBRARY. Mingote, José C. *El malestar de los jóvenes: contextos, raíces y experiencias*. Recuperado el 3 de enero del 2013, desde la base de datos.

BVS. Sole, Nuria. *Psicología evolutiva: adolescentes, edad adulta y vejez*. Recuperado el 19 de febrero del 2013, desde la base de datos

EBRARY . Varona, Carlos. *Psicología general*. Recuperado el 28 d enero del 2013, desde la base de datos

Anexos

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de ciencias de la salud

Psicología Clínica

Anexo 1

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Objetivo: Identificar a las personas con patrones peligrosos y nocivos del consumo de alcohol con una evaluación breve para evitar las consecuencias perjudiciales del consumo.

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.	
Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?. (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario

<p>3. ¿ Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>
<p style="text-align: right;">Registre la puntuación total aquí <input type="text"/></p> <p><i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i></p>	

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de ciencias de la salud

Psicología Clínica

Cuestionario de carencias afectivas

Anexo 2

Objetivo: Determinar cuáles son los principales factores afectivos que afectan a los individuos.

1. ¿En tu infancia tus padres tenían constantes separaciones o llegaron al divorcio?
Nunca___ Ocasionalmente___ Frecuentemente___ Siempre___

2. ¿Alguna vez alguno de tus padres se ausento en periodos cortos de tiempo, ya sea por viajes u hospitalizaciones?
Nunca___ Ocasionalmente___ Frecuentemente___ Siempre___

3. ¿Alguna vez sentiste que tus padres se dedicaban más a su trabajo que a cuidar de ti, o incluso llegaron a migrar?
Nunca___ Ocasionalmente___ Frecuentemente___ Siempre___

4. ¿En tu infancia alguno de tus padres desatendió tus necesidades básicas como aseo, alimentación, salud?
Nunca___ Ocasionalmente___ Frecuentemente___ Siempre___

5. ¿Sufriste alguna clase de accidente o enfermedad por descuido o error de tus padres?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____

6. ¿Fuiste abandonado por tus padres ya sea en una institución o en algún lugar sin la supervisión de un adulto?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____

7. ¿Tú familia sufría de crisis económicas a causa de desempleo o deudas considerables?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____

8. ¿En tu hogar existía violencia, ya sean agresiones verbales, físicas o sexuales?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____

9. ¿Alguno de tus padres tenía problemas de alcohol?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____

10. ¿Alguno de tus padres paso por alguna ocasión en la cárcel?

Nunca____ Ocasionalmente____ Frecuentemente____ Siempre____