



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA PILOTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL, COMO RESPALDO PSICOLÓGICO; PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LAS PERSONAS, EN REMISIÓN ALCOHÓLICA; EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES (CAPA), CAPULHUAC EDO DE MÉX.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

ANZASTIGA RAMÍREZ ISELA

ASESOR DE TESIS:

LIC. EN PSICOLOGÍA RUBEN NOLASCO HERNANDEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO AGOSTO DE 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años se ha enfrentado el tema de las adicciones con diferentes estrategias, tanto en Instituciones privadas como gubernamentales, sin embargo las estadísticas siguen arrojando datos alarmantes, únicamente el consumo de alcohol ha ido en aumento en adolescentes y mujeres, incluso se ha convertido en la principal causa de accidentes automovilísticos y violencia.

Para ello es importante tomar en cuenta que no por ser una droga legal, es menos dañina, incluso durante el desarrollo de cada capítulo se conocerá a fondo la gravedad de la problemática, lo cual dará pie a crear conciencia sobre una realidad que ha trasgredido los límites, sociales, económicos, culturales, familiares e individuales.

A lo largo de los dos primeros capítulos se retoman datos estadísticos, características, sintomatología y alcances negativos que tienen las adicciones, yendo de lo general hasta llegar a lo particular; el consumo de alcohol, desglosando a detalle las particularidades de éste último se llega a los siguientes capítulos, en los cuales se explica el tan mencionado “Síndrome de Abstinencia”. Y uno de los síntomas de gran importancia para la investigación; la ansiedad, como es que el usuario de alcohol se ve afectado por éste síntoma, dicha información ampliará el panorama sobre las dificultades y sentir del enfermo.

Ya que el alcoholismo es una enfermedad que no solo afecta a la persona alcohólica, valga la redundancia, si no que va fracturando la estructura familiar, social, laboral, escolar, en la que se encuentra, dañando la interacción que tiene en cada una.

La presente investigación, al respecto, propone un programa piloto de Inteligencia Emocional, dirigido a personas que se encuentran en condiciones de remisión alcohólica, tomando como muestra, a quienes ingresan al programa de prevención de

recaídas, en el “Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)”, donde ya se les brinda apoyo psicológico el cual será reforzado con ésta propuesta. Debido a que se enfoca principalmente en el manejo adecuado de emociones para reducir la ansiedad, síntoma que dificulta el proceso de recuperación.

Al abordar el perfil psicológico de un alcohólico se encontrara con que una de las principales características por la que se da un consumo excesivo, o una recaída va más allá de que él usuario “no ponga de su parte”. El alcohólico busca expresar emociones o pensamiento que en juicio no se atrevería, recurriendo al uso del alcohol como una especie de “muleta emocional”.

Usuarios en remisión alcohólica, son un sector vulnerable porque muchas veces desconocen el daño y la dependencia fisiológica que el alcohol ya les generó, a ello se suman las incontables veces que han tratado de superar su adicción, incluso el rechazo por parte de familiares o amigos.

Es por ello que también se toma en cuenta, para el desarrollo del programa piloto, bases de la Teoría Sistémica, reiterando, el usuario de alcohol se ve afectado tanto a nivel individual, como familiar, laboral, escolar y social en general.

Los módulos bajo los cuales se estructura el programa van de la mano con los principios que Daniel Goleman plantea, en su libro de Inteligencia Emocional.

El usuario progresivamente irá introyectando los conceptos referentes a las emociones, aprenderá a manejarlos, posteriormente a emplearlos en situaciones que usualmente se le complicarían, de ésta forma y con las diferentes actividades logrará reconocer las mismas emociones en los demás, por ende mejorará su interacción social. Parte importante en el proceso de desintoxicación y abstinencia.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

<b>CAPITULO I ADICCIONES</b> .....	1
1.1 Historia de las adicciones.....	1
1.2 Características Generales de las Adicciones .....	3
1.3 Adicción al Alcohol.....	9
1.3.1 Impacto del alcohol en el organismo, a nivel cerebral.....	13
1.4 Índices Estadísticos de Alcoholismo en México .....	18
1.5 Índices Estadísticos del Alcoholismo en el Estado de México.....	19
1.6 Tipos de Alcohólicos.....	20
1.7 Perfil Psicológico de la Persona Adicta al Alcohol.....	22
<b>CAPÍTULO II SÍNDROME DE ABSTINENCIA</b> .....	31
2.1 Síndrome de Abstinencia .....	31
2.2 Clasificación del Síndrome de Abstinencia Según la Droga .....	34
2.3 Síndrome de Abstinencia Alcohólica.....	37
<b>CAPÍTULO III ANSIEDAD COMO TRASTORNO Y COMO SINTOMA</b> .....	46
3.1 Definición de Ansiedad (desde la perspectiva médica, psicológica, psicopatológica) .....	46
3.2 Ansiedad asociada al síndrome de abstinencia alcohólica .....	48
3.3 Trastorno de Ansiedad.....	49
3.3.1 Clasificación del Trastorno de Ansiedad Según El DSM 5 .....	50
<b>CAPITULO IV INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR NIVELES DE ANSIEDAD</b> ...	54
4.1 Clasificación .....	54
<b>CAPÍTULO V INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TEORIA SISTEMICA</b> .....	65
5.1 Inteligencia .....	65
5.1.1 Tipos De Inteligencia.....	69
5.2 Emoción .....	73

5.2.1 Tipos De Emociones.....	76
5.3 Teoría de la Inteligencia Emocional.....	79
5.4 Importancia de la Inteligencia Emocional.....	80
5.5 Técnicas utilizadas para el Manejo de la Inteligencia Emocional .....	81
5.6 Teoría Sistémica .....	84
5.7 Tipos de Sistemas .....	87
5.8 Clasificación de la Teoría General de Sistemas, de acuerdo a su nivel de .....	89
Complejidad.....	89
<b>CAPÍTULO VI CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN ADICCIONES (CAPA)</b> .....	91
6.1 Que es y cuál es la Función de un “CAPA” .....	91
6.2 Antecedente Histórico del “CAPA” .....	93
6.3 Integración “CAPA” .....	94
6.4 Programas que ofrece “CAPA” .....	105
6.5 Tratamiento que se lleva a cabo en Pacientes con Alcoholismo .....	106
6.6 Métodos Estadísticos Utilizados en “CAPA” .....	108
6.7 Características de la Población atendida en “CAPA” .....	109
<b>CAPÍTULO VII PROGRAMA PILOTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA REDUCIR LA ANSIEDAD QUE SE MANIFIESTA DURANTE LA REMISIÓN ALCOHOLICA</b> .....	113
7.1 Características generales de un programa.....	113
7.3 Clasificación según la dimensión temporal:.....	117
<b>CAPITULO VIII METODOLOGIA</b> .....	186
8.1 Planteamiento del problema.....	186
8.2 Justificación del problema.....	186
8.3 Hipótesis y Variables .....	188
8. 4 Objetivo General:.....	189
8.5 Objetivos específicos:.....	189
8.6 Población y muestra .....	189
8.7 Tipo de estudio: .....	190
8.8 Criterios de inclusión y exclusión: .....	190
Conclusiones.....	191
Sugerencias Profesionales.....	192

<b>ANEXOS</b> .....	193
<b>GLOSARIO</b> .....	201
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	204

# **CAPITULO I**

## **ADICCIONES**

### **1.1 Historia de las adicciones**

Para hablar de adicciones, indiscutiblemente debe considerarse el contexto social, la cultura, incluso la religión, debido a que cualquier aspecto puede influir en el consumo de alguna sustancia, o la ejecución de alguna conducta. Las adicciones como todo, con el paso del tiempo ha ido evolucionando, ampliando y modificando sus términos, a continuación y de acuerdo a Villalta, citada por Lara (2014), la historia de las adicciones se remonta a los tiempos prehistóricos donde el hombre ha recurrido a sustancias que alteran la psiquis (por ejemplo el alcohol es una sustancia que fue usada por los antepasados en forma de vino fermentado y cerveza hace más de siete mil años. Así mismo el opio fue utilizado hace cinco mil años en la parte oriental de la región mediterránea).

En palabras de la misma, la sociedad, la época y la cultura aceptan o rechazan la relación de consumo de droga, reconociendo que las costumbres se presentan de diversa forma y por ello también al consumidor se le ha catalogado de diferente forma (Adorador, trasgresor, vicioso, delincuente, víctima, peligrosos o socio paticos, marginales, inadaptados, enfermo, adicto, personas resilientes.)

Aunque la forma en la que se cataloga al usuario de alguna droga, más allá de considerarse resultado de las costumbres, dentro de ésta investigación se piensa que es resultado del desconocimiento, acerca del impacto que genera en el organismo, cada sustancia ajena al mismo (en el caso de las drogas).

Un ejemplo, para el psicoanálisis Freudiano, Villalta, citada por Lara (2014), la adicción es un trastorno de la personalidad, aunque la terapia psicoanalítica, no ha demostrado tener resultados satisfactorios en el tratamiento de adictos. El gran doctor Carl Jung,



discípulo de Freud, tuvo que reconocer que sus habilidades no eran suficientes para tratar al alcohólico con éxito. La teoría ambientalista de Adler y Sullivan sostiene que el adicto es el producto del medio ambiente donde ha vivido y se desenvuelve.

En la premisa anterior se observa como la Teoría psicoanalítica, intenta darle una explicación diferente a la conducta adictiva, sin embargo, quizá por las técnicas y principios que Freud empleaba en el tratamiento a pacientes, no le resulta eficaz con adictos. Posiblemente ellos buscaban un método más breve. Aunque el antecedente es de gran importancia, al parecer son Adler y Sullivan quienes desarrollan una explicación mejor adaptada al perfil del adicto.

Por tanto, de acuerdo a la explicación de la autora, adicción es un fenómeno resultante de la predisposición genética, la influencia ambiental y lo aprendido en el curso de la vida de una persona.

El Código de Hammurabi, que en 1,700 A.C, ejecutaban a los “borrachos”, para que esto sirviera de ejemplo a otros. Otra mención acerca del tema podemos verla en el libro sobre farmacia del emperador chino Chen Nung, escrito en el año 2,737 A.C., en el que se habla de la Cannabis Sativa.

Grandes figuras de la Época, menciona Lara (2014), tenían problemas con el alcohol: grandes poetas, escritores y artistas; el mismo Alejandro Magno murió de Delirium Tremens, como consecuencia de su alcoholismo, buscando su droga aun estando dentro de la misma cárcel u hospital.

En 1903 Frederick Adam Sertuener crea la morfina, con la que pretendía curar la dependencia al opio.

Es importante no perder de vista, el contexto y la época en que se desarrolla este acontecimiento, pues, el mundo se encontraba en Guerra, siguiendo la cita de Lara (2014), muchos soldados heridos precisamente en las guerras, se hicieron adictos al opio, y luego a la morfina, debido al tratamiento que recibieron en los campos de

batalla. Es así que en la desesperación de encontrar una cura a la adicción que ya no era solo al opio, sino también a la morfina, se crea la heroína.

Es impresionante como el hombre ha originado su propia destrucción, en el afán de demostrar superioridad ante sus semejantes, puso en riesgo e incluso sacrifico la vida de muchos soldados, creando sustancias que a nuestros días siguen causando estragos en temas de seguridad y salud social.

De igual forma, el alcohol, según Villalta, citada por Lara (2014), tiene su origen en la prehistoria, y pudo ser descubierto accidentalmente en el estadio de la pre-agricultura.

La preparación de vinos y cervezas se reporta desde la prehistoria y se usaba en múltiples ritos, ceremoniales, sociales y religiosos. Comercializándose y regularizándose tanto su preparación como su comercio desde las primeras civilizaciones.

## **1.2 Características Generales de las Adicciones**

A lo largo de los años el tema de las adicciones se ha vuelto tan cotidiano, que los términos no siempre son utilizados de forma adecuada, incluso se desconoce en qué punto se considera una adicción. Por ello se retoma la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

*“En 2010, define una adicción como; Una enfermedad física y psico emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. La cual se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.*

*Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.”*

De igual forma, para poder hablar de dependencia física y psicológica, la OMS menciona que las personas deben presentar tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Cabe aclarar que los criterios van enfocados a las adicciones, hacia una sustancia, así también, se mencionan los niveles de adicción.

Al principio se considera como experimentación, donde la persona guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, permitiéndose posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo, si el consumo de la droga fuese bajo, es decir, se consume solo los fines de semana, en oportunidades casuales, no existiendo deterioro laboral, social o familiar y no presenta episodios de intoxicación, el consumidor se encuentra en el nivel de "uso", es decir sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo, es importante señalar que toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

El cual se caracteriza por un consumo regular, durante casi todas las semanas con episodios de intoxicación (cuando ya se presenta una resaca o lagunas mentales) donde la droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. Principalmente el estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva, desconocida la mayor parte de veces por la familia).

Aunque pareciera que hasta este punto la persona ya se encuentra en el nivel de adicción, no es así.

Se considera un nivel de adicción cuando; las relaciones interpersonales se rompen, principalmente con amigos y familiares, se tienen dificultades académicas y/o laborales, asimismo la búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva, el consumidor encuentra cada vez más difícil la abstinencia, existe ya un compromiso orgánico, por ende se presentan las conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, eventualmente las conductas de riesgo antes mencionadas conllevan a tener u ocasionar accidentes automovilísticos.

Los niveles de adicción mencionados por la OMS (2010), parecen un poco confusos debido a las características tan similares que menciona en cada nivel de adicción, sin embargo, es importante hacer hincapié en el apartado donde menciona, que la droga va generando dependencia de forma progresiva, misma, que para el usuario en un principio pasa desapercibida y aunque, en el nivel de abuso la dependencia ya es evidente, el organismo ya se hizo tolerante a la sustancia, por tanto los abusos se hacen presentes de forma consecuyente.

Por tanto y para aclarar mejor los aspectos que caracterizan a la adicción, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM IV), describe que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste, en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Por consiguiente, el diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos).

Eventualmente éste manual también hace lo propio, con respecto al término “dependencia”, definiéndola como; un grupo de tres o más de los síntomas que a continuación se presentan, y los cuales aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

La necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis, se denomina tolerancia y el grado en que se desarrolla varía ampliamente según la sustancia. Puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando, la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias, en estos casos se aplican pruebas de laboratorio (p. ej., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia).

Es importante distinguir la tolerancia de la variabilidad individual, en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar, que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje balbuceante.

De este modo y siguiendo el patrón de repetida auto administración, la abstinencia se presenta como segundo síntoma, caracterizado por el cambio de comportamiento desadaptativo con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración, en la sangre o los tejidos, de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado, de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlo, normalmente desde que se despierta.

Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes, fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como anfetaminas y nicotina se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar, asimismo no se han observado síntomas relevantes de abstinencia, con el consumo frecuente de alucinógenos.

Otros síntomas son situaciones que podrían parecer muy comunes, pero no por eso tienen menos importancia que los anteriores:

- El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.

- Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

- En algunos casos de dependencia a sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la misma.

- El sujeto puede abandonar actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que consumen. También ocurre que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiéndola. Y un aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Al realizar una comparación entre los criterios tomados en cuenta, para definir una adicción, tanto por la OMS como por el DSM IV, se puede considerar que el hecho de

pensar que se tiene el control sobre la forma de beber, podría ser un primer indicador, de que, precisamente la compulsión a consumir ha sobrepasado los límites de la normalidad, a tal grado, que, como consumidor, necesita saber o creer que se tiene “un control”. Al poner en duda, ya sea por iniciativa o por sugerencia de una persona cercana, si la frecuencia o la cantidad de alcohol que se está consumiendo es “normal”, la persona ya está un paso más cerca de poder mermar las consecuencias que a corto, mediano y largo paso le acarrearán, su forma de beber. Claro siempre y cuando busque alternativas para disminuir o controlar la ingesta.

El periodo que maneja el manual, para la presencia de síntomas y para que éstos sean considerados, en su conjunto una adicción, son 12 meses y a consideración se convertirán en pieza clave, para la planeación de estrategias de intervención y/o prevención de conductas adictivas.

### **1.3 Adicción al Alcohol**

Es importante señalar la definición que la OMS acuña al término de “drogas”, ya que el alcohol es una droga, que al igual que el cigarro han sido legalizadas y que con el paso del tiempo han pasado a formar parte de la cotidianidad. Cada día es más común encontrarse con un grupo de jóvenes, consumiendo bebidas alcohólicas en la tiendita de la esquina, o en reuniones familiares, ver como se les incita a los pequeños a tener un consumo, con las famosas “probaditas”, incluso a forma de remedio para olvidar los problemas familiares. Existe infinidad de ejemplos en los que se olvida que el consumo es dañino para la salud y que conforme pasa el tiempo, va creando una dependencia, tanto física como psicológica.

Incluso, para sustento de esta premisa, autores como; King y Chassin (2007, citados por Meléndez et. al., 2013), mencionan que un problema importante en relación con el alcohol es el consumo por parte de menores de edad, siendo este grupo etario uno de los más vulnerables en cuanto al desarrollo de alcoholismo. Sostiene que, una forma en que los menores aprenden conductas es mediante la imitación, en el contexto de fiestas, eventos sociales o deportivos, muchos niños aprenden que embriagarse es algo rutinario e inofensivo, lo cual facilita que en el futuro se acerquen al alcohol y eventualmente a otras sustancias de abuso.

Con la diferencia principal, que el alcohol es de fácil adquisición, siendo a su vez la droga legal con mayor consumo, y número de adictos, se ha posicionado como factor importante para la convivencia social, arraigándose así a la cultura.

Para ampliar el panorama acerca del consumo de alcohol, se describe en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar, de acuerdo con el Consejo Nacional contra las Adicciones (2008), en Latinoamérica, no todos los países poseen una definición de bebida estándar; en Estados Unidos y Canadá una bebida estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol.



También se incluye algunas cifras a nivel científico, ya que los informes sobre cantidad de alcohol consumido deben estar expresados en gramos de alcohol absoluto, para facilitar las comparaciones entre un país y otro. El término bebida estándar es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. A pesar de que esto puede ser inexacto, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el consumo de alcohol en distintos ámbitos, por ejemplo, en salas de urgencias y accidentes, en centros de atención primaria y en pacientes internados.

La Organización Mundial de la Salud (2010) propuso los siguientes valores para las bebidas estándar que se consumen en México:

- 330 ml de cerveza al 5%.
- 140 ml de vino al 12%.
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo, jerez) al 18%.
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%.
- 40 ml de bebidas con contenido alcohólico proveniente de la destilación de cereales, frutas, frutos secos y otras materias primas principalmente agrícolas (ginebra, vodka, brandy, ron, whisky y tequila) al 40%.

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las bebidas estándar es de aproximadamente 13 g de alcohol, si bien esta información es importante, va acompañada de otros términos, que también corresponden al consumo de alcohol, y que se enuncian a continuación.

El nivel de consumo que conlleva riesgo para la salud, si el hábito persiste, se denomina precisamente “consumo de riesgo” y no existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel que lo determina, pero el simple uso de alcohol sin lugar a duda implica un riesgo. Contemplando eso, la OMS lo define como consumo regular diario, de 20 a 40g

de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en hombres, una vez que se excede el consumo regular (expresado en gramos), se estaría llevando la situación, a un “consumo perjudicial” afectado su salud física (por ejemplo: cirrosis hepática) y mental (depresión como resultante del consumo). Datos basados en estudios epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, según la OMS.

Posterior a un consumo perjudicial, existe la intoxicación, que es un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional. Ya que el consumo excesivo ocasional, es cuando un adulto consume por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión, que puede ser particularmente perjudicial para la salud, o bien puede ir generando una “dependencia”, cuya característica principal engloba un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, por encima de otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Otra es que se presenta el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome.

En general, es una enfermedad que incluye:

- Necesidad fuerte o urgencia por beber (deseo).
- No poder parar de beber una vez que se ha comenzado (pérdida del control).
- Síntomas como malestar estomacal, temblores, sudoración y ansiedad, tras dejar de beber (dependencia física).
- La necesidad de beber mayor cantidad de alcohol para “emborracharse” (tolerancia).

De igual forma, el consumo de alcohol es una de las causas más importantes en cuanto a enfermedad y muerte prematura, en toda Latinoamérica. De acuerdo con el Consejo

Nacional contra las Adicciones (2008), es más significativo que el tabaquismo (a excepción de Estados Unidos y Canadá), la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia y la obesidad. El alcohol incrementa el riesgo de enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos. Ingerir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y de muerte súbita de origen coronario.

Además, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Y los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas como, deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo.

Una de las definiciones más conocidas del alcoholismo, y que ha tenido gran aceptación, es la establecida por el Comité de Expertos de la OMS en 1954. Según ésta:

El alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden del comportamiento que se manifiesta por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, en cantidades que exceden los límites dietéticos y sociales aceptados por la comunidad, que causan perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y finalmente a su actividad económica, (Fernández, 1980) citado por Duque en 2005.

Su origen y desarrollo obedecen a una interacción complicada de factores neuroquímicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Los individuos que tienden a convertirse en alcohólicos son aquellos que reaccionan fisiológicamente a la bebida alcohólica en cierta forma, los que encuentran en ella una experiencia de tranquilidad y relajación, los que poseen ciertos rasgos de personalidad que les impide enfrentarse con éxito a los estados de presión, ansiedad y frustración, o los que pertenecen a culturas en las que se provoca una cierta culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

### **1.3.1 Impacto del alcohol en el organismo, a nivel cerebral**

A lo largo de la investigación se ha mencionado que el alcohol incrementa el riesgo a padecer algunas enfermedades, propiciando a su vez un deterioro progresivo del organismo, pero; ¿Qué pasa con las afecciones a nivel cerebral?, ¿Será que?, también tiene graves consecuencias.

A continuación se despeja esa duda, ampliando el panorama acerca del curso que lleva a cabo el alcohol en el cuerpo humano y las consecuencias, que en ocasiones llegan a ser irreversibles.

De acuerdo a la Agencia de Alcohol and Drugs del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego (HHSA, 2015) afirma que al ingerir alcohol, este es absorbido rápidamente por el organismo. Pasa del estómago, al intestino delgado y al torrente sanguíneo, pero cuando llega al hígado, éste sólo puede descomponer (metabolizar) una pequeña cantidad de alcohol y el resto permanece en el torrente sanguíneo, a través del cual pasa a la médula espinal y llega al cerebro afectando sus funciones, es cuando se afecta el comportamiento, comenzando a sentirse mareado “borracho”, evidentemente cuanto más alcohol se beba a la vez, mayor es el daño.

Ahora bien siguiendo la publicación de la HHSA (2015), se describe que, por medio de imágenes cerebrales y pruebas psicológicas, los investigadores han identificado las

regiones del cerebro más vulnerables a los efectos del alcohol, mismas que se mencionan a continuación y las cuales están involucradas en varias funciones del organismo, incluyendo la memoria y las emociones.

En primera instancia, encontramos la corteza cerebral, región que está a cargo del pensamiento, la toma de decisiones, la planeación, inteligencia, emociones, el control en los cinco sentidos y de la interacción social. Además, es el área que conecta al cerebro con el resto del sistema nervioso, los cambios o daños en esta zona pueden poner en peligro la capacidad de resolver problemas, recordar, y aprender, además el alcohol en esta área puede alterar la capacidad para pensar con claridad y reduce las inhibiciones, lo que conlleva a reaccionar agresivamente sin motivo, o hacer cosas sin pensar en las consecuencias. Como también se afectan los sentidos, a menudo se presenta visión borrosa y nula identificación de sabor en los alimentos.

No es raro encontrarse con personas que en estado de ebriedad prefieran alimentos muy picantes, situación que normalmente no se hace extraño, sin embargo cuando se trata de una persona con consumo regular de etanol, puede ser un pequeño indicador de que dicha área del cerebro ya está sufriendo los primeros cambios a consecuencia del consumo. La pérdida de control también resulta común y va delimitando las áreas de convivencia social al grado de reducirlas a círculos que tienen como única finalidad el consumo. Se hace mención de estas dos características en particular, a forma de ejemplo ya que si se presta un poco de atención a la función que tiene cada área, podremos entender con mayor facilidad el proceso de adicción, y cómo, precisamente, pequeños indicadores conductuales van marcando la evolución de la enfermedad.

Continuando, y como segunda instancia, la HHSA (2015) menciona al cerebelo, área que controla la coordinación motora, es decir, el área de control de muchos de nuestros movimientos diarios, como caminar y coger objetos. El alcohol puede disminuir los reflejos, el daño al cerebelo provoca la pérdida del equilibrio, por lo que la persona puede caminar tropezándose, tener problemas para agarrar o sostener objetos, y también puede afectar las funciones cognitivas como la memoria y las emociones.

El cerebelo es un área que se caracteriza principalmente por el control del movimiento, sin embargo la HHSA (2015), menciona que también involucra a las emociones, es por ello que el investigador enfatiza, dicha información ya que las emociones juegan un papel importante en el desarrollo tanto de la enfermedad como de la investigación.

Ahora bien, se llega a utilizar recurrentemente la asociación de diferentes partes del cerebro con las emociones, ya que “el sistema límbico” es:

“Un complejo conjunto de estructuras que se hallan por encima y alrededor del tálamo, y justo bajo la corteza. Incluye el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala, y muchas otras áreas cercanas, y parece ser el principal responsable de nuestra vida emocional, al igual que la formación de memorias. Boeree (2007)”.

Como conjunto de estructuras se entiende que no posee una delimitación precisa de su área, pudiendo abarcar otras áreas cerebrales.

Siguiendo la descripción de la funcionalidad de áreas cerebrales, se menciona al hipotálamo, encargado de muchos procesos del cuerpo, tales como la frecuencia cardiaca, hambre o sed, dicha área controla los procesos involuntarios, tales como la respiración y el mantener la temperatura corporal. Al beber alcohol en exceso se puede llegar al momento en que se cierra la médula y se presenta un estado de coma.

Anteriormente se menciona con frecuencia como el consumo de alcohol afecta la memoria, pero para ser más específicos la HHSA, hace hincapié en “el hipocampo” área que controla directamente la memoria, y, en cómo, beber una gran cantidad de alcohol podría provocar un lapso en blanco, es decir, hacer que se olvide lo que sucedió, en un período de tiempo. Beber alcohol a largo plazo puede causar daños permanentes, de leves a graves, impidiendo el aprendizaje. Se reitera, cuanto más se bebe, más vulnerables son las áreas del cerebro.

Después de conocer como el alcohol afecta de forma directa nuestras funciones cognitivas y conductuales, es importante mencionar que todas las áreas cerebrales,

se valen de neuronas perfectamente coordinadas a través de neurotransmisores, los cuales Méndez (2002), denomina como pequeños mensajeros cerebrales que lo controlan prácticamente todo, como el pensamiento, el comportamiento o las emociones.

Méndez agrega que el alcohol afecta tanto a los neurotransmisores “excitadores” (como la famosa dopamina, causante de las adicciones y del “efecto recompensa”, o el glutamato, que aumenta los niveles de energía cerebral), como a los neurotransmisores “inhibidores” o depresivos, como el ácido gama- amino butírico (GABA), que reduce la energía y provoca efectos de calma, para poder ejecutar tales funciones.

El alcohol, aumenta los efectos de GABA, es decir reduce la energía provocando sedación y calma. Lo que harían en otros casos los medicamentos, tales como el Diazepam, que aumenta la producción del neurotransmisor GABA y por ende sus efectos.

Méndez (2002) más allá de hacer esta comparación, menciona que, el alcohol disminuye el glutamato (neurotransmisor estimulante), y por ello se altera el pensamiento, el habla o el movimiento se ralentiza, ya que se aumenta el “efecto depresivo” a la vez que se disminuye el “efecto estimulante”. En definitiva, todo se ralentiza, y por eso los alcohólicos acaban más de una vez en el suelo con relativa facilidad.

Pareciera ser que los efectos del alcohol no son agradables, sin embargo, el mismo autor explica, el porqué, del querer seguir bebiendo alcohol, incluso en repetidas ocasiones, a pesar de haber experimentado dichos efectos.

El alcohol también aumenta la liberación de dopamina, lo que da lugar a la activación del circuito de recompensa en el cerebro, produciendo placer. Se sigue bebiendo en busca de mayor liberación de dopamina, pero al mismo tiempo se alteran otros

circuitos ya mencionados (glutamato o de GABA), a los cuales se les resta importancia, por estar cegados con la dopamina.

Además, menciona que con el tiempo nos volvemos más tolerantes, es decir, el efecto placentero de la dopamina disminuye y se busca beber en más cantidad para llegar a los niveles anteriores de dopamina, al punto de quedar enganchado y volverse adicto.

Cabe mencionar que el alcohol también provoca un aumento en la liberación del químico natural que regula las emociones, llamado serotonina, el cual a su vez aumenta otras sustancias naturales que provocan el sentirse relajado y eufórico, llamadas endorfinas, químicos liberados para mantener un equilibrio.

Con todo esto, queda claro que la adicción al alcohol es una enfermedad, tanto física como psicológica, y para la implementación de estrategias tanto de prevención como de tratamiento, es importante tomar en cuenta, las modificaciones que sufren las estructuras cerebrales con la presencia de alcohol, en casos severos de adicción no bastara con la disposición del adicto, valga la redundancia. Es transcendental visualizar, el establecimiento de un tratamiento de adicciones, multidisciplinario.

No se puede pretender, llevar la enfermedad del alcoholismo como en psiquiatría se produciría, únicamente con medicamentos, si el sujeto ya se encuentra dañado por una sustancia ajena al organismo, en este caso el alcohol, porque seguir suministrando sustancias igualmente ajenas (medicamentos), que pueden generar dependencia teniendo resultandos contraproducentes. Si bien, habrá casos en los que se deba controlar la sintomatología del síndrome de abstinencia con medicamentos, será porque las circunstancias y el estado en que se encuentra el adicto, lo ameritan. Sin embargo y reiterando, se deben alternar tratamientos tanto médicos, farmacológicos como psicológicos y ¿por qué, no? , la implementación de terapias alternativas, que resultan agradables para el usuario de la droga y ayudan a lidiar con algunos síntomas de ansiedad, depresión, tensión muscular, emocional, etc. Cuestiones que resultan complejas de manejar, para algunos usuarios, en terapia psicológica.



Aunque en esta ocasión solo se abarcan los neurotransmisores y las áreas cerebrales afectadas en relación con el consumo de alcohol, es importante remarcar que todas y cada una de las diferentes drogas, afecta el correcto funcionamiento del cerebro, ocasionando daños irreversibles.

#### **1.4 Índices Estadísticos de Alcoholismo en México**

El Alcoholismo es un problema grave en el país ya que el consumo de alcohol representa el 8.4% de las muertes que al formar parte de las enfermedades crónico-degenerativas son la cuarta causa de muerte. Arce (2017)

Por consiguiente, se hace mención que al año mueren cerca de 24 mil personas por accidentes relacionados con el consumo de alcohol, representados, como, la primera causa de muerte en los adolescentes. Cabe mencionar que el alcoholismo es el problema más importante de adicciones que hay en México, esto es alarmante si pensamos en que la edad de inicio de consumo de alcohol ha disminuido a la edad de 12 años y se ha notado un incremento en las cantidades que consumen las mujeres.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2010), el consumo de alcohol a nivel América Latina aumentó, los hombres consumen 1.6 veces más que hace 5 años y las mujeres aumentaron su consumo 2.8 veces. Tomando en cuenta algunos datos estadísticos, antes mencionados es importante notar que las cifras son alarmantes, y dan pauta a preguntarse, ¿Por qué no se han visto reflejadas positivamente, las acciones de prevención y tratamiento de adicciones?

El ritmo de vida y organización social han ido demasiado acelerado que ha rebasado, los límites familiares y por ello el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes ha ido en aumento. La pregunta resulta interesante aunque para dar certeza de respuesta, debe considerarse pertinente una investigación enfocada exclusivamente a dicho objetivo.

## 1.5 Índices Estadísticos del Alcoholismo en el Estado de México

Como toda investigación, es importante partir de lo general hasta llegar a lo particular, por ello la información referente a las estadísticas se retoma en sus diferentes niveles; a nivel País, a nivel Estado, y hasta llegar al Municipio en el que se busca aplicar el programa piloto.

De acuerdo a datos Estadísticos del Instituto Mexiquense de la Juventud 2014: Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014, citado por Vega Martínez (2015), se observa (Tabla 1), que en el año 2014 el 71% de los jóvenes encuestados consume alcohol, el 51% de los mismo consume tabaco y el 14% ha consumido por lo menos una vez la marihuana.

Tabla 1

### *Consumo de drogas*

TIPO DE DROGA	PORCENTAJE
ALCOHOL	71%
TABACO	51%
MARIHUANA	14%
COCAINA	4%

Datos estadísticos del Instituto Mexiquense de la Juventud. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014.

Tabla 2

### *Consumo de drogas, de acuerdo al sexo*

TIPO DE DROGA	MASCULINO		FEMENINO	
	SI	NO	SI	NO
ALCOHOL	79%	21	64.5%	35.5
TABACO	61	39	43	57
MARIHUANA	20	80	8	92
COCAINA	5	95	2	98

Datos estadísticos del Instituto Mexiquense de la Juventud. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014.

Como se observa en la Tabla 2, el alcohol tanto en el género masculino como en el Femenino, influye mayormente en el consumo de los jóvenes. Seguido por el tabaco con el 61% y el 43% de hombres y mujeres respectivamente. Asimismo, la marihuana tiene un alto porcentaje los jóvenes ya que se posiciona en el tercer lugar de la tabla con el 20% de jóvenes del género masculino y en mujeres solo el 8% de ellas la ha consumido.

Es así que la edad promedio en la que se consumen drogas a los 15 años. Edad en la que los jóvenes aún no han desarrollado la madurez necesaria para decidir adecuadamente sobre el consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas, se encuentran también en la búsqueda de una aceptación social, razón por la cual son mayormente influenciables, y vulnerables a la presión social.

## **1.6 Tipos de Alcohólicos**

Así como se asigna diferente terminología a los niveles de consumo, de acuerdo a la cantidad y frecuencia, también existe una denominación y clasificación para los consumidores.

Según Astoviza & Suarez (2003), la línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, después la cuantía y frecuencia de la ingestión, las deficiencias nutricionales acompañantes, que lo lleva a una desnutrición energético-proteica (DEP) grave, por desequilibrio y disminución de la ingestión de nutrientes, las que conformarán las restantes posibilidades evolutivas.

Y es entonces que dan una clasificación de pacientes alcohólicos.

El *abstinente total* es el que nunca bebe

El *bebedor excepcional*, bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 o 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

*Bebedor social* es quien bebe sin transgredir las normas sociales, no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante éste.

*Bebedor moderado* consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que  $\frac{1}{4}$  de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

*Bebedor abusivo sin dependencia* es el que sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

*Dependiente alcohólico sin complicaciones* quien establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, sub saltos musculares o cuadros de delirium subagudo.

*Dependiente alcohólico complicado* además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como poli neuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

*Dependiente alcohólico complicado en fase final* presenta un notable deterioro tanto físico como psíquico, afectando su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras, debido a que el alcohol es una sustancia soluble en agua y circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, comienza un proceso de cambios metabólicos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es más tóxico que el alcohol. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en forma limitada e indispensable para el metabolismo adecuado de las grasas. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, el malgasto de estas sustancias provoca graves

alteraciones en el metabolismo de las grasas, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del alcohol llevaría posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos.

### **1.7 Perfil Psicológico de la Persona Adicta al Alcohol**

Sin lugar a dudas a lo largo de la investigación surge la inquietud por saber, los porqués de cada una de las variantes de ésta enfermedad, entre ellas, las características que conforman la personalidad de un alcohólico. Si en realidad existen rasgos particulares en ellos.

Una de las características principales del perfil psicológico de los alcohólicos, de acuerdo con López; citado por Pardo (2009), es la inmadurez emocional. En la psicobiografía de la mayor parte de los adictos al alcohol, siguiendo la cita, encontraremos antecedentes de rechazo afectivo, sobreprotección o responsabilidad prematura. Estas vivencias infantiles determinan un retraso en el desarrollo de su personalidad lo que da lugar a que sean personas inseguras, ansiosas, egocéntricas, con baja autoestima y una serie de complejos que impiden un óptimo desarrollo de su personalidad.

Establece también que el alcoholismo es una enfermedad que produce un desgaste físico y psicológico impresionante, siendo su principal característica de desgaste psicológico la parálisis de su desarrollo emocional. Es decir, un alcohólico activo no crece emocionalmente, está psicológicamente atrofiado, porque, para enfrentar los diferentes conflictos de su vida o para evadirse de ellos, ha recurrido siempre a la muleta emocional del alcohol. El comportamiento típico del inmaduro emocional es un individuo irritable, egocéntrico, que exige todos sus derechos pero que no cumple ninguna obligación, en otras palabras, cuando le conviene se comporta como niño y cuando no, se comporta como adulto autoritario.

Las principales características que el autor atribuye al perfil psicológico del alcohólico son las siguientes: infantilismo, caprichos, inconsistencia, dependencias emocionales, superficialidad, pretensiones excesivas, egoísmo, narcisismo, intolerancia a la frustración, inconstancia, manipulación, rebeldía ante la autoridad, irresponsabilidad y pasividad.

Es importante notar también, que son características comunes de la adolescencia, lo que lleva a pensar, que quizá este sector de la población es más vulnerable a caer en un consumo excesivo de alcohol y si a eso le agregamos otros cambios tanto en la estructura familiar como social, se tiene un foco de alerta que debe servir para enfatizar las medidas de prevención hacia este grupo. Reiterando, la literatura nacional sobre el tema encontramos que el aumento del consumo de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes es atribuible en buena medida a los cambios en el contexto sociocultural que, si bien abrió nuevas posibilidades de desarrollo para las mujeres, también ha favorecido su exposición a otro tipo de riesgo como el uso de sustancias tóxicas. Mora & Ajenjo (2010).

Debido a que la evolución y aumento de la enfermedad ha involucrado a estos sectores de la población (adolescentes y mujeres), no es posible aun definir detalladamente un perfil psicológico. Algunas características mencionadas van enfocadas solamente a los hombres de edad adulta, debido a que se consideraba principalmente, el grupo afectado.

De acuerdo a Lammoglia (2012), quien ha emprendido esfuerzos a en la expansión del movimiento 24 horas, Alcohólicos Anónimos y de los grupos Al-Anon para ayuda a familiares de alcohólicos, de Neuróticos Anónimos, Comedores compulsivos, fundador de los grupos adictos a las relaciones destructivas y otros grupos de auto ayuda, sostiene que, los alcohólicos tienen una personalidad inadecuada (un desorden de personalidad oculto), o sea una personalidad emocional deformada.

Esto comprende el sector del temperamento y el carácter que va a dar origen a las emociones, los impulsos amorosos o agresivos, los sentimientos, la tendencia a valorarse a uno mismo, la seguridad, todo el registro de la sexualidad y las necesidades primitivas, como son el beber y el comer, bajo su enfoque de placer y no placer. Basándose en la observación clínica del mismo, se pueden presenciar ciertos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica:

- 1.- Inmadurez emocional
- 2.- Tendencia a crear dependencias emocionales
- 3.- Egocentrismo
- 4.- Incapacidad de amar
- 5.- Homosexualidad latente
- 6.- Labilidad o endeblez emocional
- 7.- Conducta impulsiva
- 8.- Angustia patológica o existencial
- 9.- Soledad existencial
- 10.- Mitomanía y mundo fantástico
- 11.- Tendencia a la manipulación
- 12.- Incapacidad para integrarse a los grupos humanos
- 13.- Incapacidad para asimilar las experiencias
- 14.- Incapacidad para tolerar la frustración
- 15.- Incapacidad para tolerar el sufrimiento
- 16.- Vivir sufriendo y sufrir viviendo
- 17.- Tendencia a la evasión

Todos ellos también son denominados síntomas de la personalidad alcohólica, donde los sujetos con dicha personalidad presentan una marcada infelicidad y conflictos en su historia familiar. Siguiendo palabras del autor; los alcohólicos nunca se sintieron queridos durante la infancia, o sienten que son una carga para los padres.

Es comprensible entonces que el alcohólico adulto, ya en actividad, sea incapaz de establecer una relación afectiva y significativa con sus hijos, con los que le rodean, ya que ve el mundo a través de una neblina emocional que es impenetrable a la capacidad de percepción de la gente que trata de acercársele.

Después de esas afirmaciones es importante generar una diferenciación de consumo, de acuerdo al género, aunque parezca burdo, para algunos autores es el predictor más importante del consumo de alcohol y el daño asociado (Schmidt y cols., 2010).

Wilsnack y cols. (2004) han señalado tres razones importantes para esta diferencia genérica:

1.- A nivel mundial, comparado con las mujeres, los hombres tienen mayor probabilidad de beber, de consumir más alcohol y de tener más problemas al hacerlo. Las diferencias se muestran en las tasas de abstinencia, en el consumo riesgoso, los periodos de intoxicación y en los trastornos por el abuso. Muy diversas explicaciones se han dado respecto a esta brecha en las diferencias genéricas. Van desde la genética y el metabolismo hasta la inhibición en las mujeres, el goce y el control social.

2.- La segunda razón es que el género interactúa con el consumo de alcohol y provoca diferencias culturales. El alcohol diferencia, simboliza y regula los roles de género. En décadas recientes ha existido una preocupación constante porque la brecha en el consumo de hombres y mujeres ha disminuido, surgiendo así la hipótesis de la convergencia, donde se afirma que el aumento en las oportunidades de las mujeres de llevar a cabo roles masculinos tradicionales (como el trabajo) ha favorecido el aumento del consumo con mayores consecuencias para ellas. Esta disminución en la brecha del consumo es más evidente en las mujeres adolescentes y jóvenes.

3.- La construcción de la masculinidad y la feminidad en algunas culturas está ligado al consumo de alcohol. Beber se asocia a mostrar camaradería entre varones provocando que éstos nieguen o minimicen los problemas resultantes de su consumo.



O aceptando esta conducta como normal o permisible, aun cuando en muchos casos los lleve a la violencia. Por otro lado, el consumo en las mujeres provoca en quienes las rodea estigma, enojo, castigo y coerción a fin de detener su consumo de alcohol.

Las razones son muy acertadas y se reflejan simplemente, en el hecho de acudir a recibir algún tipo de tratamiento para dejar de beber, el mayor número de pacientes ingresados en instituciones de atención para las adicciones, son hombres, lo cual no quiere decir que las mujeres no sean consumidoras, solo manifiesta que existen aspectos en los que el machismo sigue imperando e influyendo en las decisiones del género femenino, el “qué dirán”, pesa más, incluso por encima de su salud.

Se quiera o no, el individuo (hombre o mujer) se encuentra inmerso en un sistema social, en el cual puede influir y paradójicamente ser influenciado, por ejemplo; en el caso de las persona que no acuden a recibir tratamiento, como se menciona, debería tomar en cuenta, que tal vez su forma de beber, podría estar afectando a su familia, y que ya no se trata solo de él o ella.

Al respecto algunos autores han documentado que las personas que viven en un ambiente familiar donde el consumo de sustancias está presente, tienen mayores dificultades para adaptarse social y psicológicamente a su entorno, además de generar deterioro, estrés y tensión constante en el interior de la familia. Filstead et al., 2005.

De igual forma, Orford et al., 2005, citado por Navarrete & Chávez (2010), menciona que además del estrés que experimentan las personas que viven con un/a consumidor/a, también hay una constante preocupación debido que el consumo representa una amenaza para su familia, tanto en cuestiones económicas como en relaciones intra e interpersonales con ellos/as mismos/as y con el/la consumidor/a.

Estas relaciones se presentan en cuatro facetas que se describen a continuación:

#### 1.- Estrés

En la interacción existe agresividad y, en algunos casos, violencia. Es común que el familiar tenga incertidumbre del/a consumidor/a, ya que este/a presenta variaciones constantes en el estado de ánimo y existen manifestaciones de violencia y agresividad a través de gritos, insultos, golpes e incluso amenazas de muerte. Hay discusiones sobre dinero y bienes materiales el/la consumidor/a suele pedir a sus familiares dinero prestado o regalado. Cuando la ayuda económica se le niega, la o el familiar se preocupa porque aquel/aquella pueda robar para conseguirlo generándole problemas de tipo legal. También se hace presente en los familiares la preocupación de no saber para que el/la consumidor/a empleara el dinero prestado, incluso algunas veces, no se conoce el paradero del/a consumidor/a y sobre su hora de llegada a casa, generando incertidumbre en el familiar, que se la pasa pensando, que el/la usuario/a se encuentra en peligro por las calles, bajo los efectos de la sustancia; vulnerable y relacionándose con personas peligrosas, sin saber cuándo llegará o en qué condiciones lo hará.

## 2.- Preocupación por el familiar consumidor

Salud física y mental. Las y los familiares se preocupan por padecimientos que pueden llegar a afectar al/a consumidor/a, tales como sobredosis, cambios de peso, hipertensión, problemas en el hígado y pulmones, entre otros órganos, alucinaciones, ansiedad, ideación e intentos suicidas, síndrome de abstinencia, etc. Otra cuestión que genera preocupación en la familia, es el descuido del/a consumidor/a de sí mismo/a, de su propia salud y seguridad física, de la apariencia en actividades y/o posesiones.

En cuanto a educación y trabajo; implica intranquilidad del familiar ante la posible pérdida de trabajo, ausentismo e inestabilidad laboral y escolar de quien hace uso de la sustancia. Las deudas, falta de liquidez monetaria, robo, prostitución para obtener dinero, y gastos excesivos de/la, consumidor/a, también son aspectos preocupantes para la familia, ante la constante intoxicación en el /la consumidor/a; y al observar señales que indican que hubo consumo, así como no poder predecirlo y el único interés del/a usuario/a sea el tomar alcohol o usar drogas.

## 3.- La vida familiar es amenazada por el consumo

Cuando existe consumo, la dinámica familiar cambia por completo, afectando las áreas económica y comunicativa, o la integridad física y psicológica de las y los integrantes. Puede presentarse mayor estrés y preocupación cuando el consumo ocurre en casa, causando cambios que restringen las relaciones sociales de la familia.

#### 4.- Signos de tensión para las y los miembros de la familia

Estos signos de tensión se aprecian en diferentes áreas de la vida del familiar del consumidor y comprenden:

Afectaciones en la imagen y autoestima de las y los familiares, sentimientos de minusvalía, ansiedad, preocupación, mal humor, nerviosismo, sentimiento de depresión, infelicidad, ideación suicida, pérdida de confianza, culpabilidad, auto devaluación, ira, sentimientos de haber sido traicionados/as, mezclados con amor y odio, así como rechazo hacia el/la consumidor/a, miedo, soledad.

En impacto negativo de las adicciones sobre otros, particularmente la familia, representa un problema en sí mismo. Este fenómeno se ha denominado "codependencia". Su tratamiento ha incluido tanto a grupos de ayuda-mutua como a intervenciones basadas en evidencia científica. Mora y Ajenjo., (2010a)

Fenómeno, común y poco identificado por las personas que lo padecen, para entender mejor el término, véase Tabla 3.

Tabla 3

*Definiciones de codependencia*

Es un estado emocional, psicológico y conductual desencadenado cuando un individuo ha estado expuesto prolongadamente a una serie de reglas opresivas, mismas que limitan la abierta expresión de sentimientos, al igual que la expresa discusión de problemas personales e interpersonales. Robert Subby (1991)
Por otra parte, es un término diagnóstico que ha aumentado su uso en el ambiente clínico y de autoayuda; generalmente se refiere a una entidad particularmente común entre mujeres, basado en el cuidado y una excesiva responsabilidad por los/las demás. Haaken (1990)
De igual manera la codependencia se distingue por la falta de relación con uno mismo, por lo que la persona busca relacionarse de una manera enfermiza con los/las demás. En el fondo de la codependencia, como en el fondo de todas las adicciones hay un inmenso vacío. Kellogg (1990)

Elaboración propia con datos obtenidos de: Mora y Ajenjo., (2010)

Cabe mencionar que el origen del fenómeno de la codependencia tiene su lugar tras la creación del primer grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935 en Akron, Ohio. Las esposas de los integrantes de AA esperaban a que sus esposos salieran de sus juntas; al estar reunidas se percataron de su necesidad de hablar, dando origen al grupo de Al- Anón y al concepto de “co-alcoholismo” que más tarde evolucionaría al término de codependencia (Edmundson, Byrne y Rankin, 2000) citado por Navarrete & Chávez (2010).

El tema codependencia se integra a la investigación como dato importante, porque permite visualizar la enfermedad desde otro punto, que en algunas ocasiones es ignorado, el trabajar con la empatía, entre el enfermo y la familia, es crucial para generar un cambio en cuanto a la dependencia psicológica.

De igual forma, la familia puede llegar a desconocer muchos aspectos de la enfermedad, para algunas personas es un invento por parte del alcohólico para

hacerse la víctima o simplemente un pretexto para irse de fiesta con sus amigos (as), negándose, por lo mismo, a brindar el apoyo que el enfermo necesita. Ampliar el conocimiento de las generalidades de la enfermedad, tanto a usuarios de la droga como a familiares y público en general es importante y necesario, para evitar tanto el abuso de sustancias como la codependencia.

## CAPÍTULO II

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA

#### 2.1 Síndrome de Abstinencia

Para ampliar la comprensión del síndrome, se explica en un principio los términos que a éste confieren, posteriormente se describe el síndrome y cómo es que diversas posturas lo abordan. Cabe mencionar, que no es considerado en la aplicación del programa piloto, incluir a usuarios de alcohol que presentan el síndrome de abstinencia, debido al protocolo de aceptación de usuarios que pueden ser atendidos en CAPA. Sin embargo dentro del marco de investigación, es necesario retomarlo, porque forma parte de la enfermedad y como tal es importante conocer sus características, las cuales permiten comprender mejor, el comportamiento de la persona alcohólica.

Por tanto, la Semiología Psicopatológica, que Samat (1999) explica que se atribuye la terminología de *signo*, a un fenómeno objetivo, perceptible por un observador externo (médico, neurólogo etc.) que puede investigar los reflejos del paciente para investigar los signos de una posible patología. A diferencia del *síntoma*, que es subjetivo, o en otras palabras, lo que el paciente mismo siente y trasmite a través de su relato; p.ej., que siente un dolor punzante en tal o cual región de su cuerpo. Dentro de la misma disciplina, se considera que los signos y síntomas pueden manifestarse en cualquier área: física (en el organismo o en el cuerpo, como dolores, fenómenos conversivos o psicósomáticos, fatiga, falta de apetito, etc.), conductual (en el comportamiento observable, como risas, hiperactividad, estereotipias, etc.) o en el plano de las funciones "psíquicas": pensamiento (ideas delirantes, obsesivas, interceptaciones), afectividad (angustia, depresión), percepción (ilusiones, alucinaciones), etc.

Una vez que se conocen las definiciones y diferencias entre síntoma y signo, es posible entender mejor, que un *síndrome*, retomando a Semat (1999), es un conjunto de signos y síntomas que con frecuencia aparecen juntos configurando una organización clínica. Esta co-ocurrencia sugiere que existe un factor común entre ellos (patogenia, evolución, etc.). No llega a configurar un trastorno mental de por sí, pues un mismo síndrome puede darse en distintos cuadros psicopatológicos.

El síndrome de abstinencia como tal, es considerado un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitada. (Becoña, 2008), Así también es aplicable a todas las conductas adictivas sin base química, como lo son la adicción a las redes sociales, al juego, a las compras, relaciones interpersonales tóxicas, entre otras, como se ha encontrado en distintos estudios (Echeburúa, 1999).

Se describen los siguientes tipos:

1. *Síndrome de abstinencia agudo*: conjunto de signos, síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

2. *Síndrome de abstinencia tardío*: puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos

alpaciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

3. *Síndrome de abstinencia condicionado*: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser re expuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra. También suele ser denominado, *síndrome de abstinencia psicológico*, ya que como se expone; los síntomas re- aparecen cuando la persona se encuentra en ciertas condiciones, en las que habitualmente consumía la sustancia, en este tipo de síndrome ha habido un aprendizaje y por ende la asociación, de cierta actividad, situación, sensación o circunstancias concreta con la conducta de consumo.

En cuanto a otras disciplinas, el síndrome de abstinencia alcohólica se considera una urgencia médica, ya que pueden aparecer complicaciones graves y sin tratamiento, cada vez que se presenta los síntomas son peores y más acusados.

Aunque pueda parecer que no es grave, debe consultarse a un médico, en particular aquellas personas que han padecido un síndrome de abstinencia grave con anterioridad o que padecen otras enfermedades como infecciones (proceso por el cual ingresan gérmenes a una parte susceptible del cuerpo y se multiplican, provocando una enfermedad), cardiopatías (enfermedades propias de las estructuras del corazón. Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por asma o por colesterol), enfermedades del pulmón o crisis convulsivas (contracciones musculares que suceden como consecuencia de descargas eléctricas anormales en las neuronas cerebrales). Asimismo, las personas que están intentado dejar otras drogas, ya que pueden padecer un síndrome de abstinencia más severo.



Por tanto, durante el síndrome de abstinencia el indicado para prescribir un tratamiento es el médico, mismo que el paciente requiere en esos momentos para lidiar con temblores, ansiedad, taquicardia (frecuencia cardíaca acelerada causada por un problema en el sistema eléctrico del corazón), entre otros síntomas. Es importante tomar en cuenta que, si los síntomas fisiológicos no están bajo control, cualquier tratamiento psicológico difícilmente será funcional. La enfermedad debe ser tratada bajo un esquema multidisciplinar.

## **2.2 Clasificación del Síndrome de Abstinencia Según la Droga**

Cualquiera que sea la droga, genera cambios en el Sistema Nervioso Central (SNC). No se trata solo de la voluntad del usuario, si bien es importante, no se debe olvidar que la adicción es una enfermedad, el usuario sigue consumiendo la droga debido al “bienestar” que le produce. Precisamente porque la droga, está haciendo su intervención en el centro de placer del cerebro.

Cada droga actúa de diferente forma, como se observa en la tabla 4, puede ser; estimulante, depresora o alucinógena.

Tabla 4

*Clasificación de las drogas según sus efectos*

Grupo	Droga	Efectos
Estimulantes	Cocaína, pasta, crack, base libre, antetaminas, cate, tabaco.	Disminuye el apetito, mantiene al individuo despierto, activa el metabolismo con aumento en las pulsaciones del corazón.
Depresores	Alcohol, sedantes, barbitúricos, inhalantes, narcóticos.	Produce relajación en el SNC, en dosis pequeñas produce euforia, en dosis elevadas produce aturdimiento, apatía, disminución de la tensión, apatía, entre otras.
Alucinógenos	PCP (polvo de ángel), peyote, LSD, marihuana.	Produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial el sentido de la vista y del oído. Modifican la noción del tiempo y del espacio.

Elaboración propia con datos de: Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo. Bárcena Díaz, 2014.

En general, durante el consumo de drogas, va a aparecer el síndrome de abstinencia, solo hay que identificar el nivel, y prestar atención cuando los síntomas comienzan, justo después de interrumpir el consumo de la droga. Se debe tomar en cuenta que la presencia de la sintomatología cambia de acuerdo a la sustancia consumida como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5

*Generalidades de la droga*

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Definición</b>	<b>Sintomatología en abstinencia</b>
Alcohol	El alcohol es una sustancia psicoactiva o droga, que contiene etano o etílico .Se obtiene de la fermentación o destilación de jugos de frutas, granos y vegetales	Temblores, insomnio, sudoración, náuseas... pudiendo llegar a convulsiones o Delirium Tremens en los casos más graves.
Barbitúricos	Fármacos que causan relajación y somnolencia utilizadas como sedantes. Comenzaron a recetarse para tratar dolencias relacionadas con el estrés. Hoy en día, un nuevo grupo de hipnóticos llamado benzodicepinas ha sustituido a muchos de los barbitúricos y se siguen utilizando para tratar varios tipos de epilepsia.	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio y convulsiones.
Heroína	La heroína es un opiáceo semi – sintético: es producida a partir de la morfina a través de un proceso químico y es aproximadamente 3 veces más fuerte que ésta. Generalmente se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa	Lagrimo, rinorrea, irritabilidad, temblores, bostezos, pilo erección, pupilas midriáticas, insomnio, vómitos, diarrea, calambres musculares y pérdida del apetito.
Cocaína	La cocaína (clorhidrato de cocaína) es una droga estimulante y poderosamente adictiva. Es un polvo blanco y cristalino que se extrae de las hojas de la coca, proviene del árbol de la coca que crece en América del Sur.	Depresión, irritabilidad, insomnio, cambios en el apetito, náuseas, letargia, anergia, enlentecimiento psicomotor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnia, apatía.
Cannabis	El Cannabis Sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, con una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Se consume fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos	Insomnio, hiperactividad y disminución del apetito.
Anfetaminas	Son drogas que en ocasiones se utilizan como medicamentos, que resultan adictivos (Moderada-Alta) y neurotóxicos, ya que estimula el Sistema Nervioso Central. Se presentan en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color.	Fatigabilidad, trastorno del sueño, alteraciones del apetito, irritabilidad y humor depresivo.
Inhalantes	Los inhalantes son sustancias volátiles, producen vapores químicos que pueden ser	

inhalados para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración

## Tabla 5

---

mental. Disolventes volátiles, aerosoles, Insomnio, aumento del apetito, gases y nitritos, a menudo se encuentran en depresión, irritabilidad y dolores de los productos domésticos, industriales y cabeza. médicos.

---

Tabaco	El tabaco es un producto vegetal obtenido de las hojas de la <i>Nicotiana tabacum</i> y por su particular contenido en nicotina resulta adictiva. Se consume de varias formas, siendo la principal fumada.	Ansiedad, irritabilidad, alteración del sueño.
--------	--	--

---

*Nota:* Diseño propio, datos obtenidos de; Centre D' Assistencia Terapèutica (CAT), Barcelona (2008). Conceptos recuperados de: [las-drogas.net/anfetaminas](http://las-drogas.net/anfetaminas)

### **2.3 Síndrome de Abstinencia Alcohólica**

Ya se mencionaron las características del Síndrome de Abstinencia, lo que corresponde al presente apartado es mencionar las características de del mismo síndrome, pero enfocado al paciente con alcoholismo.

De acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC, 2012), el síndrome de abstinencia de alcohol (SAA) se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa, síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o "necesidad" de ingerir alcohol (craving), debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de alcohol, generalmente surge después de las 6 u 8 horas después de la última bebida consumida.

También es conocido como un fenómeno complejo que ocurre a diversos niveles cerebrales caracterizados de manera general, por síntomas contrarios a los producidos por la exposición aguda al etanol, unido a una actividad simpática aumentada.

Se ha sugerido, de acuerdo a Manzanares (2003), que el síndrome representa la hiperactividad del mecanismo adaptativo neural no compensado por el efecto inhibitorio del alcohol. Se produce un incremento en la actividad del receptor NMDA, por inhibición prolongada de los mecanismos glutamatérgicos, que aumentaría la cantidad de calcio que entra en las células nerviosas. Aunque el calcio es esencial para la función neuronal, un exceso de esta sustancia produce toxicidad y muerte

celular. De hecho, repetidos ciclos de consumo de alcohol y abstinencia puede resultar en daño cerebral por exceso de calcio neuronal.

No obstante, siguiendo el pensamiento del autor, las respuestas neuro conductuales de la abstinencia, también se explican a través de un modelo animal basado en el consumo crónico e intermitente de alcohol, que demuestra una disminución en la actividad GABAérgica, reducción del número y sensibilidad de los receptores GABA, responsable del incremento en los niveles de ansiedad desencadenada. La interacción entre el alcohol y el receptor GABA se evidencia en estudios que muestran una disminución en las manifestaciones del síndrome de abstinencia alcohólica, por el uso de sustancias que incrementan la actividad GABAérgica, como las benzodiazepinas y los bloqueantes de la recaptación del GABA.

Durante el síndrome de abstinencia, reitera Manzanares se produce también una activación simpática excesiva que ocurre por aumento de la liberación de noradrenalina en el locus coeruleus, aumento de los niveles de adrenalina y activación del eje HHA (hipercortisolemia). También se ha postulado la participación de los receptores de adenosina localizados en el locus coeruleus como elementos relevantes en la hiperactivación inducida por la abstinencia.

Así mismo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su 5ta edición (DSM-5, 2015) , menciona que la característica esencial de la abstinencia de alcohol es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla tras varias horas o pocos días después del cese (o la reducción) del consumo intensivo y prolongado de alcohol (criterios A Y B), incluyendo éste, dos o más síntomas que reflejan la hiperactividad automática y la ansiedad enumeradas en el criterio B junto con los síntomas gastrointestinales, después de un tiempo de dejar de consumir bebidas alcohólicas se genera una serie de respuestas orgánicas en el individuo, que afectan el bienestar físico y psicológico, perturbando su vida familiar, laboral y social.

Para entender un poco más acerca del contenido de los criterios del síndrome de abstinencia en el DSM-5, se enuncian a continuación:

#### Criterios diagnósticos

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el criterio A.

1.- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p, ej., sudoración o ritmo del impulso superior a 100 Imp).

2.- Incremento del temblor de las manos.

3.- Insomnio.

4.- Nauseas o vómitos.

5.- Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.

6.- Agitación psicomotora.

7.- Ansiedad.

8.- Convulsiones tónico- clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas de criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Se retoma nuevamente la lectura del DSM- 5, donde se hace mención que los síntomas pueden aliviarse mediante la administración de alcohol o benzodiazepinas (p, ej., diazepam), dichos síntomas suelen comenzar cuando las concentraciones en sangre de alcohol disminuyen notablemente (es decir en el plazo 4-12 horas) después de que se haya detenido o reducido el consumo de alcohol.

Los síntomas presentan el pico de intensidad durante el segundo día de abstinencia y son susceptibles de mejorar notablemente al cuarto o quinto días, sin embargo tras la abstinencia aguda, los síntomas de ansiedad, el insomnio y la disfunción automática puede persistir hasta 3-6 meses con menor intensidad.

Al respecto los criterios y la descripción de los síntomas son importantes, esto es dependiendo del nivel de abstinencia en el que se encuentre el sujeto, se puede proceder a una intervención de carácter psicológico, ya que evidentemente si se encuentra en un nivel de abstinencia aguda, lo primero será estabilizarlo con medicamento, lo cual concierne a un especialista de la salud (medico, psiquiatra).

Ahora bien, autores como; Cunillera (2006), hace mención del mismo síndrome de abstinencia alcohólica, tomando como referencia el consumo continuado de alcohol en cantidades de riesgo como son más de 40 gramos de alcohol puro al día en hombres y 20 gramos en mujeres, lo que, para hacerse una idea, podría equivaler a más de 4 vasos cada día en los hombres y más de dos vasos de vino en las mujeres, se consideran cantidades de riesgo y es el punto donde el cerebro llega a adaptarse al funcionamiento bajo los efectos del alcohol.

Por tal motivo si en algún momento la persona deja de beber durante más de seis u ocho horas, el cerebro nota la ausencia e inicia algo así como “una protesta”, reclamando el alcohol para conseguir funcionar con cierta normalidad. En personas jóvenes y sanas la necesidad de volver a consumir alcohol para evitar el malestar no aparece hasta pasados unos años, cuando el hígado empieza estar inflamado y el cerebro, acostumbrado a la sustancia. También menciona que evidentemente existen



también diferencias individuales que no permiten precisar con exactitud cuándo se inicia la dependencia. La abstinencia puede ir de leve a muy severa acompañada de un desgaste o sufrimiento cerebral.

Al respecto se considera leve si los efectos manifiestos son: cierta ansiedad, nerviosismo, náuseas y el deseo de volver a beber, sin otras manifestaciones. A pesar de que se mantenga la abstinencia, incluso, si no vuelve a haber consumo de alcohol, pasados tres días, el alcohol habrá sido eliminado del cuerpo y la persona se habrá desintoxicado, asimismo empezará a recuperar un proceso normal de funcionamiento, siempre que no ingiera alcohol nuevamente.

Por otro lado, la reacción del cuerpo a la abstinencia se considera grave, si la persona, cuando se levanta por la mañana, sufre temblores en los dedos y en las manos, sensación de náuseas, vómitos, sudoración, aumento de la ansiedad y un deseo persistente de intentar calmar estos efectos bebiendo nuevamente.

Como se puede analizar, ésta serie de síntomas causan un malestar general en el organismo del individuo. Mencionado antes, la presencia de este síndrome es “peligrosa” para el manejo adecuado del tratamiento de la enfermedad, siendo que durante la presencia de esta sintomatología el paciente llega a recaer, obteniendo, con la ingesta de alcohol, el cese de la sintomatología.

Por su parte Víctor y Adams (1952), citados por; Saunders & Janca (2003) definían el síndrome de abstinencia alcohólica como un estado “tembloroso- alucinatorio-epiléptico-delirante” lo que ha llevado a usar esta definición para dividir el síndrome en cuatro estadios clásicos:

Estadio 1: Síndrome precoz, consistente en ansiedad y necesidad de ingesta de alcohol.

Estadio 2: Gravedad intermedia de 24 a 36 horas y se caracteriza por efectos adrenérgicos (que tiene efectos similares a los de la adrenalina) incluyendo

taquicardia, hiperventilación (respiración rápida o profunda, también se denomina híper respiración y puede dejarlo con una sensación de falta de aliento.), hipertensión sistólica (presión arterial mayor o igual a 140), diaforesis (sudoración abundante), febrícula (fiebre ligera que suele ser de larga duración pero sin superar los 38°C), alucinaciones, ansiedad intensa, temblor e insomnio.

Estadio 3: Consiste en convulsiones tónico-clónicas (tipo de convulsión o crisis epiléptica que compromete todo el cuerpo) y ocurre de 12 a 72 horas después de la última ingesta.

Estadio 4: Consiste en delirium tremens, a menudo ocurre siguiendo inmediatamente a una convulsión típicamente dentro de las 48 a 72 horas tras la última ingesta. Solo el 5% que experimenta un síndrome de abstinencia progresa a delirium tremens.

Es evidente que la perspectiva del síndrome de abstinencia cambia, dependiendo del autor, sin embargo, la mayoría coincide, con una serie de síntomas físicos.

Y dentro de la gama de definiciones, también se buscó aquella retomada por el programa de Alcohólicos Anónimos (A.A), el cual menciona, que el proceso de rehabilitación del alcohólico que ha determinado dejar de beber es, ciertamente, un proceso que implica autodisciplina, tolerancia, paciencia y consistencia para llegar a la meta, todo ello dentro de un marco de humildad, buena voluntad y mente receptiva para cumplir con el programa antes mencionado y dejarse ayudar por otros que pueden hacerlo. Peralta (2011).

Autor que menciona también que la abstinencia es sólo el primer paso de quien ha decidido rehabilitarse; pero que la verdadera meta es la sobriedad, de modo que el individuo pasa por etapas y que los efectos tanto físicos como psicológicos generados por la abstinencia, le afectaran en gran medida y en muchas ocasiones le harán perder el control, lo que lleva a recaer, perdiendo la confianza que muchas veces los familiares depositan en él/ella, tratando de explicarse porque vuelve a beber si en sus propósitos estaba ya no hacerlo, sintiéndose quizá, culpable y excluido por los demás.

Siguiendo la literatura de A.A., inicialmente se deja en claro la diferencia entre abstinencia y sobriedad, siendo la primera, el simple hecho de dejar de beber, pero sin lograr un verdadero cambio en todos aquellos defectos de carácter y viejos moldes que habían determinado una vida ingobernable. Mientras que Sobriedad implica no sólo dejar de beber, sino experimentar gradualmente un profundo cambio de todos aquellos aspectos negativos de la personalidad.

Muchos miembros de A.A. que no llevan bien su programa sufren frecuentemente recaídas emocionales que obstaculizan la sobriedad, señala Peralta. Recaídas que constituyen un conjunto de síntomas que provocan un estado de malestar e infelicidad en el alcohólico no activo, lo que se conoce con el nombre de *síndrome de la borrachera seca*.

Denominado así por que quien la padece exhibe todos los trastornos típicos de una vida ingobernable, a pesar de que se abstiene de beber. Así mismo, el síndrome se reconoce por la presencia de ocho síntomas característicos:

- 1.- Tendencia a la exageración.
- 2.- Conducta infantil.
- 3.- Insatisfacción persistente.
- 4.- Negación de su realidad no alcohólica.
- 5.- Racionalización de sus problemas neuróticos.
- 6.- Persistencia de los problemas familiares.
- 7.- Conducta inapropiada en su grupo de A.A.
- 8.- Angustia y depresión recurrentes.

Si bien A.A es la base o el inicio en la investigación en cuanto a tratamientos contra las adicciones. Es en los centros CAPA, que se les enseña a los usuarios que la recaída es parte de un proceso, incluyendo las consecuencias del uso adecuado e

inadecuado de estrategias de enfrentamiento. El usuario aprende como desarrollar planes de acción para prevención de recaídas, diseñados en sus propias necesidades, se muestra cómo evitar o enfrentar cada situación de alto riesgo usando estrategias de enfrentamiento cognitivas y conductuales.

Por tanto, una recaída es; una falla en el intento de la persona por mantener el cambio en la conducta. En el caso de las adicciones, la recaída es medida como cualquier uso de la sustancia adictiva y el establecimiento o aumento del patrón de consumo anterior. (Parks y Marlatt, 2000), citados por Torres & cols., 2008.

Aunque otros autores usan el termino de caída, que es un solo evento que puede o no llevar un estado de recaída; la recaída implica una pérdida de control en la conducta adictiva y el establecimiento o aumento del patrón de consumo anterior (Browell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986), citados por Torres & cols., 2008. Si ocurre un resbalón o caída, surge el Efecto de Violación a la Abstinencia que consiste en una disonancia cognoscitiva y la atribución de responsabilidad por la caída a características internas y estables de la persona. El Efecto de Violación a la Abstinencia combinado con efectos de intoxicación por el uso de la sustancia incrementa la posibilidad de que ocurra una recaída (Parks y Marlatt, 2000). Este fenómeno involucra la pérdida de control seguida de la violación de las reglas auto-impuestas, dando como resultado final del proceso un incremento en la probabilidad de recaída.

Debe tenerse en cuenta los términos antes mencionados (caída o resbalón y recaída), para entender que una remisión alcohólica no es la presencia del Síndrome de Abstinencia.

A lo largo de la investigación se mencionan las generalidades de dicho síndrome, con el objetivo de esclarecer la sintomatología y el proceso por el que llega a pasar el usuario de alcohol, sin embargo para la aplicación del programa de Inteligencia Emocional, se toma en cuenta únicamente la remisión alcohólica, ya que en CAPA, justamente dentro del programa de Prevención de Recaídas, atiende a pacientes en situación de remisión alcohólica, si el usuario llegara al Centro, con síntomas de

Síndrome de Abstinencia es canalizado inmediatamente a su clínica de salud, para estabilizar los síntomas fisiológicos y posterior a ello, atenderlo en el Centro.

Incluso el DSM-5, al hacer referencia al trastorno por consumo de alcohol menciona que se debe especificar si:

*Es remisión inicial:* Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ni uno de ellos durante un mínimo de tres meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto A4, “Ansia o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

*En remisión continuada:* Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ni uno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto Criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Y dentro de los especificadores, mencionados en el mismo apartado del manual (trastorno por consumo de alcohol), se habla de “un entorno controlado”, empleando el término como un especificador de la remisión, es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada en un entorno controlado. Algunos ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios, unidades hospitalarias y comunidades terapéuticas, por mencionar algunos.

En caso de CAPA, no entraría en lo referente a “entorno controlado” ya que el tratamiento es ambulatorio, es decir; el usuario asiste únicamente a tratamiento, sin ser recluido en dicho centro, lo cual refiere al especificador de “en terapia de mantenimiento” tal y como lo maneja el manual, a diferencia del DSM- IV, versión que no incluía tales especificadores.

## CAPÍTULO III

### ANSIEDAD COMO TRASTORNO Y COMO SINTOMA

#### 3.1 Definición de Ansiedad (desde la perspectiva médica, psicológica, psicopatológica)

En Psiquiatría: “Diagnóstico [...] aprobado por la North American Nursing Diagnosis Association, hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas.

Las características subjetivas comprenden sensaciones de aumento de la tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego y preocupación, y las objetivas son: excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, inquietud, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, retraimiento, aumento de la sudoración y manifestaciones de preocupación respecto a los cambios en los acontecimientos vitales. Algunos tipos de ansiedad son: circunstancial, de castración y por la separación. (Diccionario Mosby- Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 2003).

Por otro lado Porto & Gardey (2008) sostienen que la ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*, tratándose de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación, siendo para la medicina, un estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

Siguiendo la definición dada por los autores, cabe resaltar que la ansiedad no siempre es una patología, sino que es una emoción común como el miedo o la felicidad, en este sentido, es necesaria para sobrevivir ante ciertos riesgos ya que pone a la persona en alerta. Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, ante la situación, están por debajo de lo normal. Siendo el sistema dopaminérgico el encargado de dar las alertas al organismo de aquello que necesita, liberando señales al sistema nervioso central. Lo hace cuando tenemos hambre, sed o sueño, y nos lleva a buscar todos los medios por satisfacer esa necesidad.

Así mismo, es el encargado de liberar adrenalina cuando estamos frente a situaciones a las que debemos enfrentarnos, se trata de una cadena que consiste en: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo; cuando la cadena se rompe, se produce una situación de ansiedad o estrés atípica, mencionan los autores, que puede llevar a la resolución del peligro o a sucumbir ante el miedo. Es decir que cuando esta facultad innata del individuo se torna patológica, aparece un trastorno de ansiedad.

Cuántas veces no se escucha la expresión “nervios”, por ejemplo: tenía nervios en el examen o es que me pones nervioso(a), ¡siempre que expongo me dan nervios! Todas esas sensaciones que se experimentan al momento de “los nervios”, no es más que ansiedad, bajo ciertas circunstancias y características todos experimentan los diversos síntomas, mencionados anteriormente, en mayor o menor medida, hasta cierto punto es normal, ya que se considera un mecanismo que estimula a la acción, obviamente no todos actúan en consecuencia de la misma forma. Es por ello que algunas disciplinas, clasifican de los síntomas y consideran dichos criterios a partir de la persistencia durante lapsos de tiempo determinados.

### 3.2 Ansiedad asociada al síndrome de abstinencia alcohólica

En general, se considera que la intoxicación o la abstinencia de alcohol podrían conducir a la presencia de determinados síntomas o trastornos psiquiátricos. Estos trastornos reciben el nombre de trastornos inducidos por el alcohol según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1995). Se muestran en la tabla 6.

Tabla 6

#### *Trastornos inducidos por alcohol*

Delirium	Durante la abstinencia aparece un síndrome confusional, alteraciones perceptivas (alucinaciones o ilusiones), interpretaciones delirantes, agitación psicomotriz y alteraciones emocionales.
Demencia persistente	Deterioro de la memoria, alteraciones cognitivas (afasia, apraxia o agnosia), alteración de la ejecución y deterioro significativo de la actividad laboral y social.
Trastorno amnésico	Puede ser transitorio, por intoxicación aguda, o también persistente. En ese caso se conoce como síndrome de Korsakoff.
Trastorno psicótico	Se pueden suscitar alucinaciones, trastorno delirante (con delirios de tipo persecutorio o celotípico).
Trastorno del estado de ánimo	Se considera que los estados depresivos inducidos tras el consumo prolongado de alcohol pueden ser graves pero transitorios.
Trastornos de ansiedad	El consumo prolongado de alcohol podría inducir estos trastornos en personas con cierta vulnerabilidad, ante la presencia de acontecimientos estresantes o por episodios repetidos de abstinencia.

Diseño propio con datos obtenidos de: DSM-IV, APA, 1995



### 3.3 Trastorno de Ansiedad

Profundizando en lecturas acerca de la ansiedad se observa la evolución y confusión que ha generado dicho término, autores como Kieffer (2015) la consideran una emoción más, que a diferencia del miedo, se presenta anticipando la falta de control ante un daño o amenaza futuro, incluso algún suceso que para la persona resulte negativo.

Cuando esa sensación de falta de control es persistente y daña de forma significativa al individuo o interfiere en su interacción biopsicosocial, es cuando pasa de ser una emoción a un trastorno mental, de ahí “los trastornos de ansiedad”. Aunque también es importante mencionar que en ciertas circunstancias, el término ansiedad hace referencia a un síntoma o consecuencia de una alteración a nivel neuronal, inducido por alguna droga o medicamento. Por ejemplo y respecto al tema de investigación, durante el síndrome de abstinencia, la ansiedad es un síntoma que aparece por la interrupción del suministro de la droga.

Existe una línea delgada que diferencia uno de otro, incluso si la consideramos una emoción, no dejaría de serlo si se presenta como síntoma. A continuación se esclarecen a fondo estas premisas.

Por lo general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

### **3.3.1 Clasificación del Trastorno de Ansiedad Según El DSM 5**

Las modificaciones de la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) para la clase diagnóstica de los Trastornos de ansiedad, con respecto a su edición anterior (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000), trata de ir avanzando (pese a reconocer que se está todavía lejos de poder hacerlo) hacia una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos.

Se ha incluido dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo.

Aunque sigue reconociéndose su estrecha relación con los Trastornos de Ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo han dejado de pertenecer a esta clase diagnóstica para ubicarse, el primero, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) y los últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos.

Ahora bien, de acuerdo al DSM-5, se describen a grandes rasgos, los trastornos de ansiedad.

a) Trastorno de Ansiedad por Separación: se denomina así, al miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes

b) Mutismo Selectivo: hace referencia a la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).

c) Fobia específica, es cuando aparece el miedo o ansiedad de forma intensa y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.

Los cuales se denominan objetos o estímulos fóbicos y pueden ser: animales, el entorno natural, sangre- heridas-inyecciones, situacional, entre otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

d) Trastorno de Ansiedad Social (fobia social) Al igual que los anteriores es, miedo o ansiedad intensos, solo que estos aparecen cuando la persona es expuesta al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. La prevalencia del miedo y la ansiedad debe ser igual, mínimo 6 meses y en situaciones de presentarse ante un grupo.

e) Trastorno de Angustia, el sujeto presenta crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

f) Agorafobia es el miedo o ansiedad acusados, que aparecen ante situaciones que impliquen transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitudes, y/o estar solo fuera de casa, además se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. Dicho miedo, ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

g) Ansiedad Generalizada, son preocupaciones excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.

La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

h) Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias/Medicación, el cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan, durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

Probablemente se llegue a pensar, el porqué de incluir el trastorno de ansiedad en la investigación, si de acuerdo a lo expuesto, no parece haber relación alguna con los objetivos, sin embargo, un usuario de alcohol que ha tenido varias recaídas, podría desarrollar un trastorno de ansiedad inducido precisamente por sustancias ya sea únicamente alcohol, o casos de poli usuarios (el uso alterno o combinado de dos o más drogas). Recordemos que en caso de adicciones también se presenta comorbilidad.

## **CAPITULO IV**

### **INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR NIVELES DE ANSIEDAD**

#### **4.1 Clasificación**

Para conocer la clasificación de los diversos instrumentos que miden la Ansiedad es necesario identificar algunos datos históricos acerca de las primeras apariciones de la psicología, y como es que surge la necesidad de creación de los mismos. A continuación explica Llaneza (2007).

Es la I Guerra Mundial, la que favorece el auge de la creación de instrumentos de evaluación psicológica, se solicita a los psicólogos la necesidad de clasificar a los soldados sobre la base de dos aspectos de utilidad a los fines de la contienda:

1.- El ordenamiento de los hombres basado en la capacidad intelectual, lo que motivo a desarrollo de los test de Inteligencia: el Alfa y el Beta

2.- La tipificación de los soldados en cuanto a la posibilidad de que puedan sufrir crisis nerviosas, esta necesidad dio lugar a que el psicólogo estadounidense Robert Woodworth elaborara la hoja personal de datos, que es considerada, por algunos autores, como el antecedente de los test modernos de personalidad.

Y posteriormente en la II Guerra Mundial, se realiza a los psicólogos la misma encomienda, lo cual posibilita la aparición de nuevos instrumentos.

Entre la I y II Guerra Mundial, etapa donde se mantienen las hostilidades entre los países participantes de la guerra, también se desarrolla un amplio número de test psicológicos con el modelo psicométrico, como por ejemplo el WAIS y las Matrices progresivas de Raven.

Aunque cabe mencionar que los Instrumentos Psicométricos no son los únicos que surgen en la primera mitad del S. XX. Siguiendo los escritos de la autora.

Desde una perspectiva diferente y a partir de la obra de Freud “la interpretación de los sueños”, aparecen algunas técnicas para el estudio de la personalidad que se les denomina técnicas proyectivas:

1906: Test de asociación de palabras de C. Jung.
--

Un test proyectivo de personalidad ideado por el psiquiatra suizo Carl Jung. TAP

El test consiste en que a la persona se le dicen una serie de palabras estímulo a las cuales debe responder con la primera asociación que venga a la mente. El sujeto debe decir una sola palabra, y debe hacerlo lo más rápidamente posible.

Como tal, en su aplicación se exploran procesos asociativos, formales de análisis y síntesis del pensamiento.

Se aplica en adolescentes y adultos

Aplicación: Individual

Tiempo de Aplicación: 30 minutos aproximadamente.

Tipos de ítems: Verbales

1921: El Rorschach de Hermann Rorschach
---

Fue creado por Hermann Rorschach, Psicodinámico que siguió las teorías de Jung y Freud, para ayudar a sus pacientes a hablar usaba la asociación libre, pero se dio cuenta que las personas con niveles socioculturales más bajos tenían dificultades para expresarse verbalmente por lo que empezó a utilizar manchas de pintura como estímulos para sus pacientes y vio que la pintura abstracta les motivaba a hablar.

Objetivo: Desde los dibujos se busca examinar el nivel intelectual de los niños, al igual que estudiar las disminuciones auditivas o deficiencias neurológicas. Se utiliza también

para problemas de personalidad y adaptación, la delincuencia, entendimiento del carácter, o proyección.

Requisitos y componentes para la aplicación:

El tiempo que se tiene en cuenta, es el que el sujeto se demora en dar el primer reporte o descripción de la lámina que está observando.

Población: Adolescentes y adultos.

Prueba Completa: Protocolo de registro individual, caja con láminas, láminas.

1926: Test de la figura humana de Goodenough.
---

Autor: Flórense de Goodenough.

Uno de los trabajos más conocidos es el trabajo de la Goodenough el cual se basó en la hipótesis que el dibujo es un indicador muy bueno para medir el desarrollo intelectual. Por eso la comparación de la edad mental y la edad cronológica expresa el valor del cociente de inteligencia

Administración: Individual

Duración: Entre 10 a 15 minutos.

Se comienza a aplicar desde los 5 años hasta los 13 años

Aspectos que valora el test: Cantidad de detalles representados, proporcionalidad., biodimensionalidad, transparencia, congruencia y plasticidad.

Siendo un test que podemos utilizar para:

1. El diagnóstico de la percepción visual.
2. Diagnóstico de la motricidad fina.
3. Diagnóstico de las capacidades sensomotoras.
4. Nivel de las capacidades mentales.



5. Pronóstico del éxito en la escuela durante los primeros años en la escuela.

6. Diagnóstico en la concentración de la atención.

1938: TAT de Murray
---------------------

Nombre original: "Test de Apercepción Temática ("T.A.T.").

Autor: Henry A. Murray

Adaptación: Alejandro Ávila Espada (ed. Pirámide, 1985, 1990). Manual (Paidós).

Edad de aplicación: Adolescentes y adultos (no mayor de 65 años).

Forma de aplicación: Individualizada, como forma más apropiada.

Versiones: Infantil: Children Aperception Test (C.A.T.)

Versión personajes animales (C.A.T.-A). Edad de aplicación: 3-10 años.

Versión personajes humanos (C.A.T.-H). Edad de aplicación: 11-14 años.

Escolar: Test de Apercepción Temática Escolar (T.A.T.-E) Edad de aplicación: 7-17 años.

Ancianos: Senior Aperception Test (S.A.T.).

Tiempo de aplicación: Sin tiempo limitado. Según la aplicación "abreviada" (60 minutos) o la "extensa" (120 minutos).

Evaluación: La dimensión profunda y dinámica de la personalidad tanto normal como patológica.

Material: Juego completo de las 31 láminas (1 en blanco), manual de aplicación, hoja de análisis para registrar las respuestas, papel y bolígrafo, cronómetro o reloj digital.

1944: Test de la tolerancia a la frustración de Rosenzweig.

Rosenzweig creó esta prueba originalmente llamada Picture Frustration Test (PFT) en base a los principios generales de su teoría de la frustración, una prueba diseñada para evaluar el nivel de frustración de un sujeto, y en base a ello determinar algunos rasgos de su personalidad y su manera de relacionarse con la agresión, ya sea a través de bloqueos, conductas defensivas, y/o de dominación.

Categoría: Pruebas proyectivas semi-estructuradas

Objetivo: Evaluar tolerancia o intolerancia frente a una situación frustrante

Aplicación: Individual y colectiva

Tiempo: Sin tiempo límite, aproximadamente 45 minutos

Edad: adolescentes y adultos

Materiales de aplicación: Manual técnico, protocolos y láminas

Test de la persona bajo la lluvia

Autor: Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz

Objetivos: Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental.

Diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa, o patológica. Nivel de ansiedad.

Diagnosticar o inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.

Contenido: Análisis de recursos expresivos, dimensiones, emplazamiento, trazos, presión, tiempo, secuencia, movimiento, sombreados.

Análisis de contenido: Orientación de la persona, posturas, borrados en el dibujo, repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas, detalles accesorios y su ubicación, vestimenta, paraguas como defensa, reemplazo del paraguas por otros elementos, partes del cuerpo, identidad sexual. El dibujo de un personaje (títeres, marionetas, robots, personas disfrazadas, historieta, estatua, payasos).

Duración: variable, aproximadamente 30 minutos

A quienes va dirigido: niños, adolescentes y adultos.

El conocimiento de los diferentes test, tanto psicométricos como proyectivos, permiten visualizar a grandes rasgos los orígenes de Instrumentos Psicológicos que hasta la fecha siguen siendo de gran utilidad, incluso algunos se han adaptado y modificado, para su aplicación en diversos ámbitos. Otro aspecto importante es conocer las diferencias entre; cuestionario, escala e inventario para evitar confusiones posteriores. Observe la tabla 7.

Tabla 7

*Diferencias entre Cuestionario, Escala e Inventario*

	Cuestionario	Escala	Inventario
Descripción	<p>Consiste en un conjunto de preguntas organizadas de uno o varios tipos (abiertas, cerradas, opción múltiple, etc.). Las preguntas son utilizadas para recolectar datos con respecto a una o más variables que se desea medir.</p> <p>Se persigue principalmente evaluar una capacidad.</p>	<p>Se trata de un método para medir las variables que constituyen las actitudes, siendo las más comunes las de Likert y la de Guttman. Consta en un conjunto de ítems en forma de afirmaciones que miden la reacción de un sujeto utilizando 3, 5 o 7 categorías (de acuerdo, desacuerdo, favor, en contra, indiferente, etc.). Instrumento mecánico, variables subjetivas</p>	<p>Es un instrumento cuyo propósito es el de describir y hacer una medición de las características individuales. El individuo responde eligiendo una posición.</p> <p>Es multidireccional.</p>
Ejemplos	<p>1.- Entrevista psicológica.</p> <p>2.-Cuestionario mercadológico</p>	<p>1.- Medición de la actitud hacia un producto consumible.</p> <p>2.- Selección de alumnos para materia optativa.</p>	<p>1.-Test de orientación vocacional.</p> <p>2.- Inventario SISCO de estrés académico</p>

Información de: Alcaraz (2016)

Ahora bien, como se mencionó, con el paso del tiempo las escalas e instrumentos para medir los diversos trastornos, se van desfasando y algunos otros solo se adaptan a otra población debido a que su validez sigue siendo confiable.

Es decir, según Morales (2000), citado por Palella y Martins en 2013, la validez de los instrumentos será el grado con el cual un instrumento sirve a la finalidad para la cual está definido.

Al respecto, a continuación se describe el Inventario de Beck, instrumento que sigue cumpliendo con los estándares de validez, razón por la cual se aplicara a los usuarios de alcohol, para evaluar si el programa de Inteligencia Emocional, resulta funcional y en realidad disminuye significativamente los niveles de ansiedad, durante la remisión alcohólica.

<p><u>BAI</u>. Inventario de Ansiedad de Beck: Aaron T. Beck, Robert A. Steer Pearson Clinical &amp; Talent Assessment</p>
--

Clasificación: C

Objetivo: Medir la severidad de la Ansiedad en adolescentes y adultos

Características: Es un cuestionario auto aplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas.

La razón por la que se decide evaluar los niveles de ansiedad con éste Inventario, es porque, de acuerdo a Llaneza (2007), los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, considerado así, un Instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento.

En combinación con el BDI-II permite evaluar la elevada comorbidad entre los síntomas de ansiedad y depresión.

Aplicación: Individual

Tiempo: De 5 a 10 minutos

Edad: Desde los 13 años

Dirigido a: Psicólogos clínicos y psiquiatras.

IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado: Spielberger, Charles D. / Díaz - Guerrero, Rogelio.

Clasificación: B

Objetivo: Se pretende medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).

Características: La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad, y para evaluar el grado hasta el que los estudiantes que solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.

La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.

Aplicación: Individual, colectiva, auto aplicable.

Tiempo: Ilimitado (aproximadamente 15 – 25 minutos)

Edad: Personas con nivel educativo medio-superior en adelante.

Áreas de aplicación: Psicología clínica, de la salud y organizacional.

AMAS. Escala de ansiedad manifiesta en adultos: Reynolds, C.R.; Richmond, B.O.; Lowe, P.A.

Clasificación: C

Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad experimentado por personas adultas (adultez temprana, edad media y adultez tardía o ancianidad).

Características: Según diversos estudios, la ansiedad se expresa de diferente modo a diferente edad, lo cual apunta a la necesidad de crear escalas específicas para medirla en cada etapa de la vida.

Se divide en tres inventarios:

**AMAS-A:** Cuenta con 36 reactivos que competen cuatro sub escalas (Inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, preocupación social, concentración y mentira).

**AMAS-C:** Está integrado por 49 reactivos concernientes a cinco sub pruebas (Inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, preocupaciones sociales/concentración, ansiedad ante los exámenes y mentira).

Este inventario se diseñó pensando en los estudiantes universitarios y sus particulares circunstancias conducentes a respuestas de ansiedad (como es el caso de las pruebas de aprovechamiento académico).

**AMAS-E:** Comprende 44 reactivos divididos en cuatro sub escalas (Inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, temor ante el envejecimiento y mentira).

Cada uno de los inventarios proporciona, además una puntuación global denominada; Ansiedad Total, la cual refleja un amplio conjunto de síntomas. Las sub escalas especifican los sistemas en que se desarrollaron los síntomas, y los particulariza.

Aplicación: Individual o colectiva

Tiempo: 15 minutos

Edad:

AMAS A – Adultos de 19 a 59 años.

AMAS E – Adultos de 60 años en adelante.

AMAS C – Estudiantes universitarios.

Al igual que con otros trastornos el DSM-5 ha incorporado una serie de instrumentos de evaluación para la cuantificación de las manifestaciones clínicas, en cuanto a la ansiedad, las cuales aparecen con el nombre de “medidas emergentes” y se advierte que todavía deben ser objeto de investigación para valorar su adecuación clínica. Se han incorporado con el objetivo, de que la cuantificación por escalas ayude en la toma de decisiones diagnósticas y reduzca el peso del juicio clínico más subjetivo, y haya un avance hacia concepciones más dimensionales, o al menos no exclusivamente categoriales, de las entidades psicopatológicas.

Con respecto a Trastornos de Ansiedad, se han incluido tres tipos de escalas/inventarios de cuantificación:

Una medida de manifestaciones de ansiedad en general, la PROMIS Malestar Emocional – Ansiedad, en forma de cuestionario de 7 ítems para los adultos y de 13 ítems para niños y jóvenes entre 11 y 17 años, y como escala de cuantificación por parte de los padres de menores con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

También diferentes medidas breves de severidad para la gran mayoría del Trastorno de Ansiedad específico, ello en dos versiones: una para adultos y otra para niños y adolescentes entre los 11 y los 17 años.

Y la tercera, una medida global de discapacidad, no específica para los Trastornos de Ansiedad, sino de aplicación general a cualquier persona de la que se sospeche algún tipo de afectación funcional por la razón que sea, que valora el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida a través de 38 ítems: la WHO-DAS 0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), que cuenta con una versión de auto informe y otra de valoración por parte de una persona cercana al paciente.



## CAPÍTULO V

### INTELIGENCIA EMOCIONAL Y TEORIA SISTEMICA

#### 5.1 Inteligencia

Para comprender mejor las bases sobre las cuales se va a estructurar el programa al cual va enfocada la investigación, es importante separar sus componentes, razón por la cual se presentan algunas definiciones y tipos de inteligencia.

Comenzando por la etimología, donde el término inteligencia proviene del latín *intelligentia*, que a su vez deriva de *inteligere*. Esta es una palabra compuesta por otros dos términos: *intus* (“entre”) y *legere* (“escoger”). Por lo tanto, el origen etimológico del concepto de inteligencia hace referencia a, quien sabe elegir: la inteligencia posibilita la selección de las alternativas más convenientes para la resolución de un problema. De acuerdo a lo descrito en la etimología, un individuo es inteligente cuando es capaz de escoger la mejor opción entre las posibilidades que se presentan a su alcance para resolver un problema.

A continuación Robert 2012, citado por: Tomas en 2015 realiza un listado con definiciones, que diferentes autores le otorgan a la palabra “Inteligencia”, quizá un poco resumida, pero será de gran ayuda para tener una idea, acerca de la evolución del concepto y notar los puntos en que convergen algunas de ellas, a pesar de la época.

1. *Spearman (1904, 1923)*: la inteligencia es una habilidad general que implica principalmente la deducción de relaciones y correlatos.
2. *Binet y Simón (1905)*: la inteligencia es la habilidad para juzgar bien, para comprender bien y para razonar bien.
3. *Terman (1916)*: la inteligencia es la capacidad para formar conceptos y para entender su significado.

4. *Pintner (1921)*: la inteligencia es la habilidad del individuo para adaptarse de manera adecuada a las situaciones relativamente nuevas de la vida.
5. *Thorndike (1921)*: la inteligencia es el poder de dar buenas respuestas, desde el punto de vista de la verdad o el hecho.
6. *Thurstone (1921)*: la inteligencia es la capacidad para inhibir las adaptaciones instintivas, para imaginar de manera flexible diferentes respuestas y para realizar adaptaciones instintivas modificadas en la conducta manifiesta.
7. *Wechsler (1939)*: la inteligencia es el conjunto o la capacidad global del individuo para actuar de manera prepositiva, pensar de manera racional y enfrentarse de manera efectiva con el ambiente.
8. *Humphreys (1971)*: la inteligencia es el repertorio completo de habilidades, conocimientos, sistemas de aprendizaje y tendencias a la generalización adquiridos, considerados de naturaleza intelectual y que están disponibles en cualquier momento.
9. *Piaget (1972)*: la inteligencia es un término genérico que indica las formas superiores de organización o equilibrio de la estructura cognoscitiva que se utilizan para la adaptación al ambiente físico y social.
10. *Sternberg (1986)*: la inteligencia es la capacidad mental para automatizar el procesamiento de información y para emitir conductas apropiadas para el contexto en respuesta a situaciones novedosas; la inteligencia también incluye meta componentes, componentes de desempeño y de adquisición del conocimiento.
11. *Eysenck (1986)*: la inteligencia es la transmisión sin errores de la información a través de la corteza cerebral.

12. *Gardner (1986)*: la inteligencia es la capacidad o habilidad para resolver problemas o para crear productos que se consideran valiosos dentro de uno o más entornos culturales.
13. *Ceci (1994)*: la inteligencia es la capacidad innata que sirven para un rango de posibilidades; estas habilidades se desarrollan o no (*o bien, se desarrollan y luego se atrofian*) dependiendo de la motivación y exposición a experiencias educativas relevantes.
14. *Sattler (2001)*: la conducta inteligente refleja las habilidades de supervivencia de las especies, más allá de aquellas relacionadas con procesos fisiológicos básicos.

Se observa, que por lo menos hasta el año 1921, la Inteligencia era catalogada como una habilidad para entender y seleccionar la mejor respuesta ante cualquier conflicto, que una persona que elegía mal (se equivocaba), no era una persona inteligente, para entrar en los parámetros de la definición no debía equivocarse. Sin embargo a partir de Thurstone, se amplía el concepto abarcando otros campos, ya no era solo una habilidad, se habla de una capacidad de adaptación y/o enfrentamiento a una realidad (ambiente físico o social), incluso Humphreys en 1971 engloba, conocimientos y sistemas de aprendizaje, al igual que Piaget o Sternberg, quien menciona, componentes de desempeño y adquisición de nuevos conocimientos. Hasta ese punto, el concepto parece tener una evolución, aunque en el mismo año (1986) Eysenck, plasma una idea concreta, de la Inteligencia sin errores, no obstante es el único. De ahí las siguientes definiciones abarcan diferentes elementos que van más allá de procesos fisiológicos.

Quizá las definiciones cambian, debido a que los autores las orientan a diferentes aspectos, los cuales van de la mano con la corriente psicológica a la que cada uno pertenece, así como sus intereses, por ello Vélchez (2001), establece la siguiente clasificación de modelos de inteligencia:

A) *Modelos centrados en la estructuración-composición de la inteligencia.* El interés ha sido la búsqueda del factor o factores que componen-dominan en el constructo inteligencia, identificarlos para medirlos, establecer sus relaciones y en base a esas medidas poder describir diferencias interindividuales.

Para tener claro este tipo de estructuración, se considera que es Wechsler un buen ejemplo de ello, al establecer una serie de escalas que van enfocadas a medir, comparar y establecer los parámetros en que se encuentra cada individuo. Las cuales a su vez tienen como única finalidad medir el nivel de Inteligencia.

B) *Modelos centrados en el funcionamiento cognitivo de la inteligencia.* Su interés es el conocimiento de los procesos mentales que dirigen las acciones para intervenir, modificando cognitivamente las estructuras, de manera que la medición favorezca otras estructuras más apropiadas y más complejas que permitan mayor autonomía a las personas en el aprendizaje y el conocimiento.

Dentro de éste segundo modelo, se muestran las generalidades de la teoría Cognoscitiva y/o Conductista, ambas orientadas al moldeamiento de la conducta, partiendo de la manipulación de variables para obtener como resultado u aprendizaje y eventualmente una conducta esperada.

C) *Modelos centrados en la comprensión global de la persona para un mejor desarrollo de su vida.* Ello conlleva necesariamente la consideración de que el funcionamiento de las personas en sociedad se produce mediante cognición y sentimiento, predominando en algunas situaciones comportamentales otras dimensiones diferentes a la cognición.

De acuerdo a sus características, el modelo "C", es el correspondiente al tema de Inteligencia Emocional, centrandó su atención en procesos mentales que llevan a la acción reflejada socialmente, siendo las emociones factores que se buscan re direccionar cognitivamente para tener como resultado acciones benefactoras para el individuo.

Ahora bien, para enfatizar con la lista de definiciones, antes del apartado que señala los tipos de Inteligencia, se expone una definición, de las más aceptadas por la comunidad científica e intelectual.

Es el psicólogo británico Vernon (1960), que sostiene que la inteligencia abarca tres escenarios que son capaces de complementarse entre sí.

Por un lado, el terreno de la psicología muestra a la inteligencia como la habilidad de aprender y relacionar conceptos; por otra parte, el mundo de la biología concibe a la inteligencia como la posibilidad de adaptación a nuevas situaciones; y finalmente, el ámbito de lo operativo propone una concepción tautológica al considerar que la inteligencia es aquello que puede ser demostrado mediante la realización de pruebas de inteligencia.

Como se observa, en efecto, la definición abarca las tres esferas bajo las cuales ha sido estudiado el concepto, quizá por ello sea una de las definiciones mejor aceptadas.

### **5.1.1 Tipos De Inteligencia**

Ya se ha mencionado, el proceso de modificación del término Inteligencia, y aunque ha sido complejo compartir alguna postura, la discrepancia no se queda ahí, sino que parte de ahí. Es ahora el momento de seguir ampliando el conocimiento pues la inteligencia puede clasificarse en distintos grupos según sus características.

La inteligencia psicológica (vinculada a la capacidad cognitiva, de aprendizaje y de relación), la inteligencia biológica (capacidad de adaptación a nuevas situaciones), la inteligencia operativa y otras.

En todos los casos, la inteligencia está relacionada con la habilidad de un individuo de captar datos, comprenderlos, procesarlos y emplearlos de manera acertada, es decir que la capacidad de relacionar conocimientos y conceptos que permiten la resolución de un determinado conflicto, es una cualidad que posee el ser humano.

Sin embargo los instrumentos que miden el CI (Cociente de Inteligencia), sólo analizan las capacidades de lógica, matemática y lingüísticas de una persona, obteniéndose resultados poco precisos de la capacidad verdadera de una persona.

Si se tiene en cuenta el carácter complejo de la inteligencia, el concepto sólo puede ser definido en forma parcial y para esto se apela a diversos procedimientos y atributos.

Tradicionalmente se retoma la inteligencia como una sola identidad inherente a cada uno y en diferentes grados. Sin embargo Howard Gardner, citado por Medina (2004) psicólogo estadounidense reconocido por sus teorías acerca de la inteligencia, amplió el concepto de la inteligencia al decir que ésta es la capacidad desarrollable y no solo algo innato de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una cultura (o varias); así estaba quitando la etiqueta de inteligentes sólo a los "intelectuales" y estaba dando cabida a una serie de latentes que antes no habían sido reconocidos.

La teoría de Gardner no estaría completa si no hubiera formulado, el término "Inteligencias múltiples", en el cual se agrupan 8 tipos de ellas.

Para definir cada ámbito de la inteligencia, Gardner estudió el desarrollo de habilidades en los niños y la forma en que se descomponen las diferentes capacidades en casos de daño cerebral. Observo como se manifiesta cada una de estas inteligencias dentro de la cultura del individuo.

*1.-Inteligencia lingüística* es considerada, una de las más importantes. En general se utilizan ambos hemisferios y es la que caracteriza a los escritores y todos los escritores que se dedican a los medios impresos.

*2.-Inteligencia musical* conocida comúnmente como "buen oído", es el talento que tienen los músicos, los cantantes y los bailarines.

La fuerza de esta inteligencia innata varía de una persona a otra. Pero por fuerte que sea su inteligencia musical, necesita ser estimulada y configurada para desarrollar todo

su potencial, ya sea para tocar un instrumento o para escuchar una melodía con sensibilidad.

*3.-Inteligencia lógica matemática* considerada hace poco en occidente como una de las "únicas inteligencias". Quienes pertenecen a este grupo hacen uso del hemisferio lógico del cerebro y pueden dedicarse a las ciencias exactas. De los tipos de inteligencia este es el más cercano al concepto tradicional de inteligencia.

Este ámbito de la inteligencia se emplea de formas diferentes: regatear, comerciar, formular calendarios para medir el tiempo, estimar con exactitud cantidades y distancias depende de la inteligencia lógico-matemática, ejemplo de ésta, los mejores pensadores lógicos – matemáticos; Galileo Galilei e Isaac Newton.

*4.-Inteligencia espacial*, la tienen los que pueden hacer un modelo mental en tres dimensiones del mundo (o un fragmento de él, según la situación). Esta inteligencia la comparten oficios tan diversos como la ingeniería, la cirugía, la escultura, la marina, la arquitectura, el diseño y la decoración. Científicos como James Watson y Francis Crick utilizaron bocetos y modelos (a veces mentalmente, otras veces en forma tridimensional) para visualizar y decodificar la espiral de la molécula de ADN.

*5.-Inteligencia corporal – kinestésica* estas personas tienen la capacidad de utilizar su cuerpo para resolver problemas o realizar actividades. En este campo están los deportistas, los cirujanos y los bailarines.

*6.-Inteligencia naturalista* se utiliza al observar y estudiar la naturaleza. Los biólogos y herbolarios son quienes más la han desarrollado.

*7.-Inteligencia intrapersonal* esta nos permite formar una imagen veraz y precisa de nosotros mismos; permite entender nuestras necesidades y características, así como nuestras cualidades y defectos sin maximizarlos o minimizarlos. Y aunque se dice que nuestros sentimientos sí deben ayudar a guiar nuestras decisiones, debe existir un límite en la expresión de estos. Este tipo de inteligencia es funcional para cualquier área de nuestra vida.

8.-*Inteligencia interpersonal* permite entender a los demás. Se basa en la capacidad de manejar relaciones humanas y la empatía con la que nos "ponemos los zapatos del otro" y reconocemos sus motivaciones, razones y emociones.

Este tipo de inteligencia es un complemento fundamental de cualquiera de las demás, pues tampoco sirve de nada si se tienen las mejores notas pero se elige mal a los amigos y/o a la pareja.

La mayoría de las actividades que se realizan en la vida dependen de la inteligencia interpersonal, ya que están formadas por grupos humanos con los que se debe relacionar.

Los grandes líderes tienen una fuerte inteligencia interpersonal para bien o para mal, Martín Luther King, por ejemplo, fue un orador estimulante que usó sus habilidades para inspirar el cambio social radical, los psicólogos también necesitan fuertes habilidades interpersonales, ya que deben establecer empatía con sus pacientes para comprender sus motivaciones y comportamiento.

Es quizá a partir de los últimos dos tipos de Inteligencia que maneja Gardner, que surge la Inteligencia emocional, definida como capacidad humana para resolver problemas relacionados con las emociones. Y aunque parezca que este tipo de inteligencia es poco importante, se ha demostrado que es igualmente válida para tomar decisiones, lo que se siente y cómo se experimenta, tienen mucho que ver a la hora de elegir.

La inteligencia emocional es un complemento indispensable en la relación consigo y con los demás, no sirve de nada ser el alumno con mejores calificaciones si el niño no tiene amigos y se siente acomplejado.

Saber manejar las emociones propias, también tiene que ver con la seguridad que debe estar presente en diversas situaciones; como un examen o una entrevista en las que "los nervios" pueden supuestamente, borrar de la mente todo lo que se sabe.



Ya lo decía Medina (2004); Debido a la complejidad del mundo, los niños parecen estar mucho más listos para resolver problemas de toda índole. Por eso, aunque es importante conocer sus talentos y aptitudes, también se debe incentivar su capacidad para desenvolverse correctamente en cualquier ámbito, así en la escuela, no sólo será capaz de obtener buenas notas sino también de ser feliz.

Se hace mención reiteradamente de la niñez, ya que niños incapaces de procesar, controlar y expresar sus emociones, son los mismos que en su adolescencia o adultez encontraron la forma de relacionarse socialmente, a través de las adicciones, tomando esas mismas como muletas emocionales. Premisa sustentada en el capítulo; adicciones.

Otro tipo de Inteligencia, no menos importante es la Inteligencia artificial, que hace referencia a los sistemas creados por los seres humanos que son capaces de planificar, elaborar pensamientos abstractos, entender ideas y aprender.

La Inteligencia Artificial, llamada también Sistema de Inteligencia, se origina en la fusión de la ciencia del ordenador, la fisiología y la filosofía, consiste en darle vida inteligente a un objeto carente de ella. Se desarrolla a partir de códigos de lenguaje de programación y de acuerdo a la complejidad de los mismos se pueden crear entes, capaces de tomar decisiones. Es la inteligencia que poseen los robots y los aparatos con cierta independencia.

## **5.2 Emoción**

En el día a día de la convivencia social se escuchan a menudo expresiones como: “¡que *emoción*, veré a mi artista favorito!”, “¡es *emocionante* jugar con mis amigos!”, “¡no pude contener la *emoción* y llore!”, pero, ¿en realidad se conoce la referencia al término de emoción? Como parte importante del desarrollo de una investigación, se toman en cuenta algunas definiciones, por ejemplo; en Psicología, emoción es una de las variables hipotéticas que se utiliza para explicar la conducta.

Tolman, citado por Grosso en 2008, introdujo este tipo de variables en psicología con el término de “intervenientes”, describiéndolas como cualquier tipo de proceso psicológico inaccesible a la observación directa que se intercalaría entre la variable empírica situacional estímulo (E) y la variable empírica respuesta (R).

¿Por qué retomar la emoción como una variable?, la respuesta es sencilla, Tolman, citado nuevamente por Grosso en 2008, la psicología para abordar su objeto de estudio (actividad tanto física como mental), recurre tanto a variables empíricas como hipotéticas.

Es decir una conducta determinada, es una variable empírica, ya que es directamente observable por lo tanto se puede manipular, y en el caso de una emoción no se puede observar directamente, tampoco manipular, encontrando su existencia en acciones que el organismo manifiesta, a partir de situaciones estimulares. Dichas situaciones contribuyen a incrementar la exactitud del juicio sobre el comportamiento observado (sea éste emocional o no), pero no permite afirmar qué emoción experimentará el sujeto. Puesto que tanto en los estados emocionales, como en los no emocionales (estados que requieren esfuerzos corporales diversos) se producen cambios fisiológicos, la reacción fisiológica es considerada como “emocional” si simultáneamente a ella se produce una experiencia emocional y/o un comportamiento emocional.

Por otra parte desde el modelo de acción, según Garrido, citado por Carbonell & Coma (2015), se puede afirmar que los diferentes modelos de emoción están estrechamente vinculados con los niveles de actividad, siendo la emoción una forma de acción que integra tres niveles de actividad que se concretan en tres componentes: experiencia, cambios neurofisiológicos, endocrinos y expresión emocional.

Por ejemplo; a nivel cognitivo una experiencia emocional produce un sentimiento, a nivel biológico se producen cambios neurofisiológicos y químicos, a nivel social la emoción desempeña relevantes funciones a través de cambios neuromusculares-expresivos que subyacen a un comportamiento específico.

Es decir todas las emociones son, en esencia, impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución. La misma raíz etimológica de la palabra emoción proviene del verbo latino movere (que significa <<moverse>>) más el prefijo <<e>>, significa algo como <<movimiento hacia>> y sugiriendo, de ese modo que en toda emoción hay implícita una tendencia hacia la acción. (Goleman, 1995). Significado que lleva a cuestionarse acerca de la funcionalidad de las emociones, la cual se pone de manifiesto en el análisis de su incidencia en el estado del sujeto.

A nivel cognitivo, la experiencia emocional indica al sujeto que la situación estimular tiene un significado y le permite conocerse a sí mismo, al ámbito en el que se encuentra. Pudiendo sentirse culpable o libre de responsabilidad respecto a actos realizados impulsivamente, bajo la fuerza de una emoción, o temer a la aparición de emociones debido a la amenaza que suponen para el control de la situación. En el segundo módulo del programa de Inteligencia Emocional, se trabaja con el autoconocimiento de las emociones, teniendo como objetivo el manejo adecuado de las mismas.

Por otro lado, es Cannon (1929), quien se pregunta cuál es la función de los grandes cambios internos producidos durante la excitación emocional, afirmando que la función de las emociones a nivel fisiológico era resolver adecuadamente las urgencias relacionadas con problemas de supervivencia. Los cambios viscerales son considerados como ajustes homeostáticos que ayudan a preparar el cuerpo para la acción.

De ahí que en el siglo pasado, Darwin (1967), comenzara a destacar la función de la expresión y del comportamiento emocional a nivel social, defendiendo la función de supervivencia de los gestos, posturas y expresiones faciales al funcionar como un medio de transmisión de información de un animal a otro. Aunque más adelante las funciones adaptativas de la expresión de las emociones, serían destacadas por teóricos del feedback somático (facial) o Plutchik (1984) quien destaca que las

emociones cumplen funciones adaptativas permitiendo la supervivencia y presenta una teoría general psicoevolutiva que integra la relación entre emoción, cognición y acción, afirmando que el sujeto evalúa su ambiente (por ejemplo; algo que le representa una amenaza), produciéndose cogniciones que constituyen una interpretación (en este caso, de peligro), dando lugar a un sentimiento correspondiente (miedo), que generalmente va acompañado de un comportamiento (correr o quedarse paralizado), el cual si tienen éxito, produce un efecto (protección a su integridad).

Por tanto se puede decir que la función de las emociones es posibilitar la adaptación a nivel social haciendo notar a otros el estado emocional en el que se encuentra la persona.

### **5.2.1 Tipos De Emociones**

Para el célebre psicólogo *Theodule* Ribot, citado por Pérez (2013), nuestra personalidad envuelve en su profundidad el origen de la gran trinidad afectiva constituida por el miedo, la cólera y el deseo: son los tres instintos nacidos directamente de la vida orgánica: instinto defensivo, instinto ofensivo, instinto nutricional.

Desde este punto de partida se mantuvieron el miedo y la cólera, se agregaron la alegría y la tristeza, cuatro emociones que poseen también los mamíferos superiores, y quedó entonces conformado un cuadro de cuatro emociones primarias, con su respectiva variedad de manifestaciones:

- 1.- Cólera: enojo, mal genio, atropello, fastidio, molestia, furia, resentimiento, hostilidad, impaciencia, indignación, ira, irritabilidad, violencia y odio patológico.
- 2.- Alegría: Disfrute, felicidad, alivio, capricho, extravagancia, deleite, dicha, diversión, éxtasis, gratificación, orgullo, placer, satisfacción y manía patológica.
- 3.- Miedo: Ansiedad, desconfianza, fobia, nerviosismo, inquietud, terror, preocupación, aprehensión, remordimiento, sospecha, pavor y pánico psicológico.

4.- Tristeza: Aflicción, autocompasión, melancolía, desaliento, desesperanza, pena, duelo, soledad, depresión y nostalgia.

Actualmente, para la mayoría de los autores existen ocho emociones básicas, de las cuales cuatro son primarias (como se observó) y otras cuatro son secundarias.

Las secundarias, con su respectiva variedad de manifestaciones, son éstas:

1. Amor: aceptación, adoración, afinidad, amabilidad, amor desinteresado, caridad, confianza, devoción, dedicación, gentileza y amor obsesivo.

2. Sorpresa: asombro, estupefacción, maravilla y shock.

3. Vergüenza: arrepentimiento, humillación, mortificación, pena, remordimiento, culpa y vergüenza.

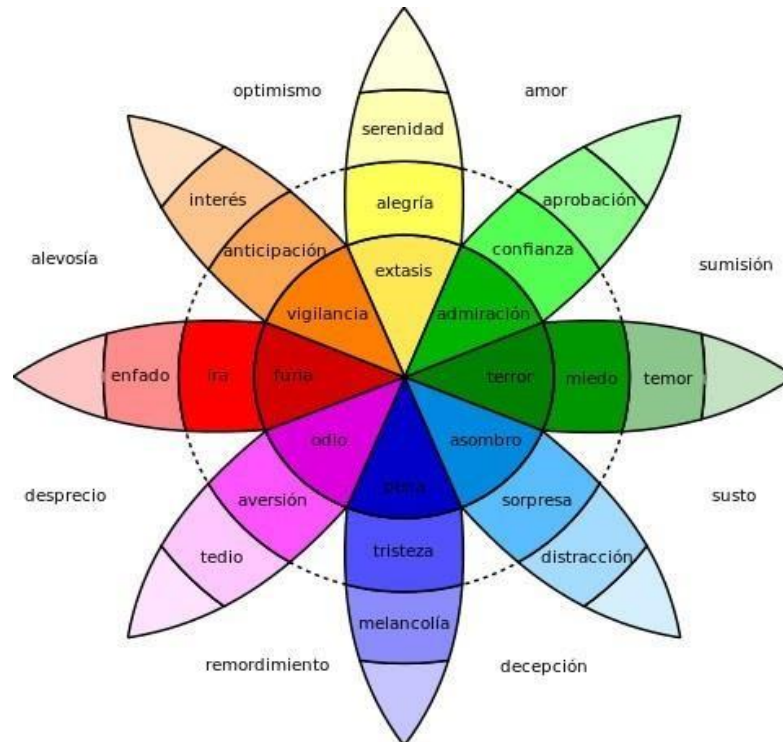
4. Aversión: repulsión, asco, desdén, desprecio, menosprecio y aberración.

Otros teóricos consideran emociones básicas a las 8 mencionadas hasta ahora (primarias y secundarias), y postulan que las emociones secundarias serían el resultado de fusiones o mezclas de las más básicas. Por ejemplo, Izard (2002) describe la ansiedad como la combinación del miedo y de dos emociones más, que pueden ser la culpa, el interés, la vergüenza o la agitación.

En cambio Plutchik ha expuesto una de las teorías mejor desarrolladas sobre la combinación de las emociones, como se muestra en el esquema 1. Utiliza un círculo de emociones, análogo al círculo cromático en el que la mezcla de colores elementales proporciona otros. Cada emoción básica ocupa un lugar en el círculo. Las combinaciones compuestas por dos emociones básicas se llaman 'díadas'. Las compuestas por emociones básicas adyacentes en el círculo se llaman 'díadas primarias'; las compuestas por emociones básicas separadas entre sí por una tercera se llaman 'díadas secundarias', etc.

## Esquema 1

### Circulo de las emociones de Plutchik



La rueda de las emociones de Iván Plutchik. Pico (2016). <https://psicopico.com/la-rueda-las-emociones-robert-plutchik/>

Cuanta más distancia haya entre dos emociones básicas, menos probable será que se mezclen. Y si dos emociones distantes se mezclan, es probable que surja el conflicto. El miedo y la sorpresa son adyacentes y se combinan directamente para dar lugar a un estado de alarma, pero la alegría y el miedo están separadas entre sí por la aceptación, y su fusión es imperfecta: el conflicto resultante es la fuente de la culpa.

Tanto las emociones primarias como las secundarias casi nunca se presentan aisladas, más bien son una combinación de todas las familias de emociones básicas mencionadas. Por ejemplo, los celos pueden ser una combinación de enojo, tristeza y miedo.

Como se observa, cada teórico explica las emociones de diferente forma e incluso se da a la tarea de ir disgregando sus variables, no existen límites para nombrar a cada una de las emociones que el ser humano es capaz de experimentar, inclusive hay expresiones (como el orgullo), que no podríamos saber si entra en la categoría de las emociones. Y a propósito de ello se habla a continuación de las generalidades e implicaciones sobre la Inteligencia Emocional (I.E).

### **5.3 Teoría de la Inteligencia Emocional**

Daniel Goleman (1995), asegura que la inteligencia emocional nos sirve para:

- 1- Tomar conciencia de nuestras emociones.
- 2- Comprender los sentimientos de los demás.
- 3- Tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo.
- 4- Acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo.
- 5- Adoptar una actitud empática y social que nos brindará mayores posibilidades de desarrollo personal.
- 6- Participar, deliberar y convivir con todos desde un ambiente armónico y de paz.

Todo ello responde a otro modo de entender la inteligencia, más allá de los aspectos cognitivos, tales como la memoria y la capacidad para resolver problemas. Hablamos ante todo de nuestra capacidad para dirigirnos con efectividad a los demás y a nosotros mismos, de conectar con nuestras emociones, de gestionarlas, de auto-motivarnos, de frenar los impulsos, de vencer las frustraciones...

A su vez, Goleman explica que dentro de su enfoque sobre la inteligencia emocional hay cuatro dimensiones básicas que la vertebran:

- La primera es la auto-conciencia, la cual hace referencia a nuestra capacidad para entender lo que sentimos y de estar siempre conectados a nuestros valores, a nuestra esencia.
- El segundo aspecto es la auto-motivación y nuestra habilidad por orientarnos hacia nuestras metas, de recuperarse de los contratiempos, de gestionar el estrés.
- La tercera tiene que ver con la conciencia social y con nuestra empatía.
- El cuarto eslabón es sin duda la piedra filosofal de la Inteligencia Emocional: nuestra habilidad para relacionarnos, para comunicar, para llegar acuerdos, para conectar positiva y respetuosamente con los demás.

Tanto en su libro “Inteligencia Emocional”, como en “Inteligencia Social”, Goleman nos explica que parte de esta habilidad, de esta capacidad, se halla en nuestra propia epigenética. Es decir, se puede activar y desactivar, dependiendo del entorno emocional y social en el que crezcamos, en el que nos eduquen.

Sin embargo, y aquí reside la auténtica magia, la Inteligencia Emocional responde a esa plasticidad cerebral donde cualquier estímulo, práctica continuada y aprendizaje sistemático crea cambios, construye conexiones y nuevas áreas donde ser mucho más competentes en cada una de las 4 áreas antes señaladas.

#### **5.4 Importancia de la Inteligencia Emocional**

Una de las habilidades fundamentales de la inteligencia emocional es el adecuado manejo de las emociones en sí mismo, también llamada autocontrol emocional. El control de las emociones no significa que ellas deban suprimirse, sino que se refiere a cómo manejarlas, regularlas o transformarlas si es necesario. Supone poseer una serie de habilidades que permitan a la persona hacerse cargo de la situación, tomar decisiones entre alternativas posibles y reaccionar de manera controlada ante los diversos acontecimientos de la vida. El autocontrol puede ser



enseñado y aprendido, de allí que sea uno de los objetivos de los programas de educación emocional. El autocontrol emocional persigue encontrar el equilibrio emocional para alcanzar la autonomía y el bienestar personal.

Poseer control emocional no significa que no tengamos que enfrentarnos en la vida diaria a situaciones que impliquen conflictos con otras personas o situaciones, significa saber superar los bloqueos emocionales que ciertas situaciones pueden provocar. Lo verdaderamente importante es intentar reconocer y controlar las emociones negativas para que no desplacen las positivas.

Los componentes centrales de las emociones son las reacciones fisiológicas (incremento de la tasa cardiaca y de la respiración, tensión muscular, etc.) y los pensamientos. Es necesario adquirir ciertas habilidades para manejar las emociones ya que una intensidad excesiva puede hacer que las personas las vivan como estados desagradables o les lleven a realizar conductas indeseables.

Ante este tipo de situaciones en la mayoría de los seres vivos suelen producirse una serie de reacciones fisiológicas dirigidas a poner el organismo en alerta. En las personas también se producen estas reacciones, pero son más complejas que en los animales ya que esas reacciones van acompañadas por pensamientos específicos, que nos permiten diferenciar un rango mayor de emociones. Además, las personas no debemos reaccionar de forma instintiva (por ejemplo agrediendo a aquello que nos amenaza o escapando de la situación), sino que a lo largo de nuestra infancia aprendemos formas de comportarnos más adecuadas.

### **5.5 Técnicas utilizadas para el Manejo de la Inteligencia Emocional**

Mucho se ha especulado sobre la funcionalidad de la Inteligencia Emocional, dentro del tratamiento en algunos padecimientos, sin embargo Goleman (1997), citado por; Sabater 2017, menciona que es cuestión de voluntad, de constancia y de aplicar esa conciencia real.

Se debe detectar la emoción que hay detrás de cada uno de nuestros actos, es necesario que amplíemos nuestro lenguaje emocional (a veces no basta con decir “estoy triste“, hay que ser más concretos. “Estoy triste porque me siento decepcionado, algo enfadado y confuso”).

Controlar lo que se piensa para controlar el comportamiento, buscar un por qué al comportamiento de los demás, desarrollará la capacidad de entender las perspectivas y los mundos emocionales ajenos.

Expresar las emociones de forma asertiva, mejorará las habilidades sociales, así como aprender a auto-motivarse y luchar por esos objetivos que pueden acercar a una auténtica felicidad. Siguiendo la cita, Goleman desarrolla algunas técnicas, enlistadas a continuación, encaminadas al correcto manejo de las emociones.

1. Intentar recordar las virtudes y éxitos: La reafirmación en virtudes y puntos fuertes es una de las mejores estrategias para gestionar los sentimientos. Consiste en pensar en lo que ha provocado esa emoción, pero reduciendo su significado negativo.

Ejemplo: en lugar de enfadarse porque ha llegado tarde al trabajo puede pensar que, dado que siempre llega a tiempo, no es tan grave.

2. Distraer la atención hacia un asunto concreto: Las personas que mejor gestionan sus emociones también han aprendido a usar la distracción para bloquear sus estados emocionales antes de que sea demasiado tarde. Y parece que resulta muy eficaz cuando prevén que van a experimentar emociones intensas y no tienen suficiente tiempo para usar otras estrategias.

Una forma muy efectiva para calmar a un niño pequeño que no deja de llorar es desviar su atención. “¿Has visto el muñeco?” o “¿Qué tengo en la mano?” suelen disminuir su nivel de excitación si mantenemos su atención durante el tiempo suficiente.

3. Pensar en un futuro inmediato: Las emociones muy intensas pueden provocar que se olvide que hay un futuro y que las acciones tendrán consecuencias. Aunque en ese

momento sólo sea capaz de vivir el presente y la frustración, o que el enfado o nervios parezcan importantes, ¿seguirá sintiendo eso dentro de una semana?

4. Meditar habitualmente: La meditación ha demostrado científicamente su eficacia para prevenir los pensamientos negativos repetitivos y no sólo mientras se medita, sino también a largo plazo: es capaz de disminuir el nivel de activación de la amígdala de forma duradera. La meditación también tiene estudios en la reducción de la ansiedad. En uno de ellos, cuatro clases de meditación de 20 minutos de duración fueron suficientes para reducir la ansiedad en un 39%.

5. Darse permiso para postergar la preocupación: Antes se ha explicado que intentar suprimir una emoción o pensamiento provoca que vuelva de nuevo con más fuerza. Sin embargo, ¿posponerla para más tarde puede funcionar!

En un estudio se pidió a los participantes con pensamientos ansiosos que pospusieran su preocupación durante 30 minutos. A pesar de ser una forma alternativa de evitar pensar en algo, lo que se ha demostrado es que tras ese período de pausa las emociones regresan con una intensidad mucho menor.

6. Pensar en lo peor que te puede pasar: Muchas veces el enfado es solo un impulso, que sí nos detenemos a pensar, ante una acción detonante, ¿qué es lo peor que puede pasar?, en ocasiones notará que las consecuencias no son tan graves y que el enfado no tiene razón de ser.

7. Escribir un diario de las emociones: La escritura expresiva consiste en escribir sobre los pensamientos y sentimientos más profundos, se ha demostrado su eficacia tanto a nivel psicológico como físico (¡es capaz de acelerar la cicatrización de las heridas!)

Mantener una especie de diario emocional sobre lo que has sentido en algunas situaciones te ayudará a reducir la recurrencia de pensamientos negativos.

8. Lo más importante: encontrar el motivo de las emociones. A largo plazo la clave no está en luchar contra las emociones, sino en reconocerlas y saber por qué ocurre. Por ejemplo:

“Vale, no me gusta sentirme así pero ahora mismo tengo mucha envidia (reconoce la emoción) porque a Andrés le han felicitado por su trabajo y a mí no (reconoce el por qué).”

Lo importante es ser honesto consigo mismo sobre el por qué. No intente engañarse. Por ejemplo;

A menudo nos mentimos haciéndonos creer que estamos enfadados con alguien por su comportamiento y no porque le han dado el ascenso al que aspirábamos y eso ha afectado nuestra autoestima.

## **5.6 Teoría Sistémica**

La teoría sistémica fungirá como sustento, en combinación con la Inteligencia Emocional de Daniel Goleman para la planeación y desarrollo del programa.

Aunque se podría creer que los sistemas o el término como tal, no tienen relación alguna con la enfermedad que se está abordando en la investigación, a continuación se explican las generalidades de la teoría y la relación con el tema de investigación.

Se considera que un Sistema es «conjunto de elementos relacionados entre sí funcionalmente, de modo que cada elemento del sistema es función de algún otro elemento, no habiendo ningún elemento aislado». El término 'elemento' está tomado en un sentido neutral; puede entenderse por él una entidad, una cosa, un proceso. Mora (1979).

En el caso de sistemas humanos (familia, empresa, pareja, etc.), según Bertalanffy, citado por Rocha en 2014, el sistema puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común, componiéndose de un

aspecto estructural (límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones) y un aspecto funcional.

Ahora bien y siguiendo la descripción de Rocha, la Teoría General de Sistemas fue concebida en sí, por Ludwig von Bertalanffy, con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana.

Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, el modelo de los sistemas descubrió una forma holística de observación que develó fenómenos nuevos (que siempre estuvieron ahí pero se desconocían) y estructuras de inimaginable complejidad.

Su tema transcendental es la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los «sistemas» en general.

Siendo las metas principales de la teoría:

- 1.- Una tendencia general hacia la integración en las varias ciencias, naturales y sociales.
- 2.- Que la integración gire en torno a una teoría general de los sistemas.
- 3.- La teoría como recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.
- 4.- Al elaborar principios unificadores que corren «Verticalmente» por el universo de las ciencias, esta teoría nos acerca a la meta de la unidad de la ciencia.
- 5.- Conducir a una integración, que hace mucha falta en la instrucción científica.

Por tanto, se puede notar que dichas metas se cumplieron casi en su totalidad, por ejemplo; los principios unificadores de las ciencias, los cuales se explican posteriormente.

En el caso de la psicología de acuerdo a Sánchez en 2010, la noción de sistema se encuentra basada en dos conceptos que proceden de la Teoría de la Gestalt: el primero nos dice que la unidad es algo más que la simple suma de sus partes, y el segundo; que la clave para entender las unidades complejas reside en su organización.

La formación del sistema, es siempre en parte arbitraria, por ello aceptamos que en general, cualquier sistema puede ser dividido operativamente en Subsistemas, aunque sin olvidar que pertenecen a un sistema más amplio que les condicionan y les define.

Así, un aula puede ser entendida como sistema, o como subsistema dentro del subsistema Facultad que está incluido en el sistema Universidad, según como lo puntuemos. En teoría, el aula puede ser subdividida a su vez en un número determinado de subsistemas -grupos de alumnos-, para trabajar con ellos operativamente.

Lógica que se busca seguir en la implementación del programa de Inteligencia Emocional para usuarios de alcohol, tomando en cuenta las subdivisiones correspondientes del sujeto, como sistema, como subsistema y como supra sistema. Considerando a su vez el tiempo, debido a que por naturaleza, todo sistema consiste en secuencias de interacción.

Otro aspecto importante de la definición de un sistema es que; engloba también a su medio ambiente, es decir, todo lo que al cambiar afecta al sistema y también todo lo que puede ser cambiado por el comportamiento del sistema. Asimismo, se debe entender que un subsistema puede superponerse con otro subsistema, dado que un miembro de un subsistema, podría participar en otros subsistemas dentro del mismo sistema.

A este punto parece un tanto confuso la referencia e interrelación que se hace de los conceptos, debido a que aún no se ha explicado las características de un subsistema

y del supra sistema, sin embargo es importante no perder de vista dichas analogías, que serán de utilidad para entender precisamente, el comportamiento de un sistema.

## 5.7 Tipos de Sistemas

Existen dos clases de sistemas: cerrados y abiertos.

En el sistema cerrado no existe posibilidad de intercambio de energía, en cualquiera de sus formas, con el exterior. Por el contrario, un sistema es abierto cuando intercambia energía o información con su medio, entonces se debe deducir que todos los sistemas orgánicos son necesariamente abiertos y por tanto poseen las siguientes características.

- Totalidad o no sumatividad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros es decir; "el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes" (Feixas y Miró, 1993). Ejemplo: La independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza, en el sistema familiar (no sumatividad).
- Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.
- La inexistencia de unilateralidad en un sistema implica a su vez la existencia de retroalimentación, es decir, que cada acción o información comunicada por una

parte del sistema afecta a cada una de las partes, y es a su vez afectada por estas.

Existen dos tipos de retroalimentación: Negativa y Positiva.

La retroalimentación negativa también llamada a constancia y su equivalente biológico la Homeostasis (todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable), se caracteriza por la búsqueda de un estado constante.

A diferencia de la retroalimentación positiva, que se caracteriza por su tendencia al cambio o lo que es lo mismo su tendencia a la pérdida del equilibrio.

Por otra parte, una de las propiedades más interesantes de los sistemas abiertos es la equifinalidad, concepto que se deriva originariamente de la Psicología de la Gestalt, podemos definirlo como la dinámica por la que el mismo estado final puede ser alcanzado a partir de condiciones iniciales diferentes. Esta propiedad se basa en la premisa, de que las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales, por tanto un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Ejemplo: Por cuestiones meramente contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

Ahora bien, todo sistema abierto tiene barreras que definen “su radio de acción y su grado de apertura con respecto al ambiente”. Estas barreras, llamadas límites o fronteras, brindan también la posibilidad de reconocer qué elementos pertenecen al sistema y cuáles no. Ahora bien, en ocasiones dichos límites generan interacciones con el supra sistema –o medio ambiente– y en tales casos se les conoce como interfaz.



## **5.8 Clasificación de la Teoría General de Sistemas, de acuerdo a su nivel de Complejidad**

La construcción de modelos desde la cosmovisión de la teoría general de los sistemas permite la observación de los fenómenos como un todo, a la vez que se analiza cada una de sus partes sin descuidar la interrelación entre ellas y su impacto sobre el fenómeno general entendiendo al fenómeno como el sistema, a las partes que lo integran como subsistemas, a las relaciones establecidas por ellas como interacciones y al fenómeno general como supra sistema.

Según Bertalanffy (1976), “es necesario estudiar no solo partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifica, resultantes de la interacción dinámica de las partes y que hacen diferente el comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo”

En la teoría general de los sistemas, como en cualquier otra teoría o disciplina, es distinto el sentido que se le da al lenguaje. Por ello, a continuación se explican los términos empleados:

**Sistema:** Un conjunto de elementos interrelacionados para alcanzar un objetivo o lograr un fin. Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Hay miles de ejemplos de sistemas en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia.

La clave para que a cualquier conjunto de elementos se le considere un sistema radica en las interrelaciones. De esta manera, por ejemplo, una familia, puede considerarse como un sistema, dado que sus elementos (papá, mamá, hijos, tíos, etc.), están relacionadas entre sí. Existe una totalidad coherente.

Y los subsistemas: son los elementos interrelacionados; sin embargo, cada uno de esos subsistemas puede ser, a su vez, un sistema. Por ejemplo, podemos considerar

que en la misma familia, cada integrante es un sistema, pero, si nos enfocáramos al análisis de uno de estos componentes, podríamos considerar al individuo como un sistema, en tanto que sus emociones, conductas, pensamientos, serían vistos como subsistemas.

En cambio el supra sistema: Es un conjunto mayor de elementos al que pertenecen los sistemas, en el ejemplo de la misma familia (considerada un sistema), ésta pertenece a un conglomerado de elementos políticos, económicos, sociales y culturales de un país, que representaría el supra sistema en el que se encuentra, al cual, se le conoce también como medio ambiente.

Es importante mencionar que en el estudio de sistemas, el enfoque del investigador juega un papel de gran importancia, debido a que es él, quien dentro de ciertos límites, define cual es el sistema, subsistema y supra sistema.

## **CAPÍTULO VI**

### **“CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN ADICCIONES (CAPA)”**

#### **6.1 Que es y cuál es la Función de un “CAPA”**

En este capítulo se estudia a detalle las actividades realizadas en materia de prevención de adicciones, así como la institución encargada de realizarlas, el origen y alcances de la misma. Siendo los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) unidades que brindan servicios gratuitos, dirigidos precisamente a prevenir y atender el uso y abuso de sustancias adictivas.

Siendo los psicólogos, médicos, trabajadores sociales, especializados en materia de prevención-tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los encargados de brindar la respectiva atención.

Teniendo como objetivo general, ofrecer a la población un modelo de intervención temprana para las personas psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dando prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, para intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna, a fin de evitar el desarrollo de abuso o dependencia.

Enseguida se muestran las funciones específicas de un Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Véase tabla 8.

Tabla 8

*Funciones del CAPA*

➤ Elaborar y ejecutar programas, estrategias y acciones dirigidas a la prevención de adicciones en la entidad
➤ Promover la participación de instituciones educativas, sociales, culturales y deportivas en la ejecución de programas para prevenir las adicciones
➤ Ejecutar programas y acciones para disminuir los riesgos asociados con el consumo de sustancias adictivas
➤ Realizar la identificación temprana de consumidores de tabaco, alcohol, fármacos y otras sustancias adictivas y formular programas y estrategias para su erradicación
➤ Coordinar acciones con los comités municipales contra las adicciones, en la aplicación de programas y proyectos para la prevención universal y selectiva de adicciones
➤ Difundir hábitos de salud entre la población, así como las consecuencias de consumir tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, a fin de prevenir las adicciones
➤ Promover que los programas, estrategias y acciones del Instituto se vinculen con los programas de desarrollo nacional y estatal en materia de prevención de adicciones
➤ Elaborar programas para la atención de personas adictas y para la reinserción social de personas adictas rehabilitadas, así como participar en su ejecución
➤ Promover la participación de instituciones y organizaciones de los sectores público, social y privado en la reinserción social de las personas adictas rehabilitadas
➤ Proponer e implementar modelos de tratamiento, rehabilitación y reinserción social en materia de adicciones
➤ Impulsar la aplicación de mecanismos de coordinación y cooperación con los comités municipales contra las adicciones, así como con las dependencias y organismos del sector salud y las unidades de la red nacional de tratamiento, en la aplicación de programas y proyectos en materia de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas adictas
➤ Promover la creación de centros de tratamiento de problemas relacionados con las adicciones, así como su incorporación a la red nacional de tratamiento y a los sistemas de información nacional y local
➤ Administrar el sistema de información estadística sobre el comportamiento de las adicciones en el Estado
➤ Realizar estudios de prevención, rehabilitación y tratamiento del adicto, que permitan generar información y conocimientos para orientar la formulación y ejecución de programas relacionados con el combate a las adicciones
➤ Difundir los servicios que ofrece el Instituto para la prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones
➤ Integrar y mantener actualizada la información sobre los índices y tendencias en el consumo de sustancias adictivas y llevar a cabo su difusión
➤ Realizar el seguimiento y evaluar el impacto de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones y, en su caso, proponer acciones para su cumplimiento

Instituto Mexiquense contra las Adicciones (2014).

Si bien es un centro que brinda tratamientos ambulatorios, sus actividades van enfocadas a la raíz de la problemática y el punto donde la mayoría de propuestas en cuanto a soluciones falla... La prevención.

No obstante, abarca y ofrece programas enfocados a cada una de las drogas incluso no solo a la prevención de consumo inicial sino también a la prevención de recaídas, temas que se explicaran más adelante, por ahora es necesario conocer el origen del proyecto CAPA, haciendo mención de sus antecedentes históricos.

## **6.2 Antecedente Histórico del “CAPA”**

En México, el gobierno federal identificó las necesidades de atención al tema de las adicciones, centrándose principalmente en tres tipos de sustancias psicoactivas: el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales con base a ello delineó políticas para reducir la demanda de drogas y se implementa a través de una red de atención, en la que Centros Nueva Vida juegan un papel importante. (Ajenjo 2009).

El innovador concepto tiene su antecedente y pertenece a las unidades de especialidades médicas (UNEME), que surgen para alcanzar una cobertura integral de servicios ambulatorios de salud, bajo un programa médico arquitectónico modular. Entre los servicios especializados que incluyen este concepto, se encuentran los Centros de Atención Primaria de las Adicciones (CAPA). Las UNEME-CAPA Nueva Vida, se constituyen como unidades para la prevención, el tratamiento y la formación para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios. Esto gracias al establecimiento de convenios de coordinación entre la Secretaría de Salud Federal y los servicios estatales de salud.

En marzo de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa anunció el compromiso de su gobierno para atender la prevención y el tratamiento de las adicciones y en abril del mismo año, el Secretario de Salud, Dr. Ángel Córdoba Villalobos dio luz verde a este proyecto que contempló, en su primera etapa, 70 unidades. Sin embargo, se fortaleció

con los \$371, 065,670.00 provenientes del decomiso al Sr. Zhen Lee Ye Gon. Con estos recursos se pusieron en operación más de 270 unidades adicionales. (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2009).

Parece ser paradójico que, dinero resultante un decomiso por tráfico de drogas, haya sido utilizado para hacer unidades especializadas en materia de prevención de adicciones. Dentro de la investigación, no concierne omitir juicio alguno al respecto, aunque es bien sabido que en otras ocasiones innumerables decomisos de recursos y bienes, tienen un destino desconocido para la población, por tanto, la acción debería ser evaluada en torno de los alcances y beneficios que otorga a la misma.

### **6.3 Integración “CAPA”**

Es importante poder conocer la etapa integradora de cada institución por lo que este organismo está conformado por:

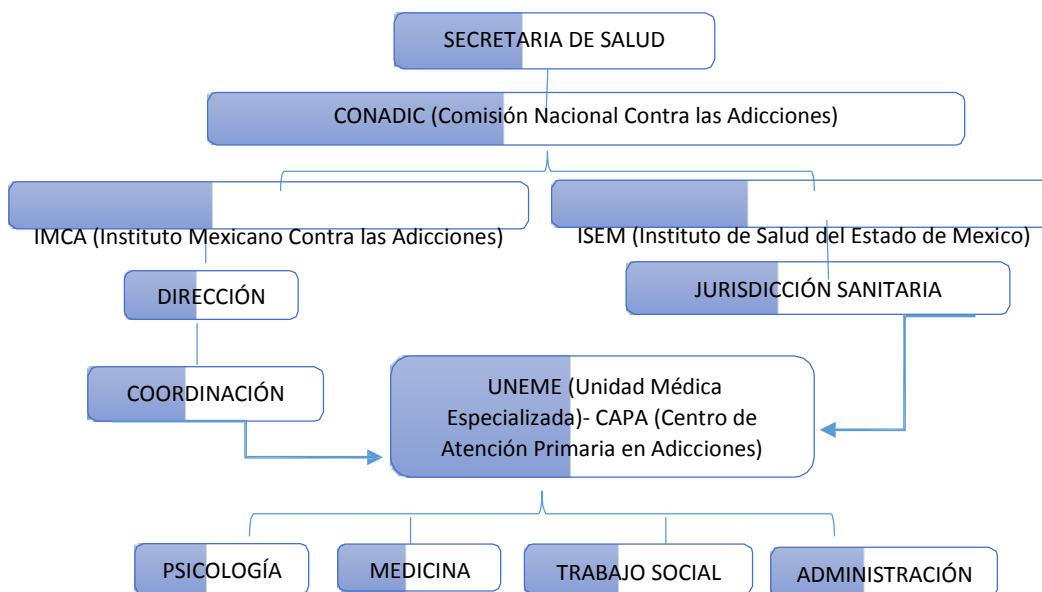
De acuerdo al Consejo Nacional contra las Adicciones(2009) en CAPA cuenta con la infraestructura para ofrecer servicios ambulatorios y privilegiar la detección oportuna así como la intervención breve, sobre todo en niños(as) y jóvenes.

Asimismo constituyen el eje articulador de una Red Nacional de Atención a la Adicciones, integrada por 1,200 centros de atención en los que se encuentran los 109 Centros de Integración Juvenil (CIJ), los servicios de urgencias médicas, las Unidades Residenciales Acreditadas (URA), los hospitales psiquiátricos y los grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos (AA).

A nivel externo, CAPA viene de una estructura fortalecida incluso antes de la aparición de los mismos. Como se muestra en el esquema 2.

## Esquema 2

### Estructura jerárquica de CAPA



Información recuperada de: [conadic.salud.org.mx/pdfs\\_publicaciones/UNEME\\_CAPA.pdf](http://conadic.salud.org.mx/pdfs_publicaciones/UNEME_CAPA.pdf)

A su vez, cada CAPA, brinda atención a diferentes municipios, tan solo el UNEME-CAPA Capulhuac, coordina 11 municipios, todo ello con apoyo de los Comités Municipales Contra las Adicciones (COMCA's), los cuales establecen acuerdos consensuados para impulsar los esfuerzos dirigidos hacia la atención de las adicciones, involucrando en esta tarea a los sectores, público, social y privado en el desarrollo y seguimiento de adicciones, así también proyectos que coadyuven en el combate de las adicciones. (PNPSVD, 2014)

Siguiendo la línea de apoyo por parte de la población, en Agosto de 2012 con base en el *Modelo Preventivo Comunitario* (MPC), se lanzó el programa voluntariado de los CAPA, el cual está dirigido a fomentar la participación activa, de la sociedad en tareas de prevención de adicciones. Se considera como parte de este voluntariado a estudiantes en servicio social, practicas académicas y comunidad en general.

Es así como la atención, información y programas que ofrece CAPA, logra llegar a los diferentes rincones y sectores de la población.

Para una organización responsable, por parte del personal de CAPA, se llevan a cabo actividades intramuros (dentro de las instalaciones del mismo centro) y extramuros (en sala de usos múltiples o auditorio de la escuela solicitante), también acuden a lugares que los COMCA lo requieran. Cada área tiene actividades designadas específicamente, en cuanto al trabajo psicológico se refiere, las actividades son las siguientes:

- 1.- Realizar pláticas y talleres preventivos (intramuros y extramuros)
- 2.- Realizar acciones de detección oportuna (intramuros y extramuros)
- 3.- Participar en la intervención comunitaria
- 4.- Participar en la organización y ejecución de eventos preventivos de la unidad.
- 5.- Orientar a concurrentes, describe y ofrece los servicios de la unidad.
- 6.- Realizar la entrevista exploratoria (historia clínica psicológica) y realiza el diagnostico de los usuarios asignados.
- 7.- En el caso de ser necesario y dentro del ámbito de su competencia, refiere a los usuarios con estudios psicológicos adicionales (pruebas psicológicas).
- 8.- En el caso de ser necesario y dentro del ámbito de su competencia, refiere a los usuarios a otras instituciones si el padecimiento no puede ser atendido en la unidad.
- 9.- Solicita y da seguimiento a la interconsulta de los usuarios a su cargo.



- 10.- Diseña e implementa el plan terapéutico de los usuarios a su cargo.
- 11.- Implementa el programa de tratamiento indicado en el plan terapéutico, de acuerdo al diagnóstico del usuario y en apego al modelo de atención de la unidad.
- 12.- Proporciona consejería breve
- 13.- Aplica el programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
- 14.-Aplica el programa de intervención breve para bebedores problema.
- 15.- Aplica el programa de intervención breve para usuarios de marihuana.
- 16.- Aplica el programa de intervención breve para usuarios de cocaína
- 17.- Aplica el programa de intervención breve motivacional dejar de fumar.
- 18.- Aplica el programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas.
- 19.- Aplica el programa de prevención de recaídas.
- 20.- Aplica el programa para padres de adolescentes en riesgo (PROPAR).
- 21.- Aplica el programa de intervención breve para familiares de usuarios
- 22.- Elabora en tiempo y forma las notas de evolución de los usuarios y las integra al expediente clínico correspondiente.
- 23.- Programa las consultas necesarias y suficientes para otorgar atención de calidad al usuario, dentro del ámbito de su correspondencia.
- 24.- Da seguimiento integral a casos, en conjunto con las áreas médicas y de trabajo social, bajo supervisión del responsable de la unidad.
- 25.- Notifica oportunamente al área médica y de trabajo social, de aspectos relevantes que pueden impactar sobre el tratamiento del usuario.

26.- Notifica en tiempo y forma el área de trabajo social de las inasistencias o abandono y solicita rescate del usuario.

27.- Realiza egreso del usuario

28.- Proporciona información a familiares sobre la evolución en el tratamiento de los usuarios a su cargo.

29.- Realiza el seguimiento al tratamiento de los usuarios a su cargo.

30.- Registra sus acciones en el SICECA (Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones)

31.- Capacita a personal de la unidad pasantes o voluntarios dentro de su ámbito de competencia.

32.- Apoya con capacitación para personal de salud de otras instancias en temas dentro el ámbito de su competencia.

33.- Realiza diversas actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas por su jefe inmediato.

Dentro de la programación, diseñada por el personal que ahí labora, se incluyen, en talleres y actividades a pasantes de diversas disciplinas como Quiropráctica, Gerontología, Acupuntura, entre otras (no solo pasantes de medicina, psicología o trabajo social), consolidando la idea que para enfrentar la problemática creciente de las adicciones, se requiere de un esfuerzo multidisciplinario.

En cuanto a las diferentes áreas se refiere, a continuación se mencionan, enumerando las actividades correspondientes a cada una:

**Área Médica:**

1.- Realiza pláticas y talleres preventivos (intramuros y extramuros).

2.- Realiza acciones de detección oportuna (intramuros y extramuros).

- 3.- Participa en el diagnóstico e intervención comunitaria.
- 4.- Participa en la organización y ejecución de eventos preventivos de la unidad (jornadas, ferias, conferencias, etc.).
- 5.- Orienta a concurrentes, describe y ofrece los servicios de la unidad.
- 6.- Realiza la historia clínica y actividades diagnósticas necesarias a los usuarios de la unidad.
- 7.- En caso de contar con consultorio equipado realiza la exploración física del paciente.
- 8.- Elabora un plan terapéutico y proporciona tratamiento a los usuarios, dentro del ámbito de su competencia.
- 9.- En caso de ser necesario y dentro del ámbito de su competencia, refiere a los usuarios a otras instituciones, si el padecimiento no puede ser atendido en la unidad.
- 10.- Solicita y da seguimiento a la interconsulta de los usuarios a su cargo.
- 11.- Indica el manejo farmacológico de los usuarios a su cargo y expide las recetas correspondientes.
- 12.- Elabora notas de evolución de los usuarios y las integra al expediente clínico correspondiente en tiempo y forma.
- 13.- Programa las consultas necesarias y suficientes, dentro del ámbito de su competencia, para otorgar atención médica de calidad al usuario.
- 14.- Da seguimiento integral a casos, en conjunto con las áreas de psicología y trabajo social, bajo la supervisión del responsable de la unidad.
- 15.- Notifica oportunamente al área de psicología y trabajo social de aspectos relevantes que pueden impactar sobre el tratamiento del usuario.

16.- Capacita a personal de la unidad, pasantes o voluntarios dentro de su ámbito de competencia.

17.- Apoya con capacitación para personal de salud de otras instancias en temas dentro del ámbito de su competencia.

18.- Atiende emergencias médicas en caso de ser necesario.

19.- Proporciona información médica a los familiares de los usuarios a su cargo.

20.- Realiza el seguimiento médico de los usuarios de la unidad.

21.- Registra sus acciones en el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).

22.- Realiza diversas actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas por su jefe inmediato.

### **Área de trabajo social:**

1.- Realiza pláticas y talleres preventivos (intramuros y extramuros).

2.- Realiza acciones de detección oportuna (intramuros y extramuros).

3.- Participa en el diagnóstico e intervención comunitaria.

4.- Participa en la organización y ejecución de eventos preventivos de la unidad (jornadas, ferias, conferencias, etc.)

5.- Orienta a concurrentes, describe y ofrece los servicios de la unidad.

6.- Apoya a los trámites administrativos necesarios para el ingreso de usuarios de primera vez o de reingreso.

7.- Elabora el estudio social y socioeconómico para determinar las cuotas de recuperación (en caso de que la unidad cuente con ese mecanismo).

- 8.- Participa en el diagnóstico integral de los usuarios, dentro del ámbito de competencia.
- 9.- Revisa que los expedientes de los usuarios se integren de acuerdo a la normatividad y lineamientos vigentes, solicitando en caso de ser necesario, la información faltante al psicólogo o medico correspondiente.
- 10.- Da seguimiento integral a casos dentro de su ámbito de competencia, en conjunto con las áreas médica y de psicológica, bajo la supervisión del responsable de la unidad.
- 11.- Detecta oportunamente situaciones que interfieran en el tratamiento dentro de su ámbito de competencia y realiza propuestas para su atención.
- 12.- Participa en la orientación a los familiares de los usuarios de la unidad.
- 13.- Proporciona, en coordinación con el área médica y de psicología, información pertinente a los familiares, acerca del avance del tratamiento de los usuarios.
- 14.- Realiza llamadas de rescate o visitas domiciliarias, cuando el psicólogo lo solicita, por la inasistencia o abandono del tratamiento.
- 15.- Realiza acciones de integración social como parte de los cuidados paralelos o posteriores al tratamiento.
- 16.- Establece en conjunto con el responsable de la unidad, vínculos estratégicos con instancias que puedan apoyar en la integración social de los usuarios.
- 17.- Participa en actividades de la fase de seguimiento de los usuarios que concluyen el tratamiento.
- 18.- Da seguimiento a la referencia y contra referencia de los usuarios, con la finalidad de que sea exitosa.
- 19.- Actualiza de forma permanente el directorio de las instituciones para referir usuarios o solicitar interconsulta.

20- Facilita que los grupos de Ayuda Mutua sesionen en las instalaciones del centro, sin que esto implique su participación directa al interior del grupo.

21.- Conformar y dar seguimiento a los Grupos de Acción Comunitaria

22.- Difunde en instituciones el voluntariado en las UNEME-CAPA (incluyendo prácticas profesionales y servicio social).

23.- Capacita a personal de la unidad, pasantes o voluntarios dentro de su ámbito.

24.- Apoya con capacitación para personal de salud de otras instancias en temas dentro del ámbito de su competencia.

25.- Registra sus acciones en el Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).

26.- Realiza diversas actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas por su jefe inmediato.

### **Administración:**

1.- Representa la unidad en las actividades coordinadas con otros organismos e instituciones.

2.- Conviene reuniones con autoridades e instituciones (con escuelas o centros de trabajo) para llevar a cabo acciones preventivas o de intervención en sus espacios o con su población beneficiada.

3.- Es enlace con las autoridades municipales, estatales y federales en el ámbito de competencia del centro.

4.- Promueve en la comunidad y gestiona en coordinación con el área de enseñanza el voluntariado en el UNEME-CAPA (incluyendo prácticas profesionales y servicio social).

5.- Informa a la coordinación estatal, sobre su asistencia a foros y congresos sobre tratamiento de adicciones.

- 6.- Integra el programa anual de trabajo.
- 7.- Supervisa las funciones técnicas y administrativas del personal de la unidad.
- 8.- Supervisa y evalúa los programas de atención en la unidad, a fin de detectar desviaciones en su cumplimiento y establecer oportunamente las medidas de solución en aspectos de orden técnico y administrativo.
- 9.- Difunde y supervisa la aplicación de la normatividad entre el personal de la unidad.
- 10.- Supervisa el cumplimiento de metas e indicadores establecidos para la unidad.
- 11.- Coordina y supervisa la clasificación de los archivos de trámites de la unidad.
- 12.- Detecta áreas de oportunidad para redactar informes y recomendaciones para las autoridades competentes, sobre las mejoras que se pueden realizar en las actividades del centro.
- 13.- Presenta los informes generales y específicos que le soliciten las instancias.
- 14.- Dirige y supervisa el desarrollo de actividades operativas orientadas a la prevención, promoción de la salud y atención de usuarios.
- 15.- Coordina con el área médica, de psicología y trabajo social, la atención interdisciplinaria de los usuarios en la unidad.
- 16.- Revisa los planes de tratamiento de los usuarios y hace las observaciones correspondientes dentro del área de su competencia.
- 17.- Orienta a concurrentes, describe y ofrece los servicios de la unidad.
- 18.- Supervisa la aplicación de los tratamientos de acuerdo al modelo de atención establecido.
- 19.- Supervisa la información registrada en la agenda semanal de actividades de cada integrante del equipo y da seguimiento a su cumplimiento.

20.- Supervisa que los expedientes de los usuarios estén integrados de acuerdo a la normatividad y lineamientos vigentes.

21.- Supervisa el registro de acciones del personal de la unidad en el sistema de información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA).

22.- Supervisa y evalúa el desarrollo y eficacia de los programas de la unidad.

23.- Participa en conferencias sobre temas relacionados con la atención de las adicciones.

24.- Propone y lleva a cabo en conjunto con el coordinador estatal los programas de enseñanza y capacitación para el personal, en el ámbito de su competencia.

25.- Apoya con capacitación para personal de salud de otras instancias, en temas dentro del ámbito de su competencia.

26.- Realiza diversas actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas por su supervisor inmediato, dentro del ámbito de competencia de la unidad.

27.- Realizar otras actividades inherentes al puesto.

En cuanto a infraestructura; es un edificio constituido con dos consultorios para psicología, dos cubículos para psicología y trabajo social, un consultorio para servicio médico, dirección, dos baños, una sala de usos múltiples, una bodega, recepción y sala de espera.

Ahora bien, en cuanto a recursos financieros; CAPA es sustentable por presupuestos federales y estatales tanto en recursos humanos como materiales. Los recursos materiales con los que cuenta son:

- Consultorios equipados para consulta incluyendo equipos de cómputo

- Sala de usos múltiples con 31 sillas acojinadas, 7 sillas tándem, pizarrones, televisores y pantalla plana.



- Cuatro archiveros.
- Material de difusión en prevención.
- Equipo de cómputo RENADIC (Red Nacional de Comunicación en Adicciones).
- Uniformes para personal.
- Abastecimiento de papelería.
- Teléfono.
- Dos buzones de felicitaciones, quejas y sugerencias.

#### **6.4 Programas que ofrece “CAPA”**

Ahora bien, es importante saber que los tratamientos y programas están estructurados de acuerdo a las características de consumo de cada usuario.

Por tanto, los tipos de tratamiento, se dividen en áreas. En cuanto a prevención se hace la aplicación de tamizajes en escuelas y en la comunidad (principalmente en escuelas), también se imparten pláticas de sensibilización y estilos de crianza positiva, dentro de esta área hay talleres de orientación a familias y adolescentes.

Es importante mencionar que CAPA centra especial atención en esta área ya que es la clave principal para evitar que el problema de las adicciones incremente, enfoca cada una de sus pláticas, a la población que va dirigida, haciendo uso de diversas herramientas como: lentes de realidad virtual, bebés de simulación y materiales audiovisuales.

De ahí abarca una segunda área, que es; el tratamiento integral de los trastornos por uso de sustancias, y va dependiendo del grado de adicción en el que se encuentre el usuario. Se maneja el consejo breve, atención individual, consejo médico, prevención de recaídas y reinserción social.

En cuanto al programa de prevención de recaídas se tiene por objetivo ayudar a los usuarios de sustancias a mantenerse en abstinencia, a identificar las situaciones que los ponen en riesgo de consumir, y establecer planes de acción para enfrentarlas.

En este programa se identifican las emociones, pensamientos y sensaciones asociadas con cada una de las siguientes situaciones de riesgo de consumo.

Situaciones de riesgo: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, urgencia y tentación, conflictos con otros, presión social, necesidad física y tentación de consumo, así como tiempo placentero por otros.

A las cuales se les da, sesiones de seguimiento, mismas que se realizan después del tratamiento, con el objetivo de mantener los cambios y prevenir recaídas.

Ampliando a detalle el panorama del programa “prevención de recaídas”, se busca conocer las acciones llevadas a cabo reforzándolas con la implementación del curso taller de Inteligencia emocional. Siendo que, existe una importancia trascendental del manejo de emociones, en cuanto a las diferentes situaciones de riesgo.

Es importante aclarar que el usuario no siempre llega a la institución por tener un grado de alcoholismo avanzado, muchas veces son usuarios que fueron detectados a través de los tamizajes, en situación de riesgo. Y se les canaliza a los diferentes programas o talleres que se imparten.

A propósito de ello, la tercera área se enfoca a talleres para adolescentes que consumen, misma que consta de una derivación efectiva de casos con dependencia severa y asesorías en cuanto a; crianza positiva y habilidades para la vida.

## **6.5 Tratamiento que se lleva a cabo en Pacientes con Alcoholismo**

Así como en los otros programas, el objetivo de tratamiento es ayudar a los usuarios de sustancias adictivas y a sus familiares a desarrollar y aplicar estrategias para modificar la conducta de consumo y los problemas derivados.

Realizando en un inicio una respectiva evaluación, para identificar si el paciente es candidato a alguno de los tratamientos que se brindan en los CAPA o si es necesario referirlo a otra institución.

En cuanto a tratamiento breve para usuarios de alcohol en CAPA, se busca ayudar a reducir la frecuencia y cantidad de consumo o a dejar de beber, la meta se establece con base al nivel de consumo de alcohol y el tratamiento está integrado por 4 pasos, descritos en la tabla 9, que se brindan en una o dos sesiones de 50 minutos.

Tabla 9

Descripción del tratamiento breve para usuarios de alcohol

Paso 1. Decisión de cambiar y establecimiento de metas	+Colocas en una balanza las ventajas y desventajas de modificar tu consumo de alcohol. +Encuentras razones para cambiar. +Estableces tu meta de consumo: abstinencia o moderación.
Paso 2. Identificación de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol	+Identificas personas, lugares, emociones, pensamientos y sensaciones relacionadas con el consumo de alcohol. +Analizas las consecuencias de consumir, tanto positivas como negativas; inmediatas y a largo plazo.
Paso 3. Enfrentamiento de los problemas originados por el consumo de alcohol	+Encuentras opciones para enfrentar las situaciones de consumo excesivo. +Analizas las consecuencias positivas y negativas de tus estrategias para enfrentar las situaciones de riesgo. +Eliges las mejores opciones.
Paso 4. Nuevo establecimiento de metas	+Analizas tu progreso durante el tratamiento. +Planteas metas específicas. +Identificas los obstáculos para alcanzarlas. +Realizas planes para enfrentar los obstáculos.
Seguimiento	+Las sesiones de seguimiento se realizan después del tratamiento, con el objetivo de mantener los cambios y prevenir recaídas.

Elaboración propia con datos de: Instituto Mexiquense contra las Adicciones (2014).

## **6.6 Métodos Estadísticos Utilizados en “CAPA”**

Uno de los principales objetivos del Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA), como órgano normativo de los CAPA, es difundir información objetiva y confiable acerca del consumo de sustancias adictivas; sus riesgos, consecuencias, así como las estrategias de prevención y tratamiento más efectivas para reducir el impacto de este problema. Para que adolescentes, padres de familia y maestros encuentren diversos materiales útiles para prevenir y enfrentar el consumo de drogas.

A nivel interno se trabaja con base a metas establecidas por el IMCA, las cuales se establecen el plan de trabajo anual y se distribuyen entre el personal que labora en cada CAPA, a continuación el ejemplo, con metas oficiales registradas en el programa de trabajo para el año 2017, del CAPA Capulhuac.

- a) Consulta de primera vez: 275
- b) Consulta subsecuente: 575
- c) Platicas Adolescentes: 7797
- d) Tamizajes: 4140
- e) Adolescentes que inician el tratamiento: 161
- f) Personas capacitadas en prevención: 298
- g) Capacitación en tabaquismo: 5

Total de beneficiados: 4065

En cuanto a nivel Estado, es el Instituto Mexiquense contra las Adicciones, el responsable de conducir la política local en la materia, en coordinación con diversas instancias educativas e investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Logrando obtener resultados gracias a la colaboración de jefes de jurisdicción sanitaria, coordinadores municipales, y jefes de los CAPA, quienes facilitan

la aplicación de encuestas, las cuales brindan un amplio panorama en cuanto al uso y abuso de diversas drogas, así como características de la población consumidora. (Encuesta del Estado de México sobre Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009).

Ahora bien las cifras no quedan varadas a nivel estado, porque la Encuesta Nacional de adicciones, hace lo propio en cuanto a consumo, comparación entre poblaciones, consumo en edades específicas, análisis descriptivos, etc.

### 6.7 Características de la Población atendida en “CAPA”

A continuación se describen algunas características de los usuarios que fueron atendidos en CAPA, durante el año 2016, los que en su totalidad fueron 249.

Gráfica 1

Atención a usuarios de acuerdo al sexo



Como se muestra en la gráfica 1, más de la mitad de la población total, fue de sexo masculino, ya se ha mencionado a lo largo de la investigación, que a pesar que las estadísticas generales muestran que el alcoholismo en la población femenina ha ido en aumento, muy pocas son las que se atreven a solicitar algún servicio de atención

para tratar su adicción, aún existen prejuicios sociales que siguen impidiendo que las mujeres acudan o en muchas ocasiones, reconozcan la existencia de la enfermedad. De acuerdo a la sustancia de consumo, por la que los usuarios acudieron con mayor frecuencia, es el alcohol, seguido de la Marihuana y de ahí algunas otras drogas, a pesar de ser una droga que para algunas personas “ya paso de moda”, o que ni siquiera la consideran una droga de alto impacto, sigue siendo la más usual, según las estadísticas de CAPA Capulhuac en 2016.

Gráfica 2

Atención a usuarios de acuerdo a sustancia de consumo



Aunque bien, la gráfica 2, también podría significar que al ser el alcohol una droga muy usual, es más común que familiares del usuario, acudan a solicitar ayuda.

Gráfica 3

Programa de intervención a usuarios



Afirmación que podría ser respaldada de acuerdo a la gráfica número 3, que muestra los programas de intervención que tuvieron mayor demanda, en el mismo año. Con un 71%, el programa para adolescentes y consejo breve, usuarios que normalmente acuden a CAPA, por preocupación de maestros o padres de familia, incluso porque algunos salieron altos en los resultados de los tamizajes aplicados por CAPA en las escuelas.

Gráfica 4.

Municipios de procedencia de usuarios



Es importante tomar en cuenta, como lo muestra la gráfica 4, el lugar de procedencia de los usuarios, dato que permite incrementar acciones en cuanto a los lugares que requieren mayor promoción del Centro y a lugares que requieren el fortalecimiento de las jornadas de prevención.

Gráfica 5.

Situación actual de usuarios (año 2016)



Como reflejo del trabajo realizado en CAPA durante 2016, se tiene la gráfica número 5, donde el investigador puede visualizar que una parte significativa de la población terminó su tratamiento. Son datos importantes y significativos para el investigador sin embargo cabe aclarar que, aunque sí, es un avance, no se debe dejar de promover y realizar todas las actividades de difusión de información y prevención de adicciones, ya que también se tiene un número significativo de recaídas y abandono del tratamiento.



## **CAPÍTULO VII**

### **PROGRAMA PILOTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA REDUCIR LA ANSIEDAD QUE SE MANIFIESTA DURANTE LA REMISIÓN ALCOHOLICA**

#### **7.1 Características generales de un programa**

Para un correcto abordaje de éste capítulo, es importante señalar las diferencias entre el término “programa” y algunos otros (plan, proyecto), que en diversas ocasiones son acuñados incorrectamente o confundidos, desconociendo las características que cada uno tiene y que en cuanto a planeación se refiere, hacen reseña a niveles de concreción.

De acuerdo a Egg (2005), un plan, hace referencia a decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales, las prioridades que se derivan de estas formulaciones, la asignación de sus recursos acorde a esas prioridades, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos que se van a utilizar para alcanzar las metas y objetivos propuestos.

Un plan engloba programas y proyectos, aunque no está compuesto solo por ello. Su formulación también se deriva de propósitos y objetivos, más amplios que la suma de programas y proyectos. El término plan tiene carácter más global.

En cambio el programa, siguiendo la referencia de Egg (2005), hace referencia a un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre si y que son de similar naturaleza.

Por tanto se considera que un plan está constituido por un conjunto de programas, y el programa a su vez, por un conjunto de proyectos. Los proyectos son un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, realizadas con el fin

de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas.

## **7.2 Fases y características:**

Fase de diagnóstico: Supone un primer estudio o análisis para situar los problemas o necesidades. También incluye la determinación de los recursos disponibles.

El diagnóstico sirve de base para la realización de un proyecto o programa, aborda varios aspectos:

- Formulación de los problemas y ubicación en un contexto global
- Análisis de las variables que intervienen en el problema y las relaciones entre ellas
- Un pronóstico del desarrollo futuro del o de los problemas.

Todo diagnóstico debe comenzar con una investigación preliminar con objeto de acercarse a la problemática de la comunidad, captando sus necesidades o problemas más significativos y urgentes.

Fase de planificación social: Supone especificar qué se quiere hacer, cómo, dónde, cuándo y con qué medios, qué personas, grupos o instituciones lo van a hacer, dirigir, coordinar y supervisar.

La planificación significa tomar una serie de decisiones sistemáticas para alcanzar de la forma más eficaz posible un conjunto de objetivos durante un período de tiempo determinado.

Fase de ejecución e intervención: Consiste en realizar, o ejecutar lo que anteriormente se había planificado de acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación. Al poner en marcha un proyecto es importante conseguir una buena coordinación entre todos los organismos que van a incidir en el mismo.

Es necesario coordinar actividades, servicios e individuos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. La mejor manera de coordinar es a través de reuniones con los interesados a través del trabajo en equipo, donde se intercambia información y se proponen soluciones a problemas concretos.

Por otro lado, se considera importante la preparación de la comunidad para que participe en el programa. Ello supone tener en cuenta una serie de variables: las aspiraciones y necesidades comunitarias, el grado de actividad o pasividad de los individuos, la existencia de organizaciones de base, etc.

Fase de evaluación y control: Se trata de una comparación entre lo realizado y los objetivos que se pretendían conseguir en un principio.

Por otro lado, la evaluación debe ser una acción valorativa *procesual* (proceso permanente de control operacional) y *comprehensiva* (abarca todo el proceso desarrollado).

Toda intervención social debe ser evaluada antes, durante y después de la actuación, no sólo por los trabajadores que la han llevado a cabo sino también por la comunidad y por los responsables últimos de la intervención.

En lo que a la elaboración de proyectos de ocio y tiempo libre respecta, decir que guardan la misma estructura y respetan las mismas fases que cualquier otro pero entramos a referirnos a las características distintas que puedan tener.

Por tanto aunque pueden llegar a confundirse los últimos dos términos, la diferencia radica, en que el programa y proyecto tienen diferente magnitud, diversidad y especificidad del objetivo que se quiere alcanzar o la acción que se va a realizar: si es compleja, habrá de ser un programa con varios proyectos; si es sencilla, un simple o único proyecto podrá desarrollarla.

Para comprender mejor el desarrollo del proyecto planteado a lo largo de la investigación, es importante conocer las características, que se deben tomar en cuenta para su elaboración.

Al respecto, Egg (2005), propone una guía con pautas y lineamientos generales utilizados para:

- Concretar y precisar lo que se quiere realizar
- Instrumentar de manera efectiva las decisiones tomadas, mediante el uso combinado de recursos humanos y no humanos
- Seguir cursos de acción que conduzcan a la obtención de determinados productos y resultados.
- Establecer criterios que ayuden a valorar de forma sistémica lo realizado.

Por su lado la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), citada por Egg (2005). Explica que; “un buen diseño de proyectos debe especificar los elementos esenciales que se requieren para crear un sistema de seguimiento para la ejecución del proyecto y la evaluación de los efectos e impactos del mismo” o dicho de forma detallada, para que un proyecto esté bien diseñado y formulado, debe explicar lo siguiente;

- Razones por las que se necesita realizar el proyecto (fundamentación).
- A qué fin contribuirá el logro de los objetivos del proyecto (finalidad).
- Que se espera obtener del proyecto en caso de que tenga éxito (objetivos).
- A quien va dirigido el proyecto (beneficiarios directos) y a quienes afectará (beneficiarios indirectos).
- Que debe producir el proyecto para crear las condiciones básicas que permitan la consecución del objetivo (productos).
- Con que acciones se generan los productos (actividades), como organizar y secuenciar las actividades.
- Que recursos se necesitan para obtener el producto y lograr el objetivo propuesto (insumos).

- Quien ejecutara el proyecto (modalidades de operación).
- En cuanto tiempo se obtendrán los productos y se lograrán los objetivos previstos (calendario).
- Cuáles son los factores externos que deben existir para asegurar el éxito del proyecto (pre- requisitos)

Si bien, aunque las pautas son de carácter general, en la elaboración de cada proyecto en concreto, el número de acciones y pasos implicados depende de la naturaleza y magnitud del mismo. Por tanto las pautas propuestas deben complementarse y adaptarse a cada caso.

### **7.3 Clasificación según la dimensión temporal:**

- Programas a corto plazo: son los que comprenden de seis meses a tres años.
- Programas a medio plazo: comprenden un período de tres a ocho años.
- Programas a largo plazo: abarca períodos de tiempo de diez, quince y hasta veinte años. Las planificaciones a largo plazo se utilizan para definir líneas de política social o bien de política educativa

Por tanto, si atendemos a una dimensión espacial de la planificación, podemos hacer alusión a:

- Planificación nacional: que es la que se encarga de elaborar un programa que abarque a toda la nación o Estado. Esta misión la suelen ocupar los Planes.
- Planificación regional: es la que atiende a regiones que presentan características y necesidades comunes.
- Planificación local: es una planificación a nivel de ayuntamiento o de organización de base.

Otro aspecto a considerar es el carácter de la Intervención, el cual puede ser:

- **Socioeducativo:** intervención para el desarrollo de procesos de aprendizaje (educación permanente, educación popular, para el ocio y el tiempo libre...)
- **Sociocultural:** para la promoción de la creación y difusión cultural de base, de la participación en procesos culturales, “consumo de cultura”...
- **Socio asistencial:** promoción de la participación en sectores sociales desfavorecidos, para la superación de las desigualdades y de las situaciones de marginación, prevención de las desviaciones sociales, integración social, etc.
- **Socioeconómica:** promoción de la participación grupal o comunitaria en procesos de desarrollo socioeconómico, economía social, autoempleo.

Los programas en función de los sectores de población a los que se dirigen: pueden agruparse según criterios evolutivos (infancia, juventud, adultez...) según discriminación (mujeres) según limitaciones (discapacitados), lugar de origen (inmigrantes).

Programas en función del territorio o la institución concreta en la que se ubican (comunidad autónoma, centros de día, asociaciones...).



## MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCION A LA TEORIA

Objetivo: Generar un vínculo de confianza entre el terapeuta y el grupo, dando la libertad de expresión a cada integrante, despertando así el interés y participación en cada uno de los temas y actividades. Así como la evaluación de las diferentes variables.

Duración: 8 horas



Para comenzar a desarrollar el programa, es necesario establecer el rapport, término utilizado en psicología, el cual según Aragón (2004), consiste en crear una atmosfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo, se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado. El rapport está basado en la confianza, el respeto y la aceptación mutuos



### **Cuando el mundo te da la espalda**

Sucede. Cerramos los ojos ante las equivocaciones que cometemos, quizá para no ver como todo se desmorona a nuestro alrededor o tal vez, porque solo tenemos miedo de aceptar lo inevitable. Entonces el mundo entero nos da la espalda y nos hundimos en un abismo que es cada vez más profundo. Voces van y vienen, pero casi ninguna de ellas es alentadora. Excepto las de quienes no nos permiten darnos por vencidos.

¿Cómo creer en uno mismo cuando la esperanza se ha perdido en el horizonte? ¿Cuándo nos damos cuenta de qué hemos fallado, aún después de tanto empeño? Solo quienes son dignos de llamarse amigos, se encargan de tener fe en ti cuando hasta tú la has perdido por completo.

Si alguna vez te sucede, considérate afortunado y ten en cuenta que no siempre existen las segundas oportunidades. En cuanto alguien te extiende su mano para que puedas levantarte, tienes que intentarlo con todas tus fuerzas. Con todo tu empeño. Porque es probable que puedas lograrlo, aún cuando no te creas capaz.





MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA  
Aplicación de Test

**Sesión 1 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad en el que se encuentra el usuario, antes de someterse al programa, y algunas características en sus relaciones interpersonales.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Identificar los niveles de ansiedad que tiene el usuario, antes de someterse al programa	Inventario de ansiedad de Beck por persona. Lápices, gomas y sacapuntas	20 min	De 10 a12

Desarrollo: El terapeuta, da la bienvenida al grupo, indicando que se sienten nuevamente en círculo, enseguida hace referencia a las actividades a realizar, leyendo las instrucciones que se encuentran al inicio del Inventario, haciendo hincapié en que no hay respuestas buenas ni malas, y que dicha información únicamente se utilizara con fines de investigación, asegurando que sus datos no serán utilizados con otros fines.

Posteriormente debe pedir al grupo que conteste de forma honesta y sin copiar respuestas a los compañeros.

Observaciones:



## MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA

### Presentación del grupo y del terapeuta

#### **Sesión 1 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que los integrantes del grupo se conozcan, quien establecerá rapport buscando a su vez establecer un clima de confianza y empatía en el grupo.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Memorizando nombres	Identificar a los integrantes del grupo por su nombre formulando asociaciones	Un block de notas con pegamento (post it) Un marcador	1 hora 20 min, aprox	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta da la bienvenida al grupo, indicando que se sienten en círculo, una vez colocados, explica la finalidad de la dinámica y procede a dar comienzo con su ejemplo.

La persona que tenga el block debe decir al grupo; su nombre, una actividad que le guste hacer (bailar, comprar comida), y algo chistoso que haya pasado. Una vez que haya terminado su relato procederá a escribir su nombre en un post-it, el cual deberá pegárselo en una parte visible, posterior a ello tiene que pasar el block a quien guste, para que continúe con la misma dinámica, deberán pasarlo a todos los miembros del grupo sin excepción.

Observaciones:



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA  
Aplicación de encuesta

**Sesión 1 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Conocer la situación en la que se encuentran los usuarios respecto a sus relaciones interpersonales.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación de cuestionario	Identificar la situación en la que se encuentra el usuario, a nivel interpersonal	Cuestionario por persona. Lápices, goma, sacapuntas	20 min	De 10 a 12
Desarrollo: El terapeuta debe explicarles que para cerrar la sesión deben contestar una encuesta, en la cual se abordan temas referentes a la forma en cómo se relacionan con los demás. Debe explicarse que entre más honestos sean con sus respuestas y con las actividades desempeñadas a lo largo del programa, se sentirán con menos presión y agobio ya que todas esas actividades van encaminadas a su bienestar físico, social y psicológico.				
Observaciones:				



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA

Aplicación de test

**Sesión 2 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Identificar si el usuario en remisión alcohólica presenta síntomas de abstinencia, antes de someterse al programa, así como la evaluación de algunos factores de Inteligencia Emocional.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación de la lista de cotejo	Identificar si alguien dentro del grupo aún presenta síntomas de abstinencia	Lista de cotejo por persona, lápiz, sacapuntas, goma.	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta da la bienvenida a los miembros del grupo, una vez acomodados en sus sillas (pupitres, mesas), deberá explicar las actividades a realizar, comenzando por la lista de cotejo, la cual no consta de muchos aspectos a evaluar, sin embargo es importante reiterar la importancia en cuanto a la veracidad de sus respuestas.

Observaciones:



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA

Aplicación de Test

**Sesión 2 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Identificar si el usuario en remisión alcohólica presenta síntomas de abstinencia, antes de someterse al programa, así como la evaluación de algunos factores de Inteligencia Emocional

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación del Test de Inteligencia Emocional	Identificar si el usuario de alcohol tiene un manejo adecuado de sus emociones	Test de Inteligencia Emocional por persona, lápiz, goma y sacapuntas	10 a 20 minutos, máx.	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta explica la simplicidad del test y que sus respuestas no deben ser pensadas con tanto agobio, ya que en sesiones posteriores se explicara que el termino Inteligencia Emocional es más sencillo de lo que se escucha y que aunque no lo parezca, una calificación no define el tipo de persona que es.



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA

Dinámica de grupo

**Sesión 2 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Identificar si el usuario en remisión alcohólica presenta síntomas de abstinencia, antes de someterse al programa, así como la evaluación de algunos factores de Inteligencia Emocional

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Las tres urnas	Liberar un poco de tensión entre los miembros del grupo, evitando una sesión pesada, promoviendo la empatía y ayuda mutua.	Tres urnas (pueden ser cajas). Una hoja de etiquetas: "Me gustaría superar..."; "Me arrepiento de..."; Un problema mío es..." Papeletas en blanco y bolígrafos.	1 hora 20 min	De 10 a 12
Desarrollo: Se colocan a la vista de todos, tres urnas con las siguientes etiquetas (cada una): "Me gustaría superar..."; "Me arrepiento de..."; "Un problema mío es..." Se trata de terminar las frases en papeletas, que se depositarán en las urnas correspondientes. Una vez hayan depositado todos sus papeletas, se procede al escrutinio, consiste en leer las papeletas de cada una y comentarlas en gran grupo, entre todos, aportando soluciones, dando consejos				
Observaciones:				



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA  
Teoría de Inteligencia Emocional

**Sesión 3 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Conciencia del otro

Objetivo: Identificar la teoría de Inteligencia Emocional y el impacto que tiene en la vida del usuario, tanto positivo como negativo

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Video	Que la audiencia visualice las consecuencias del mal manejo de las emociones	Lap top, proyector	40 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta proyectara el video referente a la poca habilidad en el manejo de las emociones y sus consecuencias. Posterior a ello, se realizara una retroalimentación con los participantes del grupo, acerca de su punto de vista sobre el video, de si ellos creen o sabían que esas acciones tienen que ver con las emociones, etc.

Observaciones:



MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA  
Teoría de Inteligencia Emocional

**Sesión 3 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: identificar la teoría de Inteligencia Emocional y el impacto que tiene en la vida del usuario, tanto positivo como negativo

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Exposición del tema con diapositivas	Que el usuario conozca la teoría y las ventajas de llevar paso a paso las diferentes técnicas	Lap top, proyector, cables	1hra 20 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta será el responsable de dar la información en cada una de las presentaciones, resolviendo dudas acerca del tema y lanzando preguntas a la audiencia, estimulando así su participación y aprendizaje significativo.

Observaciones





MODULO 1: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA Teoría Sistémica				
<b>Sesión 4 : Actividad 1</b>			<b>Competencia a desarrollar:</b> Habilidades sociales	
Objetivo: Que el usuario, identifique la teoría de Sistemas y la relación que tiene con su vida, su familia y su entorno social				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
1.- Exposición del tema con diapositivas	Que el usuario conozca que su conducta de consumo va más allá de afectarlo solo a él y que concientice sobre el impacto que está generando.	Lap top, proyector, cables	40 min	De 10 a 12
Desarrollo: En ésta presentación se hablara de los sistemas que se ven afectados por la conducta de consumo, así como la importancia de las redes de apoyo, durante el proceso de abstinencia.				
Observaciones:				



MODULO 1 : PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN A LA TEORIA  
Teoría Sistémica

**Sesión 4 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que el usuario, identifique la teoría de Sistemas y la relación que tiene con su vida, su familia y su entorno social

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tribuna	Que el usuario exprese a forma personal, como su conducta de consumo ha afectado en sus círculos sociales. (Familia, pareja, amigos, etc.)	Cartulinas, Marcadores, Cinta adhesiva, Sillas, Oso Marcelo	1 hora 20 min	De 10 a 12

Desarrollo: En las cartulinas irán lemas como: “todo lo que se habla en éste día se queda en ésta habitación” tus compañeros de grupo escucharemos en silencio y con respeto tu experiencia, nadie está aquí para juzgar, etc.

En un inicio el terapeuta deberá explicar las reglas de esta tribuna, con el fin de hacer que se respete la experiencia que cada participante comparte, de ahí pedirá o elegirá al primer participante (dependiendo de la participación de cada grupo). Se pedirá al usuario de la tribuna que comparta con su grupo una experiencia personal en la que se hayan visto dañadas sus redes de apoyo debido a su conducta de consumo. Como al usuario en ocasiones se le dificulta hablar en primera persona, hará uso del Oso Marcelo y así comenzara su discurso (ejemplo): - El oso Marcelo llevo ebrio a casa y al encontrar a sus hijos despiertos los agredió. Se finaliza la actividad con un aplauso y un abrazo grupal.

Observaciones



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Objetivo: Que el usuario identifique sus emociones desarrollando la capacidad para entender lo que siente y conectarlo a sus valores, a su esencia y la forma en la que comúnmente se expresa.

Duración: 8 Horas



Este módulo permitirá también, en palabras de Guirado (2009), reconocerse, saber lo que para cada uno es importante. Saber cómo afectan las circunstancias, conocer sus reacciones al entorno y a sus pensamientos. Por consecuencia a todo esto encaminarse a el bienestar o lo que otros llamarían felicidad.



El Oasis

Cuento árabe

Cuentan que a un oasis llegó un joven, tomó agua, se aseó y le preguntó a un viejecito que se encontraba descansando:

¿Qué clase de personas hay aquí?, En vez de responderle, el anciano le preguntó: ¿Qué clase de gente había en el lugar de donde tú vienes?... "Oh, un grupo de egoístas y malvados" replicó el joven. "Estoy encantado de haberme ido de allí". A lo cual el anciano comentó: "Lo mismo habrás de encontrar aquí".

Ese mismo día, otro joven se acercó a beber agua al oasis, y viendo al anciano, preguntó: ¿Qué clase de personas viven en este lugar?, El viejo respondió con la misma pregunta: ¿Qué clase de personas viven en el lugar de donde tú vienes?... "Un magnífico grupo de personas, honestas, amigables, hospitalarias, me duele mucho haberlos dejado". "Lo mismo encontrarás tú aquí", respondió el anciano.

Un hombre que había escuchado ambas conversaciones le preguntó al viejo: ¿Cómo es posible dar dos respuestas tan diferentes a la misma pregunta?... A lo cual el viejo contestó: Cada uno lleva en su corazón el medio ambiente donde vive. Aquel que no encontró nada bueno en los lugares donde estuvo no podrá encontrar otra cosa aquí, aquel que encontró amigos allá podrá encontrar amigos acá.

En la medida en que te conozcas a ti mismo, podrás conocer a otros; cuando te ames a ti mismo, amarás a otros, y en la profundidad y medida en que puedas amarte a ti mismo, precisamente en esa profundidad y medida podrás amar a otros Todos debemos entender que lo más importante es percibir nuestras propias potencialidades y destacarlas, no tratar de ser alguien diferente.



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Diagnostico

<b>Sesión 5 : Actividad 1</b>		<b>Competencia a desarrollar:</b> Autoconciencia		
Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
1.- Distintas caras	Lograr la expresión o interpretación de las distintas emociones	Se requieren tarjetas cuadradas chicas dibujadas con distintas caras de alegría, de tristeza, de enojo, etc., cada una de ellas repetida tantas veces como el número de personas que integrarán cada grupo.	40 min	De 10 a 12
Desarrollo: Cada persona tomará de la bolsa una tarjetita y buscará a sus compañeros mostrando la tarjetita o haciendo la mímica de ella, con el fin de que la otra persona identifique la emoción que le tocó en su tarjetita No se puede hablar.				
Observaciones:				



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Diagnostico

**Sesión 5 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Retroalimentación	Observar si existe dificultad para expresar emociones.	No se requiere material, únicamente que los participantes este sentados en circulo	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta preguntara a los miembros del grupo como se sintieron al realizar la dinámica, las dificultades que enfrentaron, como las resolvieron. En este momento el terapeuta también les dirá el objetivo de la dinámica, e informará que en futuras sesiones aprenderán a desarrollar esa habilidad (en caso de haber presentado dificultades y si no las presentaron, aprenderán a dominar la habilidad)

Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Emociones

**Sesión 5 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Explicación de las emociones básicas	Que el usuario conozca las emociones e identifique sus formas de expresión	Lap, proyector, cables. Diapositivas con audios, bocinas	60 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta explica las 6 emociones básicas, utilizando la asociación de sonidos o expresiones que se utilizan en la cotidianidad. Es importante pasar al principio los audios e imágenes, preguntando al grupo a que emoción consideran que hace referencia.

El aplicador debe estimular al grupo a una participación continua.

Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

ALEGRÍA

**Sesión 6 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando la alegría	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones





MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Alegría

**Sesión 6 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de alegría	Generar una asociación entre la emoción, las formas- objetos y el color	Papel color amarillo, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de "Marcelo", los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas amarillas la forma que para ellos tiene la alegría (ejemplo: yo me imagino que la alegría tiene flores, dibujo flores, las recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí la alegría es un pastel, etc.). También se pueden escribir palabras, ejemplo: "risa". El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación

Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

Miedo

**Sesión 6 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando el miedo	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

MIEDO

**Sesión 6 : Actividad 4**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de miedo	Generar una asociación entre la emoción, las formas-objetos y el color	Papel color morado, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de "Marcelo", los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas moradas la forma que para ellos tiene el miedo (ejemplo: yo me imagino que el miedo tiene sudor, dibujo gotas, las recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí el miedo es correr, etc.). El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación.

Nota: el chaleco debe quedar casi cubierto con objetos que los participantes dibujen  
Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
ASCO-REPULSIÓN

**Sesión 7 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando el asco-repulsión	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
ASCO- REPULSIÓN

**Sesión 7 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de asco-repulsión	Generar una asociación entre la emoción, las formas-objetos y el color	Papel color verde, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de "Marcelo", los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas verdes la forma que para ellos tiene el asco (ejemplo: yo me imagino que el asco tiene gusanos, dibujo gusanos, los recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí el asco son ratas, etc.). El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación.

Nota: el chaleco debe quedar casi cubierto con objetos que los participantes dibujen  
Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
SORPRESA

**Sesión 7 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando la sorpresa	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
SORPRESA

**Sesión 7 : Actividad 4**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de sorpresa	Generar una asociación entre la emoción, las formas-objetos y el color	Papel color naranja, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de "Marcelo", los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas de color naranja la forma que para ellos tiene la sorpresa (ejemplo: yo me imagino que la sorpresa tiene globos, dibujo globos, los recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí la sorpresa es una pregunta, etc.). El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación.

Nota: el chaleco debe quedar casi cubierto con objetos que los participantes dibujen  
Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
TRISTEZA

**Sesión 8 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando la tristeza	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones





MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
TRISTEZA

**Sesión 8 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de tristeza	Generar una asociación entre la emoción, las formas-objetos y el color	Papel color azul, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de “Marcelo”, los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas de color azul la forma que para ellos tiene la tristeza (ejemplo: yo me imagino que la tristeza tiene lágrimas, dibujo lágrimas, los recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí la tristeza es soledad, etc.). El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación.

Nota: el chaleco debe quedar casi cubierto con objetos que los participantes dibujen  
Observaciones:



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

ENOJO

**Sesión 8 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Identificando el enojo	Hacer conciencia sobre la emoción	Cuadros complementarios	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pide al grupo se coloquen en parejas, se entrega un cuadro complementario a cada persona y se les pide realicen las preguntas a su compañero una vez que las ha contestado, procederá a realizar las mismas preguntas al que cuestiono

Observaciones



MODULO 2: AUTO RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES  
ENOJO

**Sesión 8 : Actividad 4**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que el usuario logre diferenciar cada una de las emociones que está presentando, a la vez identificara las situaciones que se encuentran asociadas a cada una.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Vistiendo a Marcelo de enojo	Generar una asociación entre la emoción, las formas-objetos y el color	Papel color rojo, tijeras, bolígrafos, gancho de ropa, chaleco de cartulina color blanco	15 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta muestra el chaleco de "Marcelo", los integrantes del grupo deberán dibujar en las hojas de color rojo la forma que para ellos tiene el enojo (ejemplo: yo me imagino que el enojo tiene gritos, dibujo a alguien gritando o escribo la palabra, los recorto y se las pego al chaleco de Marcelo. Para mí el enojo es golpear, etc.). El terapeuta debe motivar al grupo a dejar volar la imaginación.

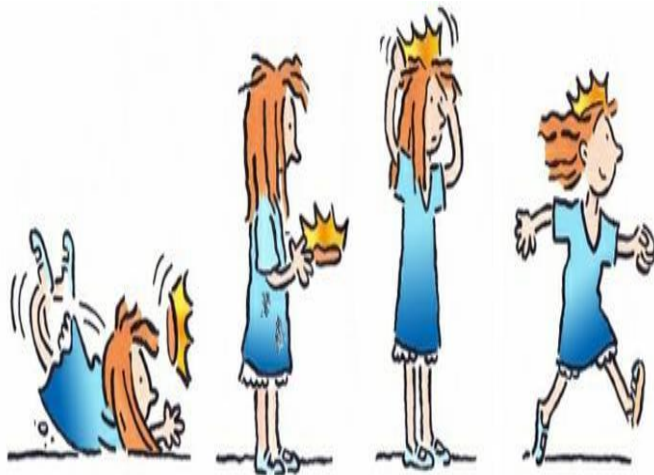
Nota: el chaleco debe quedar casi cubierto con objetos que los participantes dibujen  
Observaciones:



MODULO 3: AUTOMOTIVACIÓN Y MANEJO DE LAS EMOCIONES

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Duración: 8 Horas



“Dominar el mundo emocional es especialmente difícil porque estas habilidades deben ejercitarse en aquellos momentos en que las personas se encuentran en peores condiciones para asimilar información y aprender hábitos de respuesta nuevos, es decir, cuando tienen problemas“. Goleman (2010)



“El árbol de los problemas”

Había contratado un carpintero para ayudarme a reparar mi vieja granja.

Él acababa de finalizar su primer día de trabajo que había sido muy duro. Su sierra eléctrica se había estropeado lo que le había hecho perder mucho tiempo y ahora su antiguo camión se negaba a arrancar.

Mientras lo llevaba a su casa, permaneció en silencio.

Una vez que llegamos, me invitó a conocer a su familia. Nos dirigíamos a la puerta de su casa y se detuvo brevemente frente a un precioso olivo centenario tocó el tronco con ambas manos.

Al entrar en su casa, ocurrió una sorprendente transformación. Su bronceada cara sonreía plenamente. Abrazó a sus dos pequeños hijos y le dio un beso a su esposa. La energía había cambiado completamente. Posteriormente me acompañó hasta el coche.

Cuando pasamos cerca del olivo, sentí curiosidad y le pregunté acerca de lo visto cuando entramos.

- Ese es mi árbol de los problemas, – contestó

- Sé que no puedo evitar tener problemas durante el día como hoy en el trabajo por ejemplo, pero no quiero traer estos problemas a mi casa. Así que cuando llego aquí por la noche cuelgo mis problemas en el árbol. Luego a la mañana cuando salgo de mi casa los recojo otra vez.

- Lo curioso es, – dijo sonriendo – que cuando salgo a la mañana a recoger los problemas del árbol, ni remotamente encuentro tantos como los que recuerdo haber dejado la noche anterior. Maestro: si te centras en el ahora desaparecen todos los problemas.

No es fácil colocar a nuestros problemas en un compartimento, donde podremos retomarlos cuando tenemos la tranquilidad y capacidad emocional necesarias para resolverlos adecuadamente. Sin embargo es importante aprender a hacerlo.



MODULO 3: AUTOMOTIVARSE Y MANEJO DE EMOCIONES  
Retroalimentación

**Sesión 9 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Pelotas emocionales	Reafirmar la correcta asociación de los colores con las emociones, retomando también las respuestas de los cuadros complementarios.	Pelotas del color de cada una de las emociones básicas (amarillo, morado, verde, naranja, azul y rojo), bolsa o urna color negro, para meter las pelotas	1 hora 30 min	De 10 a 12

Desarrollo: Cada participante sacara una pelotita de la bolsa, de acuerdo al color el deberá mencionar la emoción que representa ese color y de forma personal explicara cómo se siente cuando presenta esa emoción. Para guiarse el terapeuta puede preguntar lo que viene en el cuadro complementario correspondiente.

Observaciones



MODULO 3: AUTOMOTIVARSE Y MANEJO DE EMOCIONES

Instrucciones

**Sesión 9 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tablas de auto registro	Que los miembros del grupo comprendan las actividades a realizar a lo largo de las siguientes sesiones.	Tablas de registro	30 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta debe explicar con ejemplos, el llenado de las tablas, aclarando la importancia del cumplimiento de esta actividad, ya que si no realiza lo indicado no podrá participar en sesiones posteriores y no estará poniendo en práctica lo aprendido en el taller. Deberá hacer hincapié en el cuidado de las mismas ya que serán utilizadas para sesiones posteriores y marcan su evolución.

Nota: El terapeuta debe aclarar dudas al respecto, ya que se estará trabajando con esas tablas de auto registro las siguientes 3 sesiones.



MODULO 3: AUTOMOTIVARSE Y MANEJO DE EMOCIONES

Tribunas

**Sesión 10 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tribuna 1	Que los miembros del grupo expresen de acuerdo a su auto registro, la emoción más significativa de esos días.	Tablas de registro, plastilina de los colores de las emociones, crayolas, hojas de colores, hojas blancas, tijeras, bolígrafos	2 horas	De 10 a 12

Desarrollo: Los miembros del grupo pasaran a tribuna (los que gusten pueden poner a Marcelo de ejemplo), ahí enunciaran la emoción que más presentaron en esos días, según su tabla de registro, la que no pudieron controlar. Y las situaciones que las detonaron, una vez hecho esto, el terapeuta les pedirá que bajen y transformen esa emoción en algo físico, ayudándose del material antes mencionado. Una vez hecho eso el terapeuta explicara el poder que ellos tienen sobre esa emoción, que ellos pueden manipularla, controlarla, romperla, tirarla, etc. Palabras que motiven y brinden alternativas para enfrentar la situación

Nota: Los demás participantes del grupo, podrán opinar al respecto de las emociones que les cueste manejar a otros, enunciando ejemplos de lo que ellos hacen, con la finalidad de motivar a sus compañeros.





MODULO 3: AUTOMOTIVARSE Y MANEJO DE EMOCIONES

Tribunas

**Sesión 11 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tribuna 2	Que los miembros del grupo expresen de acuerdo a su auto registro, la emoción más significativa de esos días.	Tablas de registro, plastilina de los colores de las emociones, crayolas, hojas de colores, hojas blancas, tijeras, bolígrafos	2 horas	De 10 a 12

Desarrollo: Los miembros del grupo pasaran a tribuna (los que gusten pueden poner a Marcelo de ejemplo), ahí enunciaran la emoción que más presentaron en esos días, según su tabla de registro, la que no pudieron controlar. Y las situaciones que las detonaron, una vez hecho esto, el terapeuta les pedirá que bajen y transformen esa emoción en algo físico, ayudándose del material antes mencionado. Una vez hecho eso el terapeuta explicara el poder que ellos tienen sobre esa emoción, que ellos pueden manipularla, controlarla, romperla, tirarla, etc. Palabras que motiven y brinden alternativas para enfrentar la situación

Nota: Los demás participantes del grupo, podrán opinar al respecto de las emociones que les cueste manejar a otros, enunciando ejemplos de lo que ellos hacen, con la finalidad de motivar a sus compañeros.



MODULO 3: AUTOMOTIVARSE Y MANEJO DE EMOCIONES

Tribunas

**Sesión 12 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que los miembros del grupo, logren un control de sus emociones, tanto positivas como negativas para impactar en la toma de decisiones con respecto al uso de alcohol, así como mejorar su adaptación social.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tribuna 3	Que los miembros del grupo expresen de acuerdo a su auto registro, la emoción más significativa de esos días.	Tablas de registro, plastilina de los colores de las emociones, crayolas, hojas de colores, hojas blancas, tijeras, bolígrafos	2 horas	De 10 a 12

Desarrollo: Los miembros del grupo pasaran a tribuna (los que gusten pueden poner a Marcelo de ejemplo), ahí enunciaran la emoción que más presentaron en esos días, según su tabla de registro, la que no pudieron controlar. Y las situaciones que las detonaron, una vez hecho esto, el terapeuta les pedirá que bajen y transformen esa emoción en algo físico, ayudándose del material antes mencionado. Una vez hecho eso el terapeuta explicara el poder que ellos tienen sobre esa emoción, que ellos pueden manipularla, controlarla, romperla, tirarla, etc. Palabras que motiven y brinden alternativas para enfrentar la situación

Nota: Los demás participantes del grupo, podrán opinar al respecto de las emociones que les cueste manejar a otros, enunciando ejemplos de lo que ellos hacen, con la finalidad de motivar a sus compañeros.



#### MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Duración: 8 Horas



Las personas enviamos y recibimos mensajes afectivos todo el tiempo. Sin embargo, no necesariamente sabemos cómo interpretarlos. O simplemente a veces pasan desapercibidos. Las expresiones faciales son un medio muy importante para comunicar las emociones. Identificar las emociones de los demás es fundamental para desarrollar la empatía, las habilidades sociales y para sentirnos conectados con otros. En esta lección vamos a reflexionar sobre la importancia de reconocer las emociones de los demás.



"El reflejo de los Padres son los hijos", lo que se ha olvidado en la actualidad. Ante los problemas de la vida, se ha buscado una solución inútil, "el Alcohol", para huir de la realidad, olvidándose de que son vistos, por sus propios hijos, sin importarle las consecuencias que pueda acarrear en el futuro de ello.

El alcohólico, vive cegado por la "SOBERBIA", Cree, que es el único que sufre, el único que tiene al mundo encima, el único que es señalado, el único que es rechazado, el único que tiene derecho a sufrir, etc., tomando como pretexto su sufrimiento corre al alcohol a emborracharse, sin importarle el daño que causa a la familia. Soportando la vergüenza de verlo cometer en muchas ocasiones "ESTUPIDECES", que ellos tienen que pagar, porque el borracho en su estado de inconsciencia, no sabe lo que hace. Lo peor de todo es que la familia, que le ama, tiene que soportar todo lo que hace, incluso pagar las consecuencias de los actos del borracho.

¿En qué momento se ensoberbeció?, ¿Realmente se quiere terminar muerto por el alcohol?, ¿Realmente vale la pena dejar el recuerdo de que el Padre murió por borracho? ¿Es justo dejar como testamento el alcoholismo a nuestros familia?, ¿Enseñamos a nuestros hijos a ser Hombres y enfrentar lo que venga con valor? o ¿Hay que enseñarlos a buscar una salida falsa en el alcohol?



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS

Empatía

**Sesión 13 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Conciencia del otro

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Un cortometraje y un cuento	Analizar diferentes escenarios en los que pueden ayudar a los demás	Video, proyector, lap top, bocinas	40 min	De 10 a 12

Desarrollo: Se trataría de visionar el cortometraje El cazo de Lorenzo y leer el cuento en el que está inspirado. Lorenzo siempre lleva encima un cazo que le hace la vida muy difícil. Estos recursos irán muy bien para describir a las personas con dificultades y mostrar al grupo que la comprensión y la empatía son el mejor camino a seguir.

Nota: será deber del terapeuta promover la participación del grupo y estimularlos a externar situaciones que ellos viven a diario.



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS  
Empatía

**Sesión 13 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Conciencia del otro

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Detective de fortalezas	Reconocer que todas las personas tienen fortalezas, solo es cuestión de descubrirlas. Al observar las fortalezas de otro se observan indirectamente las propias	Recipiente con los nombres de cada integrante del grupo y mini block personal, lapiceros	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: el terapeuta pasara con el recipiente el cual contendrá papelitos con los nombres de cada integrante del grupo, cada participante elige un papel y a partir de ese momento y hasta que termine el programa, tendrá por objetivo ir anotando en su block personal las fortalezas que encuentre en la persona nombrada en el papel. Las cuales ira identificando a lo largo de las sesiones.

Nota: si existe disparidad en el número de integrantes del grupo, el terapeuta deberá sumarse a la actividad.



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS  
Empatía

**Sesión 13 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar: C**

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Conversaciones útiles	Identificar como se ejerce la toma de decisiones en la vida cotidiana y distinguir el grado de control que se tiene sobre las mismas.	Hojas de referencia, sillas colocadas en círculo, bolígrafos	1 hora	De 10 a 12

Desarrollo: En las hojas de referencia viene preguntas enfocadas a que el participante identifique las situaciones; 1.- que lo han llevado a una recaída, 2.- conversaciones que en ese momento difícil le hicieron reflexionar y tomar la decisión de buscar ayuda, 3.- qué características tenía esa conversación o situación (¿Por qué le sirvió? ¿Que hizo en ese momento? ¿Que no dijo o hizo esa persona?). Una vez que hayan terminado de contestar comentaran en grupo sus respuestas.

Nota:



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS  
Comunicación asertiva

**Sesión 14 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que el grupo reconozca las emociones que presenta ante una situación de tensión y como establecer una comunicación asertiva.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
¿Cómo reaccionas ante un conflicto?	Que los participantes identifiquen la forma en como enfrentan un conflicto y que encuentren que actitudes positivas le ayudan a solucionar conflictos interpersonales.	Bolígrafos, hojas blancas, guía de preguntas a realizar y texto con la explicación sobre los conflictos.	1 hora	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta pedirá a los usuarios que identifiquen una situación de conflicto que hayan resuelto favorablemente y tomando en cuenta esa situación reflexionara acerca de preguntas que el terapeuta le realizará (¿Qué situación se presentó? ¿Que causo el conflicto? ¿Quiénes estaban involucrados?, etc.), anotando en la mitad de la hoja los elementos que se presentaron para poder resolver el problema y como colaboró para encontrar una solución, en la otra mitad deberá anotar las actitudes que impedían resolver dicho conflicto. Al terminar el terapeuta debe explicar la presencia de conflictos en todos los ámbitos de la vida cotidiana y como es que un conflicto puede ayudar para transformar la realidad y fomentar una mejor convivencia, siempre y cuando se resuelva adecuadamente

Nota:





MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS  
Comunicación asertiva

**Sesión 14 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Escalada	Practicar la comunicación en una situación de tensión.	Folios y bolígrafo para cada participante	1 hora	De 10 a 12

Desarrollo: Dentro del subgrupo, se formarán dos filas de manera que en un lado haya una pareja y en el otro, el resto de integrantes del subgrupo. El terapeuta designará una fila como “disputadora” en la que de izquierda a derecha habrá un gradiente de grados de disputa, del más leve al más severo. Los disputadores representaran una situación que el participante deberá enfrentar de forma asertiva, tendrá un acompañante que podrá intervenir dando ideas acerca de su posible respuesta a la situación.

Nota: Los demás participantes del grupo, deberán plantear situaciones que a ellos les causen conflicto o en las que siempre terminan perdiendo el control.



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS  
Empatía

<b>Sesión 15 : Actividad 1</b>		<b>Competencia a desarrollar:</b> Habilidades sociales		
Objetivo: Que el grupo aprenda a reconocer las emociones que su conducta de abuso genera en los demás (amigos, hijos, papás, pareja etc.)				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Roll playing	Practicar la empatía entre los participantes y crear consciencia sobre el sentir de los familiares	No se requiere material	2 horas	De 10 a 12
Desarrollo: En trinas deberán simular el intercambio de roles, cada pareja tendrá 20 min para planear su escenificación la cual deberá ir enfocada a una situación en la que el paciente regresa a casa o con las personas cercanas después de haber recaído en el consumo. El terapeuta deberá pedirles que imaginen lo que las otras personas sienten al verlos consumir de nuevo, y no solo los del grupo sino su familia, amigos, papas, etc.				
Nota: Al término de la actividad deberán comentar, como se sintió cada uno en el lugar de las otras personas. Es importante que lo externen para reforzar el aprendizaje y auto reflexión.				



MODULO 4: RECONOCER LAS EMOCIONES DE LOS DEMAS				
Comunicación asertiva				
Sesión 16 : Actividad 1			Competencia a desarrollar: Toma de decisiones	
Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Oposición asertiva	Aprender a decir “no”.	Hojas, bolígrafos y una pizarra con rotulador o tiza.	2 horas	De 10 a 12
Desarrollo: Los integrantes del grupo, uno por uno, deberán enunciar mínimo 2 situaciones de riesgo en las que más se les dificulta decir que no y en las que seguro si, aceptarían beber. De manera individual, los integrantes del grupo redactan cómo actuarían en esa situación y qué le dirían a su interlocutor. Entre todos, bajo la supervisión del terapeuta, elaboran qué podrían decir en esas situaciones.				
Nota: Los demás participantes del grupo, podrán opinar al respecto, enunciando ejemplos de lo que ellos hacen, con la finalidad de motivar a sus compañeros. <b>El terapeuta debe leer la siguiente actividad a realizar, para explicarle al grupo que material debe llevar.</b>				



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES

Objetivo:

Duración: 8 Horas



Mejorar las **relaciones interpersonales** es fundamental para alcanzar el éxito en los distintos planos de la vida; laboral, académico, de amistad, de pareja. Y es importante entender que, aunque todo queremos, e incluso necesitamos momentos de soledad y reflexión, no menos cierto es que la interdependencia es clave en la vida.



### Parábola

Cuentan que hace mucho tiempo existió un monasterio que se distinguía de los demás por la acogida que brindaba a los peregrinos que demostraban su habilidad en la comprensión de las grandes verdades. Dicha habilidad la manifestaban estableciendo un dialogo, a base de señas, con algún representante del monasterio. Si el monje consideraba que el viajero era sagaz y comprensivo, recibía gratuitamente, hospedaje y alimento; pero si perdía en el encuentro de sabiduría se le conminaba a abandonar el lugar y a seguir su camino. En cierta ocasión un peregrino se presentó en ese lugar y pidió someterse a esta suerte de duelo de habilidades y comprensión, sin embargo, el monje que tenía a su cargo dicha función se encontraba ocupado en otros menesteres, por lo que su lugar en el combate de sabiduría fue ocupado por su hermano, quien -además de ser tuerto- poseía la fama de ser muy tonto. Un rato más tarde el peregrino se presentó ante el hermano del monje con quien había competido y, humildemente, le dijo: “Maestro, he competido con tu hermano y he sido derrotado por su gran sabiduría. No me queda más remedio que despedirme ahora”. El monje, quien había tenido la seguridad de que su hermano sería derrotado, le pidió al viajero que le narrara lo sucedido, y esto fue lo que oyó: “Pues bien, nos sentamos el uno frente al otro. Me decidí a iniciar el diálogo mostrándole un dedo, como símbolo de que en verdad, todo y todos somos uno. Tu hermano, en respuesta, me mostró dos dedos para indicarme que lo dicho por mí era cierto, pero que los seres humanos -al no reconocer este hecho- habíamos dividido al mundo en bien y en mal. Ante esta respuesta, tan sabia como audaz, le respondí mostrándole tres dedos para decirle que, en consecuencia, vivimos divididos entre la verdad, la ilusión y la ignorancia; fue entonces cuando tu hermano agitó su puño frente a mí, diciéndome con ello que sólo la fuerza de la fe y del amor sería capaz de solucionar ese dilema”. Después de una pausa, el viajero terminó diciendo: “Como puedes observar, gran maestro, ante la sabiduría de tu hermano no tengo más qué decir y prefiero retirarme”. Y, haciendo una reverencia, salió. Sólo habían pasado unos minutos desde lo acontecido, cuando apareció el monje tuerto agitando un garrote sobre su cabeza y diciendo amenazador: “¿Dónde



Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C



“  
está el peregrino?, voy a matarlo”. Al verse inquirido por su hermano sobre el motivo de su enojo, le contesto: “Pues según tu pedido, fui a dar la bienvenida a nuestro invitado. Apenas me había sentado cuando me mostró un dedo, indicándome con su ademán que soy tuerto. Sin embargo, no por esto perdí la paciencia y, cortésmente, le mostré dos dedos, para indicarle que, por fortuna, él si disfrutaba de los dos; pero, a pesar de esto, el insistió en ofenderme al mostrarme tres dedos como diciéndome que ése era el número de ojos que juntábamos entre los dos. Fue entonces cuando ya no pude contenerme y lo amenacé con el puño para indicarle que ahora sí se las vería conmigo. Y no te cuento más porque voy a buscarlo”



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES  
Actividades alternativas

**Sesión 17 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Toma de decisiones

Objetivo: Mostrar a cada integrante del grupo que existe infinidad de actividades donde pueden divertirse y conocer a nuevos amigos, incluso llevar a su familia.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Pasatiempos	Que el usuario, retome actividades de su interés que mejoran sus habilidades sociales de convivencia	El que cada integrante desee	2 horas	De 10 a 12

Desarrollo: lo participantes deberán llevar a la sesión algún instrumento musical, pinturas, dibujos o cualquier objeto que a ellos les guste, incluso algún micrófono si es que quieren cantar, cada uno va a explicar en qué lugar tomaron el gusto o afición por la actividad y que nos muestren si desean. Al finalizar se debe explicar que estas actividades son claro ejemplo de que se puede tener una convivencia con otras personas sin necesidad de recurrir al alcohol.

Nota: el terapeuta también deberá llevar algún instrumento o actividad que le guste hacer, exponiéndolo al grupo.  
**Se deberá acordar el punto de reunión para la siguiente sesión y la asignación de los equipos. También se debe indicar que es necesario llevar a un familiar o amigo a la siguiente sesión (leer con anticipación la siguiente actividad).**



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES				
<u>Actividades alternativas</u>				
<b>Sesión 18 : Actividad 1</b>			<b>Competencia a desarrollar:</b> Habilidades sociales	
Objetivo: Que el grupo ponga a prueba los conocimientos y actividades adquiridas, respecto al manejo adecuado de las emociones, en esta ocasión ante una situación real, que fácilmente puede descontrolarlos.				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Futbol	Identificar si los conocimientos adquiridos son llevados a la práctica de forma adecuada.	Balón de futbol, materiales que hagan alusión de apoyo a cada equipo (cornetas, pompones). Incluso cartulinas con los nombres de cada equipo (ellos deben elegir su nombre con anterioridad)	1 h 30 min	De 10 a 12
Desarrollo: El partido de futbol se va a jugar, de forma no profesional, es decir el terapeuta estará con las porras (pero siempre atento a las diferentes situaciones, incluso hacer notas sobre algunas acciones que considere falta reforzar) y el grupo debe organizarse, así como coordinarse y llegara a acuerdos en caso de que exista alguna falta. Incluso si hay alguna apuesta o castigo para el equipo que pierda, es algo que ellos estipularán.				
Nota:				





MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES

Actividades alternativas

**Sesión 18 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que el grupo ponga a prueba los conocimientos y actividades adquiridas, respecto al manejo adecuado de las emociones, en esta ocasión ante una situación real, que fácilmente puede descontrolarlos.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Retroalimentación	Identificar si los conocimientos adquiridos son llevados a la práctica de forma adecuada.	No se requiere material	30 min	De 10 a 12

Desarrollo: Conocer cómo se sintieron durante el juego, si hubo algún conflicto de qué forma se solucionó o si no se pudo llegar a algún acuerdo y las razones. Aquí el terapeuta también le hará saber el objetivo de la actividad y las situaciones que falta reforzar, fomentando en todo momento la convivencia grupal.

Nota:



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES

Riso terapia

**Sesión 19 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Parejas de risa	Desarrollar y fomentar la convivencia sana y hacerles notar que no se necesita el alcohol para poder estar alegre	Música y materiales didácticos con tema de fiesta (pelucas, moños gorros)	1 hora 20 min	De 10 a 12

Desarrollo: los participantes deberán caracterizarse con los accesorios que quieran, incluso si quieren llevar algún disfraz lo pueden hacer, solo deben evitar que éste les cubra la cara. Se colocaran en pareja donde uno será A y otro B al ritmo de la música A bailara y B lo imitara, al siguiente cambio de música B bailara y A lo imitara. Se les pedirá hacer los pasos más extravagantes que puedan

Nota: El terapeuta será quien coordine la música y cambie los ritmos, asegurándose que todos se integren a la actividad. Al término de la actividad se debe indicar que para la siguiente sesión deberán llevar ropa cómoda.



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES  
Respiración

**Sesión 19 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autogestión

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica una de las técnicas de relajación que Goleman plantea en su libro sobre Inteligencia Emocional

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Ejercicios de respiración	Guiar a los participantes para que aprendan a utilizar su respiración a favor	Cojines , sillas, música, bocinas	40 min	De 10 a 12

Desarrollo: Sentados en un lugar cómodo, manteniendo la espalda erguida. Expulsar todo el aire que haya en tus pulmones y, con una mano colocada en el pecho y otra en el abdomen, respirar profundamente. Para que la respiración sea diafragmática, intentaran dirigir el aire que inspiran hacia el abdomen, notando como esta mano se desplaza ligeramente hacia arriba, mientras que la mano colocada en el pecho queda quieta.

Mantendrán el aire unos segundos hasta que el organismo pida expulsarlo. Hacerlo de forma lenta, vaciando el abdomen y notando como se expulsa el aire por la boca. Mantener unos segundos los pulmones vacíos y volver a inspirar profundamente, llevando el aire hacia el vientre. Se repite la operación durante 5 minutos

Nota: Se deberá pedir a los participantes que en la siguiente sesión también lleven ropa cómoda.



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES				
Relajación				
<b>Sesión 20 : Actividad 1</b>		<b>Competencia a desarrollar:</b> Autogestión		
Objetivo: Que el grupo ponga en práctica técnicas que Goleman plantea en su libro de Inteligencia Emocional, para el control de las emociones.				
Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Técnica	Que el usuario aprenda a relajar y tensar sus diferentes músculos.	Música de relajación. Bocina. tapetes	1 hora 30 min	De 10 a 12
Desarrollo: Práctica de tensión-relajación. (Pastor y Sevilla, 2003) Colócate en una posición cómoda y relaja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo.				
Nota:				



MODULO 5: ESTABLECER RELACIONES INTERPERSONALES  
Retroalimentación

**Sesión 20 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Que el grupo ponga en práctica la empatía y la comunicación asertiva, tomando en cuenta características del lenguaje no verbal.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Charla	Conocer la perspectiva de los participantes, acerca de la funcionalidad del programa	Sillas, hojas blancas y bolígrafos	30 min	De 10 a 12

Desarrollo: Cada participante deberá explicar si ha notado algún cambio a lo largo del curso, no solo a nivel individual sino a nivel familiar, social, laboral etc. Es importante que el terapeuta tome nota de las personas que no han visto resultado, ellos deberán anotar, a que creen que se deba

Nota:



## MODULO 6: RETEST Y CIERRE

Objetivo: Comprobar si después de la aplicación del Programa de Inteligencia Emocional, se presenta una reducción significativa en los niveles de ansiedad, de los usuarios de alcohol en remisión, que se sometieron al mismo.

Duración: 8 Horas



En un intervalo de varios meses, un coeficiente test-retest de confiabilidad no sólo reflejaría la consistencia de medición inherente a la prueba, sino también la estabilidad de la característica medida en los examinados. Por ello en éste último modulo se aplican nuevamente los Test, para corroborar la existencia de cambios en cuanto a los niveles de ansiedad y el manejo adecuado de las emociones.



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE  
Aplicación de retest

**Sesión 21 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconocimiento

Objetivo: Comparar la variabilidad en los niveles de ansiedad, antes del programa de Inteligencia Emocional y una vez que el usuario se ha sometido al mismo.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Identificar los niveles de ansiedad que tiene el usuario, antes de someterse al programa	Inventario de ansiedad de Beck por persona. Lápices, gomas y sacapuntas	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta, da la bienvenida al grupo, indicando que se sienten nuevamente en círculo, enseguida hace referencia a las actividades a realizar, leyendo las instrucciones que se encuentran al inicio del Inventario, haciendo hincapié en que no hay respuestas buenas ni malas, y que dicha información únicamente se utilizara con fines de investigación, asegurando que sus datos no serán utilizados con otros fines.

Posteriormente debe pedir al grupo que conteste de forma honesta y sin copiar respuestas a los compañeros.

Nota:



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

**Sesión 21 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Recordar y poner en práctica conocimientos adquiridos anteriormente.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Expresión a través de la risa	Practicar las técnicas aprendidas durante el curso	Música, bocinas	1h 20 min	De 10 a 12

Desarrollo: Cada participante debe escoger a un compañero (a) y se acercarse a él, lo observa como reconociéndolo de otra época, y de pronto le dice “¡Amigo(a)!” , y lo abraza efusivo, diciéndole: “¡Oye, cuánto tiempo!”. Luego lo mira y le dice: “¿Te acuerdas de la fiesta de Fulanito(a)?”, y comienza a reírse como si el recuerdo fuera muy cómico. Se mantiene tocando y abrazando al otro y riéndose sin poder contenerse hasta que el otro esté riéndose también. Conversen un poco inventando recuerdos y se despiden. La actividad la irán realizando por parejas frente al grupo, con la intención de lograr que el resto del grupo también se ría.

Nota:





MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

**Sesión 21 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Autoconocimiento

Objetivo: Identificar las diferencias en cuanto a sus respuestas después de haberse sometido al programa.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación de cuestionario	Identificar la situación en la que se encuentra el usuario, a nivel interpersonal	Cuestionario por persona. Lápices, goma, sacapuntas	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta debe explicarles que para cerrar la sesión deben contestar una encuesta, en la cual se abordan temas referentes a la forma en cómo se relacionan con los demás. Debe explicarse que ya han realizado una al principio y que todo es con fines de investigación, para realizar si hubo algún cambio.

Nota:



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

**Sesión 22 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Identificar la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia a comparación de resultados previos al programa.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación de la lista de cotejo	Identificar si alguien dentro del grupo aún presenta síntomas de abstinencia	Lista de cotejo por persona, lápiz, sacapuntas, goma.	20 min	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta da la bienvenida a los miembros del grupo, una vez acomodados en sus sillas (pupitres, mesas), deberá explicar las actividades a realizar, comenzando por la lista de cotejo, la cual no consta de muchos aspectos a evaluar, sin embargo es importante reiterar la importancia en cuanto a la veracidad de sus respuestas.

Nota:



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

**Sesión 22 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Comparar resultados, con los obtenidos al inicio del programa, identificando así la variación en cuanto a reconocimiento de emociones, en los usuarios que se sometieron al programa

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Aplicación del Test de Inteligencia Emocional	Identificar si el usuario de alcohol tiene un manejo adecuado de sus emociones	Test de Inteligencia Emocional por persona, lápiz, goma y sacapuntas	10 a 20 minutos, máx.	De 10 a 12

Desarrollo: El terapeuta explica la simplicidad del test y que sus respuestas no deben ser pensadas con tanto agobio, ya que en sesiones posteriores se explicara que el termino Inteligencia Emocional es más sencillo de lo que se escucha y que aunque no lo parezca, una calificación no define el tipo de persona que es.

Nota:



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

Juego de palabras

**Sesión 22 : Actividad 3**

**Competencia a desarrollar:** Habilidades sociales

Objetivo: Brindar alternativas que ayuden al grupo a tener una convivencia adecuada con los demás

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Mímica	Fomentar actividades sencillas de comunicación	Actividades, películas u oficios escritos en tarjetas	1 hora	De 10 a 12 integrantes
Desarrollo: Adivina la palabra es un juego que desafía la capacidad de comunicarse verbalmente. Se dan una o dos palabras que el jugador tiene que lograr que su equipo adivine sin que él diga ninguna de esas palabras. El jugador tiene que encontrar la manera de comunicar la palabra o palabras indicadas por medio de habilidades de comunicación efectivas. Este juego estimula la capacidad de una persona de confiar en los demás para que le ayuden a comunicarse verbalmente.				
Nota: Se debe mencionar al grupo que para la siguiente sesión deben llevar nuevamente a un amigo, familiar o pareja. La participación de éste será breve.				



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

Carta 1

**Sesión 23 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:** Conciencia del otro

Objetivo: Que los familiares o personas allegadas al usuario, también expresen su sentir hacia él, haciéndole sentir su apoyo.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Participación de familiares- amigos	Obtener material para actividades de otras sesiones.	Hojas blancas y bolígrafos	20 min	De 10 a 12 integrantes

Desarrollo: El terapeuta debe indicar a los familiares, amigos o persona que haya asistido a acompañar al paciente en ésta sesión, a que le escriba una carta, donde exprese lo que quiere y desea al usuario. La carta se entregara al terapeuta ya que será utilizada en otra sesión, es importante que se escriba a quien va dirigida.

Nota: El usuario no debe saber aún el contenido de la carta, si algún familiar no sabe escribir, puede ser auxiliado por otro miembro del grupo, que no sea el destinatario de la carta.  
Se les hará la invitación para la ceremonia de cierre, realizada en la última sesión.



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE  
Buscando emociones 1

**Sesión 23 : Actividad 2**

**Competencia a desarrollar:** Autoconciencia

Objetivo: Reafirmar y poner en práctica lo aprendido en el módulo de reconocimiento de emociones.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Proyección de rostros y expresión corporal	Que los participantes identifiquen emociones a través de imágenes	Proyector, lap, pelota, bolsa de dulces.	30 min	De 10 a 12 participantes

Desarrollo: Se utilizara la pelota para hacer el famoso juego de “la papa caliente”, entre los asistentes contando hasta el 3, la persona que pierda deberá adivinar que emoción es la que presenta la imagen, si lo hace correctamente se le da un dulce y si no, el terapeuta debe dar oportunidad a alguien más que quiera responder.

Nota: El terapeuta debe estar atento para culminar, sin invadir el tiempo asignado a actividades posteriores. El equipo que esta adivinando, tendrá que pensar su respuesta, precisamente en equipo y llegar a un acuerdo para dar la respuesta final, de otra forma no se hará valida.



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE  
Buscando emociones 2

**Sesión 23 : Actividad 3**

Competencia a desarrollar: Autoconciencia

Objetivo: Reafirmar y poner en práctica lo aprendido en el módulo de reconocimiento de emociones.

Nombre de las actividades	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Historias grises	Que los participantes logren identificar las emociones en diferentes situaciones.	Tarjetas con el nombre de cada una de las emociones	1 hora	De 10 a 12 participantes

Desarrollo: se forman dos equipos, de los cuales irá pasando cada participante a contar una historia que haga referencia a la emoción enunciada en la tarjeta, que él mismo elegirá al azar. El equipo contrario debe adivinar de qué emoción se trata, ahora bien, la dificultad del juego radica en que el participante debe contar la historia sin mostrar expresión alguna de emoción ni hacer referencia con expresión corporal, es decir debe contar la historia o situación de forma plana/gris. Gana quien acumule más aciertos



MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

Cartas 2

**Sesión 23 : Actividad 4**

**Competencia a desarrollar:** Conciencia del otro

Objetivo: Que los participantes conozcan la perspectiva u opinión que los demás tienen de ellos, principalmente los que han estado cerca de ellos durante éste proceso.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Tiempo para leer nuestras cartas	Que la carta funcione como motivación para que los pacientes sigan en ese proceso de abstinencia.	Únicamente las cartas que ellos traen. Preguntas de referencia (apéndice).	30 min	De 10 a 12 participantes

Desarrollo: El terapeuta indicará que quedan 30 min, para que cada quien lea la carta que lleva y quien guste puede expresar su sentir al respecto. De igual forma quien no lleva una carta, podrá hacer uso de la tribuna para hablar de ello, de lo que le gustaría y lo que hará al respecto. El terapeuta guiará esa tribuna, basándose en preguntas de referencia encontradas en el apéndice.

Nota: Se indicará a los participantes que la siguiente sesión es la última y que habrá una ceremonia, por lo cual deben ir preparados como si fueran a una reunión importante, a una fiesta. Ya que se les entregará un reconocimiento por haber concluido su asistencia al programa.

También se menciona al grupo la posibilidad de realizar algún convivio, el cual podrá hacerse o no dependiendo del acuerdo grupal





MODULO 6: RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE

Reconocimientos

**Sesión 24 : Actividad 1**

**Competencia a desarrollar:**

Objetivo: Reconocer la participación y disposición que cada uno de los integrantes del grupo mostro a lo largo de las sesiones, y que culmina con las actividades referentes al programa.

Nombre de la actividad	Objetivo	Material	Duración	Integrantes
Ceremonia de "graduación"	Oficialmente dar por terminadas las actividades referentes al programa con cada grupo.	Reconocimientos, documento de agradecimiento, si el espacio es grande deberá solicitarse micrófono y bocinas, folders.	1 hora	De 10 a 12 participantes

Desarrollo: Se acomoda la sala a forma de que los participantes tengan espacio suficiente para pasar a recibir el documento simbólico. Dar la bienvenida tanto a los participantes del grupo como a los familiares que lleguen a asistir, el terapeuta debe realizar ordenadamente la ceremonia, entregando a cada uno su reconocimiento y solicitando el respectivo aplauso. Una vez culminada la actividad, éste deberá leer a todos el documento de "agradecimiento" y oficialmente dar por terminadas las sesiones.

En esta sesión cada participante deberá llevar el mini block donde fue anotando a lo largo del programa las fortalezas del compañero que le toco y se lo dará a forma de obsequio.

Nota: Se deja la siguiente hora libre por si algún grupo decide hacer un convivio y si no, los participantes pueden disponer de su tiempo.

## **CAPITULO VIII METODOLOGIA**

Es importante mencionar que la presente investigación se realiza bajo la modalidad de “proyecto factible”, es decir, se elabora una propuesta de idea en respuesta a una problemática práctica. Dicha propuesta ofrece un modelo que en teoría es aplicable inmediatamente en el contexto de estudio de la investigación.

El Manual de Tesis de Grado y Especialización y Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Libertador (UPEL), citado por Moya 2003, plantea que un proyecto factible “Consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos necesidades de organizaciones o grupos sociales que pueden referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos, o procesos. El proyecto debe tener el apoyo de una investigación de tipo documental, y de campo, o un diseño que incluya ambas modalidades “

De igual manera, la Universidad Simón Rodríguez (1980), citada por Moya 2003, considera que un proyecto factible está orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en una institución.

### **8.1 Planteamiento del problema**

La implementación de un programa piloto de Inteligencia Emocional, como respaldo psicológico ¿Será de ayuda, para disminuir significativamente los niveles de ansiedad que presenta una persona en remisión alcohólica?

### **8.2 Justificación del problema**

Con el paso del tiempo el concepto de inteligencia se ha modificado, a tal grado que ahora no solo se trata de resolver problemas abstractos, si bien es importante, no es suficiente para lidiar con situaciones que involucran a las emociones. La habilidad de

percibir, comprender y expresar una emoción, junto con otras características dan origen a lo que hoy se conoce como Inteligencia Emocional (IE), sin embargo, la dificultad o nulo control de las emociones repercute en la toma de decisiones y afecta la salud.

Por ejemplo; Riley y Schutte (2003) citado por; del Castillo Rodríguez et al. (2013), concluyeron en su estudio con población adulta, que, “los niveles bajos en IE son predictores de un mal afrontamiento con los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas”.

En referencia a lo anterior García del Castillo López (2011), describe que el consumo de alcohol, pero en este caso desde su vertiente preventiva, en un estudio con un total de 411 adolescentes y jóvenes de Alicante, algunas de las variables que intervienen como factores de riesgo al consumo, como la resistencia a la presión del grupo de iguales en conductas de consumo de alcohol, se relaciona positivamente con los niveles de IE. Algo similar ocurre con el apoyo social que presenta una relación significativa, tanto en adolescentes como en jóvenes. Aunque los estudios realizados por dichos autores van encaminados al tema de prevención de adicciones, las conclusiones arrojadas, permite demostrar la relación existente entre; el afrontamiento a problemas relacionados con el alcohol y el papel que juega la inteligencia emocional con respecto a dichos problemas.

Al respecto para la planeación del programa piloto de Inteligencia Emocional, se hace énfasis en el reconocimiento de emociones propias, además de la forma en la cual suelen expresarse, haciendo consciente que muchas veces su mal procesamiento lleva a una condición de “remisión alcohólica”.

Para ello se deben reforzar las variables de apoyo, con lo cual se busca integrar un conjunto de habilidades de carácter socioemocional, importante para afrontar la sintomatología física.

### 8.3 Hipótesis y Variables

Hi: La implementación del programa piloto de Inteligencia Emocional disminuye significativamente los niveles de ansiedad que presenta una persona en remisión alcohólica.

Ho: La implementación del programa piloto de Inteligencia Emocional no disminuye significativamente los niveles de ansiedad que presenta una persona en remisión alcohólica.

Ha: Un programa piloto de Inteligencia Emocional servirá como auxiliar en el tratamiento de las adicciones.

V.I: Programa Piloto de Inteligencia Emocional

Definición conceptual: Es una modalidad de enseñanza- aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales que sirven de base para que los alumnos realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que lo conducen a desarrollar su comprensión de los temas.

Definición operacional: La eficacia o el grado de utilidad del programa piloto, se verá reflejado en una evaluación de parte de los participantes, la cual consta de 19 preguntas, y también en relación con los resultados arrojados en el test de ansiedad.

V. D: Niveles de Ansiedad

Definición conceptual: la ansiedad es una reacción normal, con la que nos ha dotado la naturaleza para ponernos a salvo cuando enfrentamos algún peligro, real o imaginario. Pero cuando se mantiene activada demasiado tiempo, puede ser negativo, ya que nos impide sentirnos bien y funcionar de forma optima

Definición operacional: Para identificar que los niveles de ansiedad no sean demasiado elevados, se aplicara el Inventario de Ansiedad de Beck, al tiempo que se examinaran las fuentes que provocan ansiedad, así como las vías que ayudaran a reducirla.

#### **8. 4 Objetivo General:**

Proponer la implementación del programa piloto de inteligencia emocional, como respaldo psicológico para usuarios en remisión alcohólica, dentro del programa “prevención de recaídas” que emplea el CAPA.

#### **8.5 Objetivos específicos:**

- Identificar las características sintomatológicas a nivel psicológico, físico y social de una persona en remisión alcohólica.
- Describir las generalidades de la ansiedad y su relación con el consumo de alcohol.
- Analizar la importancia de las variables de apoyo, desde la perspectiva sistémica, para evitar la reincidencia o una conducta de consumo.
- Conocer la estructura, importancia y funciones de los Centros de Atención Primaria en Adicciones.
- Proponer la implementación de la Inteligencia Emocional en el tratamiento de las adicciones, específicamente en el usuario de alcohol.

#### **8.6 Población y muestra**

UNIVERSO: Personas con alcoholismo ingresadas en el “Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)”

MUESTRA: Personas ingresadas por remisión alcohólica

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico- Sistemático, ya que se elabora un listado y calcula el tamaño de la muestra denominado fracción de muestreo, esto dividiendo el tamaño de la población entre el tamaño de la muestra.

UNIDAD DE MUESTRA: Niveles de ansiedad que presentan las personas en remisión alcohólica

ENFOQUE: Se busca recolectar, analizar y relacionar datos de carácter tanto cualitativo (aspectos relacionados con la inteligencia emocional), como cuantitativos (niveles de ansiedad), por lo que el enfoque que mejor se adapta a tales fines, es el mixto.

DISEÑO: Cuasi-experimental, el cual se utilizan cuando la asignación aleatoria no es posible y por razones prácticas o éticas se recurre al uso de grupos preexistentes (por ejemplo: sujetos con una determinada enfermedad). Se utilizan cuando el investigador no puede presentar los niveles de la variable independiente a voluntad, ni puede crear los grupos experimentales mediante la aleatorización

### 8.7 Tipo de estudio:

Descriptivo, debido a que se busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Esto es su objetivo, no como se relacionan éstas.

### 8.8 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sexo: (Hombre- Mujer)</li><li>- Edad; (De 15 a 35 años)</li><li>- Ocupación; (Profesionistas o estudiantes)</li><li>- Tiempo que lleva con la adicción; (de 1 a 2 años)</li><li>- Domicilio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nivel socioeconómico</li></ul>

## Conclusiones

Para el desarrollo de las actividades correspondientes a cada módulo, se tomó en cuenta los principios que Daniel Goleman maneja en su libro Inteligencia Emocional, los cuales son: conocer las emociones propias, manejo de las emociones, automotivación, reconocimiento de las emociones de los demás y establecimiento de relaciones interpersonales, mismas que son estimuladas con cada una de las actividades. Estos principios no se presentan al usuario de forma directa, más que en los títulos respectivos, buscando que el usuario, más allá de memorizarlo o entrar en conflicto por las expectativas que le pueda generar, lo domine y lo ponga en práctica para después asignarle únicamente el nombre.

Sin embargo las técnicas que el mismo Goleman plantea, no se aplican de forma directa, debido a que en su formulación no se consideran los rasgos de personalidad que posee un alcohólico. Para que las técnicas fueran favorables, se tuvieron que adaptar, comenzando con técnicas sencillas de asociación y aprendizaje significativo, llevando a cabo poco a poco un desarrollo progresivo en las habilidades, para posteriormente obtener un control y empleo de técnicas que requerían mayor concentración, como lo son el manejo de la respiración y la meditación.

Si el programa piloto obtiene los resultados esperados, de acuerdo a su objetivo el cual es; visualizar la disminución en los niveles de ansiedad durante la remisión alcohólica, entonces, se puede considerar viable y para una posible aplicación a nivel prevención, con usuarios que llegan a CAPA, por consumo de riesgo.

## Sugerencias Profesionales

- La aplicación del Programa requiere ser aplicado por un Psicólogo (a), ya que es quien conoce los términos utilizados y las implicaciones en la aplicación de test y herramientas, empleados para evaluar los módulos.
- El terapeuta deberá conocer el programa antes de aplicarlo, así como informarse de temas o técnicas que le resulten desconocidos, ello para la optimización de resultados.
- El terapeuta deberá contar con habilidades en cuanto al manejo de grupos y aplicación de técnicas, tanto de relajación como de contención.
- Cada una de las observaciones que el terapeuta considere relevantes en cuanto a cada uno de los participantes, deberá informar al psicólogo que lleva su respectivo tratamiento en CAPA.
- El terapeuta debe fomentar en todo momento la unión grupal, la empatía y la importancia de la Inteligencia Emocional. Mantener el interés, motivando a los participantes para que asistan, participen y pongan en práctica cada una de las actividades, con el fin de concluir satisfactoriamente las sesiones del programa.
- La aplicación del programa está dirigida a usuarios de alcohol que se encuentran en remisión alcohólica. Sin embargo podría adaptarse como complemento en el tratamiento de prevención de adicción a otras sustancias, haciendo las respectivas modificaciones.
- Se consideró el espacio físico de aplicación, dentro de las instalaciones del CAPA, sin embargo no se debe limitar a quedarse en el mismo, ya que hay actividades que permiten hacerse al aire libre (siempre y cuando el traslado al lugar no implique demasiado tiempo), y que incluso podrían resultar estimulantes.
- Se deben respetar los tiempos estipulados para cada una de las actividades, de lo contrario, originará un retraso en la planeación general. Lo que podría resultar contraproducente.



# ANEXOS



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA”  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

EL siguiente test se realiza con fines educativos y de investigación. Por ello se solicita, responder honestamente. Las respuestas no son buenas ni malas, solo se busca conocer mejor la situación para mejorar las alternativas de tratamiento.

Nombre completo:	
Edad:	Sexo:
Domicilio/ Localidad:	
Ocupación:	
Edad a la que comenzó su consumo de alcohol:	

<b>Inventario de Beck (BAI)</b>					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA”  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

Recuerde no existen respuestas buenas o malas, los datos obtenidos son recabados con fines de investigación y para mejorar las alternativas de tratamiento.

Nombre completo:
------------------

Conteste el cuestionario siguiente rellorando el cuadro que corresponda a su respuesta según los siguientes parámetros donde;

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE

Mi actitud al escuchar	Autoevaluación				
Me gusta escuchar cuando alguien está hablando	1	2	3	4	5
Trato de escuchar aunque no esté de acuerdo con lo que dice la persona	1	2	3	4	5
Dejo el celular, apago la televisión o evito cualquier distractor para poder atender al otro cuando me habla	1	2	3	4	5
Miro a los ojos cuando me hablan	1	2	3	4	5
Me concentro en lo que estoy oyendo evitando distraerme	1	2	3	4	5
Demuestro que estoy escuchando a mi interlocutor con frases como: entiendo, si, etc.	1	2	3	4	5
Respeto lo que la otra persona dice	1	2	3	4	5
Trato de comprender lo que me dicen a través de preguntas	1	2	3	4	5

Intento identificar el mensaje central de lo que la otra persona me dice.	1	2	3	4	5
Identifico las emociones y/o sentimientos que hay atrás de las palabras de la otra persona.	1	2	3	4	5
Dejo terminar de hablar a la persona y procuro no interrumpir	1	2	3	4	5
Generalmente las personas se sienten muy bien al platicarme algo	1	2	3	4	5
Atiendo los mensajes no verbales de las otras personas, no solo escucho sus palabras sino que estoy al pendiente de lo que me dice su lenguaje corporal.	1	2	3	4	5
Creo que mi familia sabe que puede confiar y platicar conmigo abiertamente.	1	2	3	4	5
Evito hacer juicios sobre lo que me platican	1	2	3	4	5
Escucho aunque pueda anticipar lo que me van a decir	1	2	3	4	5
Trato de hacer un resumen de lo que me dijeron y pregunto si fue eso lo que realmente quisieron comunicar.	1	2	3	4	5
Mi postura corporal es abierta y receptiva al otro. Me inclino poco hacia delante para hacerle saber que lo estoy escuchando.	1	2	3	4	5
Recuerdo fácilmente lo que las personas me cuentan	1	2	3	4	5

## LISTA DE COTEJO

Recuerde no existen respuestas buenas o malas, los datos obtenidos son recabados con fines de investigación y para mejorar las alternativas de tratamiento. Marque con un asterisco si presenta alguno los siguientes síntomas

Nombre completo:		
ASPECTOS OBSERVABLES	SI	NO
Pérdida del control sobre el consumo		
Consumo matutino		
Temblor de manos		
Náuseas o vómitos		
Ansiedad		
Agitación psicomotora		
Insomnio		
Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones		
Crisis comiciales (crisis epilépticas)		
Hiperactividad autonómica ( sudoración o más de 100 pulsaciones)		
Total		
Observaciones :		
Nombre del aplicador:		

EL siguiente test se realiza con fines educativos y de investigación. Por ello se solicita, responder honestamente. Las respuestas no son buenas ni malas, solo se busca conocer mejor la situación para mejorar las alternativas de tratamiento.

Nombre completo:

Las siguientes afirmaciones son acerca de tus emociones y sentimientos, rellena el cuadro con la puntuación que indique el grado de acuerdo o de desacuerdo en el que estés, con respecto a las mismas

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5

10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión positiva.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5



## **GLOSARIO**

**Afasia:** Del gr. ἀφασία aphasía 'imposibilidad de hablar'. Pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una disfunción en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral.

**Agnosia:** Del gr. ἀγνωσία agnōsía 'desconocimiento'. Alteración de la percepción que incapacita a alguien para reconocer personas, objetos o sensaciones que antes le eran familiares.

**Alucinosis:** Dentro de este cuadro alucinatorio, la alucinosis es propia de enfermedades no psiquiátricas, y hace referencia al estado en el cual una persona puede experimentar alucinaciones pero siendo completamente consciente de que aquello que percibe no es real.

**Apraxia:** Del gr. ἀπραξία apraxía 'inacción', 'inercia'. Incapacidad total o parcial de realizar movimientos voluntarios sin causa orgánica que lo impida.

**Cardiomiopatías:** Es una enfermedad de los músculos cardíacos que pueden hacerlos aumentarse e inflamarse. Los músculos inflamados llegan a ser estirados, débiles, menos eficientes en la sangre de bombeo y menos capaces mantener un modelo eléctrico normal. Esto puede llevar eventual al paro cardíaco.

**Cirrosis hepática:** Pérdida de la arquitectura normal del hígado y una disminución progresiva de sus funciones. Cualquier enfermedad que produzca una inflamación crónica del hígado puede, en el curso de los años, llegar a producir cirrosis. Hay muchas causas de cirrosis. Las principales en nuestro medio son dos: el consumo excesivo de alcohol (cirrosis etílica o alcohólica) y la hepatitis crónica por virus C.

**Concomitantes:** Del lat. concomitans, -antis, de concomitāri 'acompañar'.adj. Que aparece o actúa conjuntamente con otra cosa

**Dopaminérgico:** Sustancia que incrementa la actividad relacionada con la dopamina (uno de los neurotransmisores más comunes) en el cerebro. También se utiliza para describir aquellas estructuras cerebrales que se encuentran relacionadas con la actividad de la dopamina.

**Delirium tremens:** es un trastorno psicofísico caracterizado principalmente por la incapacidad para percibir la realidad, confusión, alucinaciones, angustia, temblor generalizado, sudación excesiva, deshidratación, y ocasionalmente convulsiones. Se presenta en los alcohólicos crónicos, de uno a tres días después de que dejaron de beber abruptamente.

**Esteatosis hepática:** Cuadro de enfermedad hepática que se produce por la ingestión excesiva de alcohol en un período que oscila entre semanas y, a veces, años. Consiste en una acumulación de grasa en el hígado, a consecuencia de las alteraciones metabólicas que produce el alcohol.

**Etanol:** Líquido incoloro, de olor fuerte e inflamable que se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como la uva, la melaza, la remolacha o la papa, forma parte de numerosas bebidas (vino, aguardiente, cerveza, etc.) y se emplea principalmente como desinfectante. Es conocido sencillamente con el nombre de alcohol

**Etario:** Der. del lat. aetas 'edad'. adj. Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad. adj. Perteneciente o relativa a la edad de una persona. Período etario. Franja etaria.

**Glutamastárgicos:** En la producción y posterior metabolización del glutamato intervienen de las neuronas glutamatérgicas como la glía que las acompaña.

**Hipercolesterolemia:** consiste en la presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales

Polineuropatía: Sustantivo femenino. Toda alteración que afecta a varios territorios nerviosos.

Psiquis: Del gr. psykhe, alma. Siquis, mente. Conjunto de procesos de la mente humana.

Sudoresis: Transpiración profunda

Trémula: adj. Que tiembla. (Cosa) cuyo movimiento semeja el temblor: luz trémula de las velas.

Vasoconstricción superficial: Vasoconstricción es el estrechamiento (constricción) de vasos sanguíneos por parte de pequeños músculos en sus paredes. Cuando los vasos sanguíneos se constriñen, la circulación de sangre se restringe o se torna lenta. Puede deberse a enfermedad, medicamentos o trastornos psicológicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### Libros

*Bases del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (PNPSVD).* (2014). Secretaria de Gobernación.

Bertalanffy, L. V. 1976. *Teoría general de los sistemas*, Fondo de Cultura Económica, México,

Bertalanffy L. V. 1989. *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica México.

Calfileo M. C, Barros C, C., D, G. M. (2012). El efecto del alcohol en la sinapsis química.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. 2009. *Encontrando una Nueva Vida:” Nace un gran proyecto”*.

Diccionario de la lengua española. (2017). Asociación de academias de la lengua española. Edición tricentenario.

Dra. L. Barragán T., Mtra. M. F., Mares, Psic. A. N. R., García, Psic. C. R., Mendoza. 2008. *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Dr. C. R., Ajenjo. (2009). Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encontrando una Nueva Vida: “Un nuevo enfoque para la reducción de la demanda de drogas”*.

Dr. C. G., Boeree. (2007) *El sistema nervioso emocional*. Departamento de psicología- universidad de Shippensburg

Enciclopedia Médica. Clínica DAM.2018

E. A., Egg & M. J. A., Idañez. 2005. *Como elaborar un proyecto*. Buenos Aires. LUMEN/HVMANITAS

F. M. G., Llaneza (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

García-Rosado, E. & -N. ((2005)). La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 219-232.

Guimarae, et. al. (2010). Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón de la Fuente; Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de las Mujeres. *Mujeres y Adicciones*.

G. Rocha M.A. *Sistemas de Información* (2014). Universidad de Cundinamarca.

J. F. Mora (1979), *Diccionario de filosofía*. Editorial Alianza. Madrid.

J. Peralta, (2011). *Alcohólicos Anónimos y su Literatura. La borrachera seca*. Grupo Resurrección, Liberación y Libertad.

M., Meléndez, M.A. L., Brambilia, M.A., A., Bustos, O.E, Gallegos, C., Camacho, S., R.E., México D.F. México: IAPA; 2013. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Estudio sobre consumo y abuso de alcohol en el Distrito Federal. Percepción de daños y regulación de alcohol, marihuana y otras drogas.

Morillas K., J.A (2015) .*La ansiedad como emoción básica. Estudio y difusión de la hipnosis y la salud en su dimensión natural*.

N. P., Pérez, (2013). *Aportación de la inteligencia emocional, personalidad e inteligencia general, al rendimiento académico de estudiantes de enseñanza superior*. Universidad de Alicante.

Palella y Martins.2003.*Metodología de la investigación cuantitativa*. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

P. T. Sánchez (2010). *Conceptos fundamentales para entender la Teoría Sistémica*.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora.

Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, y Health* Washington: American Psychological Association.

Unidades de Especialidad Médica- Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), Capulhuac. Programación 2017: Plan de Intervención Comunitaria, Programa de trabajo para el año 2017.

#### Revistas impresas

García-Rosado, E. &.-N. (2005). La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*.

#### Artículos de revistas electrónicas

Agencia de Alcohol and Drugs del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego (HHSa California).2015

[http://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/bhs/alcohol\\_drug\\_services](http://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/bhs/alcohol_drug_services)

Consejo Nacional contra las Adicciones (2008) Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables. Guía para el promotor de "Nueva Vida" Capitulo 1.México.Recuperado.[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva\\_vida/prevad\\_cap1.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf)

Dra. M. B. Astoviza, Dra. M. M. S., Suárez. 2003. El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22\\_1\\_03/ibi04103.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi04103.htm)

Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)  
[www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)

M. T., Feliu, 2014. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 (Anxiety disorders in DSM-5). En Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. <https://ansiedad-social.com/2016/09/11/los-trastornos-de-ansiedad-segun-dsm-5/>

Pardo, R. Di. Reseña de "El síndrome de la borrachera seca" de; José Antonio Elizondo López. Desacatos, núm. 29, enero-abril, 2009, pp. 173-178 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Distrito Federal, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13913244012>

Portal francófono dedicado a la salud y el bienestar. Doctissimo, filial de Lagardère Active.2016

Dr. A. Mandal. News Medical. ¿Qué es cardiomiopatía?. 2014

R. A., Duque (2005), Bogotá. Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. Periódicos electrónicos en psicología

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982005000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200003)

R.D. Moya. 2013. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. El Proyecto Factible: una modalidad de investigación.

<http://www.redalyc.org/html/410/41030203/>

Unidad central de ensayos clínicos y Centro privado español en investigación .Clínica Universidad de Navarra.2017

Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.

## Páginas web

APA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).  
Barcelona: Masson.<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas/>

CAT/Barcelona 2008. Recuperado de:

<http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/producen-todas-las-drogas-el-mismo-sindrome-de-abstinencia>

Características psicológicas del perfil alcohólico, Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, (2003), Lic. Psic. Fernando Díaz González.

<http://www.cscbiblioteca.com/assets/04.-caract.-psicologicas--online.pdf>

Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo. Laura Bárcena Díaz. 2014.  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

[https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/prepa4](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4)

Diccionario Mosby- Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 2003.  
<https://diccionarioactual.com/ansiedad>

Dra. Miriam Bolet Astoviza y Dra. María Matilde Socarrás Suárez (2010). El alcoholismo, consecuencias y prevención. [ciberdistrito10.blogspot.com/2010/04/el-alcoholismo-y-la-oms.html](http://ciberdistrito10.blogspot.com/2010/04/el-alcoholismo-y-la-oms.html)

Experiencia de libre albedrío en la conducta pro-social determinada por la alegría. Xavier Carbonell y Joaquim Coma. Escritos de Psicología, Universidad de Málaga. 2015 Recuperado de:

[http://www.esritosdepsicologia.es/esp/numanteriores/vol8num3/vol8num3\\_6.html](http://www.esritosdepsicologia.es/esp/numanteriores/vol8num3/vol8num3_6.html)

Glosario de salud. Medicina y salud.com. 2018



<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiapsiq.pdf>

<https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/.../EliceoFelipe.pdf>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tachycardia/.../syc-20355127>

<http://www.chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/infeccioacuten.aspx>

[www.ecured.cu/Cardiopatías](http://www.ecured.cu/Cardiopatías)

Historia de las Adicciones. M. Álvarez Villalta, citada por Lara (2014).

[www.academia.edu/8322775/HISTORIA\\_DE\\_LAS\\_ADICCIONES\\_Los](http://www.academia.edu/8322775/HISTORIA_DE_LAS_ADICCIONES_Los)

Instituto Mexicano contra las Adicciones (2014). Recuperado de:

[http://salud.edomex.gob.mx/imca/ca\\_preencion.html](http://salud.edomex.gob.mx/imca/ca_preencion.html)

Inteligencia Emocional, Marco Teorico e Investigación, Marta Maria Tejjido Perez (2010). Obtenido de:

<http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Tejjido%20%20%20inteligencia%20emocional.pdf>

John B. Saunders y Aleksandar Janca. RET, Revista de Toxicomanías. N°. 36. (2003).

Recuperado de: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET36\\_2.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET36_2.pdf)

Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2008. Actualizado: 2012.

Definición de ansiedad (<https://definicion.de/ansiedad/>)

Definición de: Definición de inteligencia (<https://definicion.de/inteligencia/>)

“Las familias alcohólicas, ¿Hay un alcohólico en casa?”. La personalidad alcohólica Dr. Ernesto Lammoglia, 2012., recuperado de

<http://lammoglia.mx/contenidos/articulo.la-personalidad-alcoholica>

Más allá de mente y conducta. José Del Grosso. Universidad de los Andes, consejo de publicaciones, 2008. <https://es.scribd.com/document/48980821/MAS-ALLA-DE-MENTE-Y-CONDUCTA-Jose-Del-Grosso-doc>

Psicometría; cuadro comparativo. Universidad Latinoamericana. Teresa Garza Alcaraz.2016 recuperado de:

[www.academia.edu/22962043/PSICOMETRÍA\\_CUADRO\\_COMPARATIVO\\_CUESTIONARIOS\\_ESCALAS\\_E\\_INVENTARIOS](http://www.academia.edu/22962043/PSICOMETRÍA_CUADRO_COMPARATIVO_CUESTIONARIOS_ESCALAS_E_INVENTARIOS)

“Pruebas psicológicas” Primera edición en español. Pearson Educación. México. 2012. Ulises Tomas (2015) “14 definiciones de Inteligencia”. Recuperado de:

<http://elpsicoasesor.com/14-definiciones-de-inteligencia/>

Publmetro. Alcoholismo: Problema creciente en México. Ana Cecilia Arce (2017). Recuperado.<https://www.publmetro.com.mx/mx/destacado/v/2017/01/17/alcoholismo-problema-creciente-mexico.html>

Purificación Salmerón Vílchez. Universidad de Granada (2001).New York City, recuperado de:

<http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:EducacionXXI-8D864B95-A1E2-D86D-DEA9-190C12443A28/Documento.pdf>

¿Qué efectos reales tiene el alcohol sobre nuestro cerebro? Roberto Méndez .2002 [omicron.elespanol.com/2012/10/que-efectos-reales-tiene-el-alcohol-sobre-nuestro-cerebro/](http://omicron.elespanol.com/2012/10/que-efectos-reales-tiene-el-alcohol-sobre-nuestro-cerebro/)

S. Pérez-Riala, S. Ortíza, J. Manzanares.2003Trastornos Adictivos. Neurobiología de la dependencia alcohólica.. <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-neurobiologia-dependencia-alcoholica-13045021>

Test de Rorschach. Medición y evaluación.2016. Recuperado de:  
[https://comunidadvirtual.uexternado.edu.co/wpcontent/uploads/2016/07/21\\_rorschach.pdf](https://comunidadvirtual.uexternado.edu.co/wpcontent/uploads/2016/07/21_rorschach.pdf)

TIPOS DE INTELIGENCIA. Juan Manuel Vargas Medina. 2004.

<http://www.ingenieria.unam.mx/~guiaindustrial/entorno/info/6/1.htm>

[www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

[www.cscbiblioteca.com/assets/04.-caract.-psicologicas--online.pdf](http://www.cscbiblioteca.com/assets/04.-caract.-psicologicas--online.pdf)