

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS
DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN”

CELIA MARÍA SANTIAGO GARCÍA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS
DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN”

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

POR

CELIA MARÍA SANTIAGO GARCÍA

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, surrounded by various heraldic symbols like castles, lions, and columns. The Latin motto "CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM INTER" is inscribed around the border.

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

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 12-2006

DIR. 1839-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

25 de septiembre de 2012

Estudiante

Celia María Santiago García

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL DOCE (1828-2012), que literalmente dice:

"UN MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN,"** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Celia María Santiago García

CARNÉ No. 95-15301

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Linda Siomara Sandoval y revisado por Licenciada Elena María Soto Solares. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Igaby



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC
RECIBIDO
18 SEP 2012
HORA 14:00 Registro: 12-06

CIEPs 1495-2012
REG: 012-2006
REG: 058-2006

INFORME FINAL

Guatemala, 18 septiembre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN.”

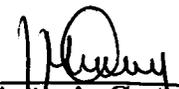
ESTUDIANTE:
Celia María Santiago García

CARNÉ No.
95-15301

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 12 de septiembre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 17 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio García Enriquez
COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uanepsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1496-2012
REG: 012-2006
REG: 058-2006

Guatemala, 18 de septiembre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

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

**"APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES
ALCOHÓLICOS DEPRESIVOS EN PROCESO DE
REHABILITACIÓN."**

ESTUDIANTE:
Celia María Santiago García

CARNÉ No.
95-15301

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Elena María Soto Solares
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 29 de Agosto de 2012

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología --CIEPs--"Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimado Licenciado García:

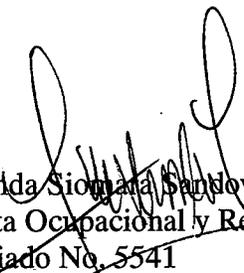
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "Aplicación de psicoterapia grupal en pacientes alcohólicos depresivos en proceso de rehabilitación" realizado por la estudiante CELIA MARÍA SANTIAGO GARCÍA, CARNÉ 95-15301.

El trabajo fue realizado a partir del (17 DE FEBRERO DEL 2006) HASTA EL (29 DE AGOSTO DEL 2012).

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

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Licenciada Linda Siomara Sandoval
Psicóloga y Terapista Ocupacional y Recreativa
Colegiado No. 5541
Asesor de contenido


Lic. Linda Siomara Sandoval S.
PSICOLOGA
Colegiado No. 5541



G S A GUATEMALA, GRUPO ZONA 6

Guatemala, 29 de Agosto de 2012

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Celia María Santiago García, carné 95-15301 realizó en esta institución un estudio de observación, y pruebas a 20 pacientes como parte del trabajo de investigación titulado "APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN "en el periodo comprendido del 28 de junio al 29 de agosto del presente año en horario de 20:00 a 22:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Samuel Oswaldo Díaz Castellanos

Líder de Grupo

Teléfono 42651906



PADRINOS DE GRADUACIÓN

ELSA DUBÓN GARCÍA

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 10036

LINDA SIOMARA SANDOVAL SÁNCHEZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 5541

DEDICATORIA

- A Dios: Por iluminarme y ser mi guía en todo momento.
- A mis Hijas: Melanie Mariana y Jimena María que fueron mi inspiración.
- A mi Esposo: Fredy, por todo su amor, comprensión y apoyo.
- A mi padre: Jordan Santiago (Q.E.P.D.) por su apoyo y ser mi ángel guardián.
- A mi Madre: Reyna García, por su amor, comprensión y paciencia.
- A mis Hermanos: Gilda y José, por todo su cariño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A: La Universidad de San Carlos de Guatemala

A: La Escuela de Ciencias Psicológicas

A: La Licenciada Elena Soto, por todo su tiempo y experiencia, lo cual permitió culminar el presente trabajo.

A: La Licenciada Siomara Sandoval, por la ayuda para la realización de este trabajo.

A: El grupo de Psicoterapia de la línea del doctor Ayala, y a su encargado el señor Samuel Díaz, quién brindó la información y la autorización para realizar el trabajo de campo de esta investigación.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
RESUMEN	1
PRÓLOGO	2
CAPÍTULO I	
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	3
1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2. MARCO TEÓRICO	5
LA PSICOTERAPIA DE GRUPO CIENTIFICA	8
SEGÚN LOS SIGNOS OBTENIDOS POR LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE	16
DENTRO DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS	18
CONSUMO SOCIAL Y ANORMAL DEL ALCOHOL	22
MODALIDADES DE CONDUCTA ENTRE EL ALCOHOL	22
HIPÓTESIS	41
CAPÍTULO II	
2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	43
CAPÍTULO III	
3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	46
3.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y LA POBLACIÓN	46
3.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR	46
3.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	46
CAPÍTULO IV	
4.1 CONCLUSIONES	55
4.2 RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXO	61

RESUMEN

“APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES ALCOHÓLICOS DEPRESIVOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN”.

AUTORA: CELIA MARÍA SANTIAGO GARCÍA

El proyecto de investigación tiene como propósito determinar el impacto de aplicar la Psicoterapia de Grupo en pacientes alcohólicos depresivos en proceso de recuperación. El estudio se realizó en el Centro de Rehabilitación llamado Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala, situado en la zona 6 de la ciudad capital, unidad de Alcohólicos Anónimos, se aplicaron a una muestra de 20 personas, 15 varones y 5 mujeres, comprendidos entre las edades de 25 a 55 años que asisten a este programa y presentan síntomas depresivos, empleando Charlas Motivacionales, Testimonios, Terapias de Grupo y Charlas de Autoestima. Se evaluó a los pacientes al inicio y al final de la aplicación del programa utilizando el test de inventario de depresión de Beck, con la finalidad de concluir, observar y demostrar la mejoría en el tratamiento de la depresión en los pacientes. El estudio se realizó en un periodo del año 2012; se pretende demostrar la efectividad del programa para que las instituciones y grupos que se dedican al tratamiento de estos pacientes tengan una base y una guía en el proceso que llevan con sus pacientes.

El programa pretendió implementar un proceso de aplicación de psicoterapias y terapias de grupo, acordes al resultado del análisis del estado depresivo del paciente alcohólico. Para lo cual se determinó el estado depresivo de los pacientes a través del Test Inventario de Depresión de Beck antes del estudio. Se evaluó el avance y la recuperación del paciente en el transcurso del trabajo grupal de campo. Y se aplicó el proceso psicoterapéutico para ayudar al paciente a superar el estado depresivo, que produce el consumo de alcohol.

PRÓLOGO

El paciente alcohólico, generalmente padece de una depresión severa, esto contribuye al deterioro de su autoestima, y aislamiento de la sociedad. El tratamiento del paciente en organizaciones tradicionales como Alcohólicos Anónimos han logrado resultados positivos. Sin embargo no se considera la parte psicológica y en especial el grado de depresión en las personas participantes. Esto conlleva a la lenta recuperación y retiro del programa a muchos principiantes.

La determinación del grado de depresión del paciente alcohólico, ayudó a implementar psicoterapias y terapias de grupo que mejoraron la percepción de sí mismos, a resolver la depresión que generó su problema alcohólico; y a sentirse útiles y con esperanza de ser personas normales dentro de la sociedad.

El estudio realizado en una población de 20 pacientes del Grupo de Psicoterapia de la línea del doctor Ayala de la zona 6 de la ciudad de Guatemala, permitió establecer que el tratamiento de la depresión es vital en el proceso de recuperación de pacientes con problemas de alcoholismo.

El proceso de implementación del programa fue acompañado con observación sistemática para identificar los aspectos que mejoraban y los que necesitaban refuerzo.

Se determinó al final del programa que los pacientes mejoraron su nivel de depresión y se percibió un cambio en su estado de ánimo y el deseo de participación en el programa creció.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dicho estudio se realizará en el Centro de Rehabilitación llamado Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala, situado en la zona 6 de la ciudad capital, unidad de Alcohólicos Anónimos.

La investigación pretende comprobar el desempeño de los pacientes que se encuentran en un período de rehabilitación alcohólica y que presentan síntomas depresivos, contemplando la necesidad de crear y desarrollar un programa, que permita mejorar su calidad de vida y autoestima. El paciente alcohólico pierde el apoyo familiar y social, así como sus capacidades mentales de armonía y concentración; su responsabilidad laboral, conlleva afectar su situación económica, familiar y social; esto permite el estallido de violencia intrafamiliar ocasionando daños físicos y psicológicos a los que conviven en su ambiente.

Se tomó como objeto de estudio al conjunto de personas que asiste al Centro de Rehabilitación de la Línea del Doctor Ayala, debido a que éste necesita el apoyo psicoterapéutico que les permita confrontar la realidad de la bebida alcohólica; se pretende medir el efecto psicoterapéutico grupal en el límite de fortalecer la autoestima del paciente, ya que la bebida lo desvaloriza, haciéndolo sentir una persona inválida en el medio en el que se desenvuelve, ocasionando probablemente un vacío en las áreas de su vida, por lo que se pretende, después de aplicar psicoterapia grupal, minimizar su depresión, incorporarlo a su medio laboral, social y familiar y que en ningún momento deje el programa que le ayudará a continuar fortaleciendo sus habilidades.

El paciente alcohólico tiende a deprimirse por el consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas. En primer lugar, el abatimiento del humor puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que los hábitos de beber le imponen al alcohólico. En segundo lugar, la depresión puede tener su origen en trastornos neuroquímicos, aún no bien comprendidos, que tienen lugar como consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol. Así mismo el paciente alcohólico se deprime por el ambiente que genera él mismo en el entorno que se desenvuelve.

Estas personas deprimidas por el alcohol viven llenos de tensiones, ansiedad y mal humor, mientras que las personas que no son alcohólicas viven emocionalmente más estables. La depresión si es una consecuencia del alcoholismo, debido a que el ambiente en que se desenvuelve lo conduce a tal estado.

El alcohol suele reducir la tensión cuando se toma en cantidades pequeñas. No obstante, cuando se consume alcohol en grandes cantidades durante largo tiempo, casi siempre aumenta la tensión y la depresión. En cantidades pequeñas, el alcohol actúa como estimulante, pero en dosis grandes actúa como depresivo.

1.1.2. MARCO TEÓRICO

La terapia es una experiencia emocional y correctiva, debe sentir algo vigorosamente, pero también debe por medio de nuestra facultad de razonar, comprender las implicaciones de esa experiencia emocional.

Esta formulación tiene una relevancia directa con el concepto de aquí y el ahora, un concepto clave de la terapia de grupo.

Las líneas naturales de fragmentación según Moreno Jacobo Levy; divide los factores curativos en once:

1. Infundir esperanza: El infundir y mantener la esperanza es crucial en toda psicoterapia. La esperanza no solo se requiere para mantener al paciente en la terapia o para que puedan tener efecto otros factores terapéuticos, sino que la fe en un modo de tratamiento puede por sí misma ser efectiva terapéuticamente.
2. La universidad: Aprender de las experiencias y sentimientos propios y de los demás, proporcionar la oportunidad de confiar en uno mismo y en los otros para así ser valorado por nosotros mismos y por los demás. Esto hace que nos demos cuenta de que no somos tan diferentes a los demás como nos creíamos.
3. Ofrecer información: Hace referencia a la Instrucción didáctica sobre la salud mental. Por ejemplo, explicar la estructura de la personalidad, el marco teórico que utilizamos, etc., bien mediante material por escrito y/o explicación verbal. Con esto se amplía la información que la persona dispone sobre lo que le pasa y lo que puede hacer para estar mejor.

4. El altruismo: Los participantes o miembros de una terapia de grupo ofrecen y reciben (no solo del terapeuta, sino también entre ellos mismos) apoyo, consuelo, sugerencias, comprensión, comparten problemas similares con los demás. ("el mejor modo de ayudar a alguien es permitirle que te ayude a ti").

5. La recapitulación correctiva del grupo familiar primario: el grupo terapéutico reproduce el núcleo familiar primario y las relaciones que se dan dentro de él: hay figuras parentales de autoridad, hermanos o iguales, profundas relaciones personales, así como hostilidad y sentimientos de competencia. De hecho los grupos terapéuticos a menudo son dirigidos por un hombre y una mujer para simular la configuración parental tanto como sea posible. Más tarde o más temprano los miembros interactúan, ya sea con los conductores del grupo o con otros miembros, de modos que recuerdan la manera en la que una vez interactuaban con sus padres y hermanos. Esto permite que salga a la luz aquellas necesidades que en nuestra infancia no fueron satisfechas y que vuelven en el presente una y otra vez para su convulsiva satisfacción. El grupo facilita que los conflictos familiares inconclusos sean revividos correctamente. Comprender y solucionar los "problemas y conflictos" con los terapeutas y otros miembros del grupo implica cerrar un asunto inacabado desde hace mucho tiempo.

6. El desarrollo de los técnicos de socialización: Con el tiempo suficiente, los miembros del grupo empezarán a ser ellos mismos: actuarán con los miembros del grupo igual que interactúan con otros en su esfera social, los pacientes empezarán automática e inevitablemente a exhibir en el grupo terapéutico su conducta interpersonal inadaptada. Este concepto es muy importante en la terapia de grupo y constituye la clave sobre la que descansa la aproximación a esta terapia. El desarrollo de la habilidad para identificar y plantear cómo aprovechar terapéuticamente el

comportamiento interpersonal inadaptado, visto en el microcosmos social de un grupo pequeño, es una de los principales objetivos.

7. La conducta de imitación: En los grupos los pacientes se pueden modelar a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, así como del propio terapeuta. Es frecuente para un paciente el beneficiarse de la observación de la terapia de otro paciente con una constelación problemática similar.

8. El aprendizaje interpersonal: Los seres humanos han vivido siempre en grupos que se han caracterizado por las relaciones intensas y persistentes entre sus miembros. La conducta interpersonal ha sido claramente adaptativa en un sentido evolutivo: sin unos vínculos interpersonales recíprocos, profundos y positivos no habría sido posible la supervivencia del individuo ni de la especie. La personalidad es casi por completo el producto de la interacción con los demás seres humanos significativos. La necesidad de estar estrechamente relacionados con los otros es tan básica como otra necesidad biológica e imprescindible para la supervivencia. En consecuencia el tratamiento se debería dirigir hacia la corrección de las distorsiones interpersonales, capacitando así al individuo para dirigir una vida más plena, para colaborar con los demás, para obtener satisfacciones interpersonales en el contexto de unas relaciones realistas y mutuamente satisfactorias: "Uno logra salud mental en la medida en que se hace consciente de las propias relaciones interpersonales".

9. La cohesión de grupo: La condición sine qua non para un resultado efectivo de la terapia es una adecuada relación terapéutica, caracterizada por la confianza, la cordialidad, la comprensión empática y la aceptación. Se refiere a la condición de que los miembros experimenten cordialidad y consuelo en el grupo, que sientan que pertenecen a él, que son valorados, aceptados y apoyados incondicionalmente por los otros miembros. La cohesión es necesaria para que operen los otros factores terapéuticos. Es

el compartir el propio mundo interior emotivamente y después la aceptación por los otros, lo que parece de suprema importancia (pertenencia y aceptación). La calidad de miembro del grupo, la aceptación y la aprobación son de suma importancia en la secuencia del desarrollo mental del individuo.

10. La catarsis: La expresión intensa de la emoción alienta el desarrollo de la cohesión: los miembros que expresan fuertes sentimientos desarrollan íntimos vínculos entre sí. La expresión abierta de afecto es vital para el proceso terapéutico del grupo; en su ausencia, un grupo degeneraría en un ejercicio académico estéril. Aun así, es tan solo parte del proceso y debe ser complementada por otros factores.

11. Los factores existenciales: tales como responsabilizarnos de nuestro comportamiento, acciones y decisiones; Afrontar las cuestiones básicas de la vida y la muerte; Vivir más honestamente; Afrontar nuestra soledad para que desde allí podamos "estar y ser con" otros.

La psicoterapia de grupo científica

Se inicia en el año de 1931, cuando Moreno, Jacobo Levy; le dio nombre para diferenciarla de un análisis psicológico y sociológico. La psicoterapia de grupo surgió como una protesta ante la psicoterapia individual predominante de esa época.

La psicoterapia de grupo utiliza los pacientes en el marco de un grupo, un marco espacial particularmente estructurado con fines terapéuticos, el lugar de acción psicodramática, el terapeuta.

“La ciencia de los grupos terapéuticos es la sociometría, es decir que el estudio sociométrico es el fundamento de una ciencia diagnóstica de los grupos normales y patológicos”.¹

Sus principales descubrimientos fueron que cada grupo tiene una estructura propia de diversa cohesión; nunca hay dos grupos iguales.

Todo grupo tiene una base oficial y sociométrica, la estructura consciente e inconsciente del grupo.

Los grupos cerrados son aquellos que iniciando el proceso de tratamiento, no aceptan el ingreso de nuevos miembros y se reúnen generalmente por un número determinado de sesiones.

Los grupos abiertos son los que mantienen un tamaño consistente; reemplazan a los miembros que van dejando el grupo. También pueden tener un tiempo predeterminado, de actitud aunque por lo general son grupos que pueden continuar indefinidamente.

Hay líderes populares, poderosos y aislados y correlativamente hay grupos centrados en el líder, otros centrados en el grupo mismo y grupos sin líder.

Todo grupo tiene una determinada cohesión: La tarea del psicoterapeuta consiste en conducir al grupo enfermo, de un nivel inferior de cohesión a otro superior.

La valoración terapéutica del proceso sociométrico se ha visto confirmada en la psiquiatría, en la educación, en la industria y especialmente en el ejército norteamericano.

¹ Moreno, J.L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Primera reimpression. México Fondo de cultura económica. 26 p.

La verdadera psicoterapia de grupo consiste en sesiones en que participan dos o más personas para resolver problemas comunes. Se pretende presentar en grupos naturales como familia, donde las personas se conocen mutuamente o bien la de grupos sintéticos grupos de pacientes, extraños unos a otros.

En los grupos sintéticos la sociometría ayudará a seleccionar los pacientes para configurar grupos constantes.

El grupo necesita de un andamiaje abstracto y de un espacio concreto en el que se desarrolle libremente las interacciones de los pacientes; éstos deberán sentarse conjuntamente con el terapeuta en círculo sobre sillas o en el suelo. En esta psicoterapia los pacientes pueden ser coterapeutas o agentes terapéuticos por medio de la interacción, la cual es llamada principio de la interacción terapéutica.

El principio de la espontaneidad, permite la libre participación de todos los miembros del grupo, la cual se debe dar por razones terapéuticas y por motivos de diagnóstico.

En el grupo hay un carácter directo e inmediato de interacción dentro de la realidad: Las situaciones reales del paciente y las de los otros individuos. La igualdad de status de todos los miembros del grupo es exigencia absolutamente necesaria. El grupo tiene su propia estructura social. La transferencia del psicoanálisis es el segundo encuentro entre miembros del grupo, el "tele" real dinámico. El tele es la relación elemental de un individuo con otros individuos y objetos. Es conocer la situación real de otras personas.

El terapeuta de grupo debe tener una actitud abierta y resistir todas las agresiones de los integrantes del grupo, es el centro del grupo y debe desarrollar la personalidad del grupo.

La Psicoterapia de grupo es un método para tratar conscientemente el marco de una ciencia empírica, las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo.

La psicoterapia de grupo es una metodología clínica desarrollada conscientemente y

Sistemáticamente, que emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo y consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; sus dolencias somáticas sólo se ocupan en la medida que son psicógenas.

Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practica en un marco empírico.

Todo individuo que pertenece a un grupo es agente terapéutico con respecto a otro individuo, y todo grupo con respecto a otro grupo. La psicoterapia de grupo reúne a los miembros del grupo en torno a las motivaciones e inclinaciones de los mismos.

La psicoterapia de grupo no trata al individuo aislado que se ha convertido en foco de atención, sino a todos los demás integrantes del grupo que están en relación con él.

Al paciente debe vérselo dentro de la sociedad humana total; la terapia de grupo se da cuando los efectos terapéuticos son secundarios y se puede dar en cualquier medio social. La psicoterapia de grupo por el contrario, se da sólo cuando el objetivo único sea la salud psicoterapéutica del grupo y de sus miembros. Debe ser científica determinando el análisis, diagnóstico y pronóstico.

Dentro de la dinámica de la psicoterapia de grupo, la palabra encuentro es clave, abarca sectores vitales del ser humano, lo que significa comunicación mutua, el ver, sentir, el tocarse, el estar el uno con el otro, los gestos, los abrazos y los besos. Sin embargo el encuentro puede ser negativo, hostil. El

encuentro entre dos o más personas es experimentar unas a otras en la totalidad de su ser, no está limitado al contacto. Los participantes están allí por propia voluntad. El encuentro no está preparado, se da en el instante, en el aquí y ahora, es tele. La psicoterapia de grupo se pone en práctica en situaciones reales, en un proceso curativo promovido por las fuerzas inminentes al grupo mismo. Ofrece también ventajas económicas porque se trata a varios individuos en forma simultánea.

La psicoterapia de grupo utiliza el método interactivo, el cual es el método más antiguo de la misma y el fundamento de todos ellos. Se caracteriza por la ayuda terapéutica recíproca de todos sus miembros es la interrelación.

El objetivo de la psicoterapia de grupo es promover la integración del grupo y funciona como una familia en miniatura, como una sociedad en miniatura.

Parte importante de la Psicoterapia de grupo constituye el discutir, por medio del cual se tratan males físicos y psíquicos en forma casi de humor y de la risa. El público también hace discute a través de la impresión que le causa la representación.

El método interactivo es el fundamento de todos los métodos de la psicoterapia de grupo, siendo su característica principal la ayuda recíproca, terapéutica, de todos los miembros; esta interacción libre y espontánea se va dar: entre los pacientes, pacientes y el terapeuta y entre los terapeutas.

Los auxiliares terapéuticos del grupo son: el terapeuta principal, el terapeuta auxiliar profesional o yo auxiliar y el paciente mismo como terapeuta auxiliar.

De acuerdo a la interrelación que existe entre los auxiliares terapéuticos, en la psicoterapia de grupo se da: la catarsis de grupo se da a través de la integración y de la interrelación benéfica entre miembros del mismo del grupo. En oposición a ella se encuentra la catarsis individual obtenida mediante la abreacción lograda por un individuo por sí mismo y separado de los demás, la

catarsis de acción que se da como resultado de las acciones espontáneas de uno o varios miembros del grupo. Ocurre en todos los tipos de psicoterapia de grupo, aun en el de discusión, permanece sin estructura al nivel de la abreacción, pero se estructura y alcanza un valor integrativo en el curso de la representación psicodramática.

No existe un número exacto para componer un grupo, sin embargo, se recomienda un mínimo de siete miembros, con un mínimo de cinco y máximo de diez miembros. Lo importante para la determinación del grupo es la capacidad emocional que un individuo puede alcanzar con la terapia.

Es decir, que pueden introducirse nuevos miembros de acuerdo a la capacidad del grupo de absolverles, sin que disminuya por esto la productividad terapéutica del mismo, siempre y cuando el grupo haya sido declarado abierto.

El terapeuta tiene una función muy especial dentro del grupo que consiste en tener experiencia con grupos y tener una sensibilidad para establecer el tele especialmente elevada; el terapeuta debe crear y estructurar el grupo, así como activar e iluminar el aquí y ahora.

Al activar el aquí y ahora, el terapeuta guía al grupo hacia sí mismo y enfoca sus energías en relación interpersonal, tarea que más adelante va a ser compartida por los miembros del grupo con el terapeuta. El pasado del sujeto sólo se utilizará en función del presente para comprender los patrones repetitivos que surgen en las interacciones. El terapeuta es quien debe iluminar el proceso, el cual se refiere al contenido de la comunicación con respecto a las secuencias o patrones cíclicos del grupo; es el historiador de quien se le permite usar la temporalidad para conectar las metas de los pacientes con los hechos que ocurren dentro del grupo.

Al iluminar el proceso, el terapeuta guía al grupo a la experiencia del aquí y ahora, y le ayuda a comprender el proceso de lo que ha ocurrido, pero es el terapeuta el encargado de reconocer el proceso; observa el proceso subyacente al contenido de la discusión, debe escuchar el comentario del paciente y comprender lo que quiso dar a entender.

El terapeuta también es miembro del grupo, pudiendo por lo tanto en ocasiones, discutirse sus problemas personales, por lo que por desempeñar dos papeles se vuelve la persona más vulnerable del grupo.

Algunos pacientes ingresan al grupo con la expectativa de que el terapeuta sea su héroe-salvador; pero el terapeuta sólo es un hombre y no debe olvidarse de su humanidad.

La psicoterapia de grupo se caracteriza porque sus miembros actúan espontáneamente, tratan de conocerse más íntimamente y tienden al contacto físico, lo cual se evidencia en su comportamiento motor; sentarse uno al lado del otro, levantarse y caminar hacia otros miembros en el ámbito de la psicoterapia; las instituciones a menudo continúan fuera de las sesiones terapéuticas. Esta necesidad de interactuar se encuadra dentro del procedimiento terapéutico llamado psicodrama.

Los fundamentos de la psicoterapia de grupo son la interrelación espontánea entre los miembros del grupo, apoyada por el terapeuta; el principio de la acción, al vincular el psicodrama con la psicoterapia del grupo; el actuar terapéutico es un medio controlado contra el actuar irracional de la vida misma.

La psicoterapia de grupo ha evolucionado de individuo al grupo, es decir que se convierte en el nuevo sujeto de la terapia. Así mismo, ha evolucionado, cuando el grupo se fragmenta en pequeños terapeutas individuales y el terapeuta jefe se convierte en una parte del grupo.

La psicoterapia de grupo se compone de el sujeto los participantes individuales del grupo o el grupo como un todo.

Los agentes, son las fuerzas actuantes que constituyen el fundamento de la terapia, por ejemplo, la creatividad, la espontaneidad, el tele, las figuras autoritarias, etc.

“El médium; constituye los medios a través de los cuales influyen los agentes sobre los sujetos de la terapia; las lecciones, discursos, testimonios, talleres, danza, música, filmes, etc.”²

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo pueden ser útiles para los pacientes deprimidos.

La depresión constituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas, físicas o psíquicas; quien ha experimentado en sí mismo a lo largo del tiempo; de un día al otro, de una hora a otra en el mismo día, es una particular sucesión de estados de ánimo llamada tono de humor, a veces se siente triste, de mal humor o pesimista sin razón aparente, en tanto que otras veces, se puede sentir particularmente eufórico u optimista, también sin razón aparente en algunas circunstancias patológicas; estas oscilaciones del tono del humor pueden alcanzar, una intensidad y una duración tales que influye gravemente en el comportamiento y perturbar, toda la personalidad del paciente, hasta el punto de hacer surgir, en los casos más graves, un verdadero riesgo de suicidio a este propósito, hay que recordar cómo la gran mayoría de los suicidios que ocurren todos los días se deben a la presencia de un estado depresivo, y cómo probablemente, con una más atenta observación del comportamiento de estos sujetos y con una oportuna intervención terapéutica, se hubiera evitado a la luz de esta consideración, las manifestaciones observables de la depresión; mucho más frecuente de lo que puede parecer, numerosos pacientes internados en hospitales generales por presuntas afecciones somáticas, padecen en

² Moreno J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama Et. Al. Op. Cit. 86 p.

realidad de síntomas depresivos, y cada vez que se encuentran en un estado depresivo hay que tener presente la posibilidad de suicidio.

Los síntomas de la depresión pueden encuadrarse en tres grupos:

- a. Signos obtenidos por la observación del paciente
- b. Sensaciones referidas por el paciente
- c. Síntomas somáticas

Según los signos obtenidos por la observación del paciente:

El aspecto general del deprimido es casi siempre tan característico que permite hacer un diagnóstico desde la primera mirada. El rostro es tenso, pobre en movimientos mímicos se muestra bloqueado en una expresión de dolor y de tristeza, las cejas están contraídas, los ojos pocos móviles y lúcidos; en los casos más graves, el paciente puede llorar silenciosamente, pero siempre con extrema pobreza de movimientos mímicos, bloqueado. Además puede mostrar un descuido más o menos acentuado en el vestido, en cuidado de la propia persona, por ejemplo, barba no rasurada si se trata de un hombre, rostro no maquillado y cabellos no arreglados si se trata de una mujer.

La lentitud motora del deprimido es muy evidente: Los movimientos son lentos, ocurren con obvio esfuerzo parte del paciente, como si a cada músculo se le hubiera arreglado un peso; hay notable retraso para responder a las preguntas; las respuestas surgen con palabras aisladas o directamente con monosílabos. En los casos graves, el paciente puede permanecer sin más, casi inmóvil durante todo el día, sin reaccionar a los estímulos.

El tono de la voz es generalmente bajo con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente, con fatiga y habitualmente muy pocas tanto que hacen necesario formular numerosas preguntas por parte del examinador para obtener un mínimo de información sobre el paciente.

La relación comunicativa con el examinador suele ser notablemente difícil: El paciente logra ponerse en relación con quienes los rodean sólo al precio de gran dificultad y de un notable esfuerzo; en los casos más graves se muestra alejado de cuanto le rodea y concentrado en su propia desesperación y su dolor. La impresión más común es la pasividad y la indiferencia, aunque en los casos más leves el paciente logra encontrar energía para superar tal actitud y comunicarse con el examinador.

La atención y la capacidad de concentración se encuentran notablemente comprometidas: El paciente no muestra capacidad para mantener la atención concentrada durante un tiempo sobre un tema determinado: Con facilidad se distrae y recae en los mismos pensamientos angustiosos de los que puede ser distraído solamente renovando la estimulación exterior.

El comportamiento en grupo está caracterizado por una noble pasividad: El paciente no practica del todo o participa pasivamente en las actividades del grupo. Se muestra claramente fastidiado por encontrarse rodeado por otras personas, prefiere estar solo, se aísla, habla poco o nada; si es estimulado, puede reaccionar cerrándose más en sí mismo.

Las sensaciones referidas por el paciente se basan en que los sentimientos de insuficiencia y tristeza son prácticamente constantes en todo estado depresivo: El paciente se siente incapaz de terminar tareas relativamente sencillas en las que antes se desempeñaba de manera adecuada. También sus capacidades para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana están reducidas, cada cosa, cada situación, representa para el paciente un peso difícilmente superable. Apenas inicia una tarea, se descorazona con facilidad; una piedra se convierte en montaña, una frustración en un drama. Se siente apático, vacío, débil, fatigado, ineficiente, incapaz de iniciar y hacer cualquier cosa.

La evaluación angustiosa del propio pasado aparece frecuentemente en las sensaciones referidas por el paciente. La vida pasada es vista sólo a la luz de sus verdaderos o presuntos aspectos negativos, insignificancias particulares de ésta son amplificadas y dramatizadas de manera pesimista y constituyen el tema sobre el cual se polarizan los pensamientos obsesivos del paciente.

El propio pasado es visto de manera angustiante y culpabilizada, la vivencia de la situación presente es pesimista y peyorativa, el paciente tiende a devaluar y a mirar bajo una luz peyorativa la situación actual, las pequeñas dificultades son vistas como insuperables, su condición actual es vista trágicamente y sin posibilidad de salida.

La pérdida de los intereses es otro dato constante; el paciente refiere sentirse vacío, muerto internamente, sin capacidad de interesarse en algo. Las cosas y la actividad que inicialmente constituían motivos de estímulo aparecen ahora insignificantes y privadas del sentido. El trabajo, las amistades y las preocupaciones actuales se tornan vacías y frías.

DENTRO DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS el trastorno más constante es el insomnio, en los casos más graves, es total; en otros se manifiesta con dificultad en el adormecimiento o con despertar o con sueño interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustioso terrorífico. No obstante hay que tener en cuenta que en ciertas formas de depresión y en un limitado número de casos el paciente puede tener un comportamiento opuesto, durmiendo más de lo normal incluso durante el día. También es frecuente la reducción del apetito.

Son muy frecuentes los trastornos de la esfera sexual; en la mujer son evidentes las irregularidades del ciclo menstrual (dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea) y la disminución del impulso sexual o frigidez; en el hombre, esta última característica se manifiesta a través de los síntomas de impotencia. A este propósito se debe tener presente que en un alto porcentaje de casos, la

aparición de impotencia en un hombre que anteriormente tenía una actividad sexual normal, indica la presencia de un estado depresivo inicial.

La sintomatología de la depresión es extraordinariamente variada. Las manifestaciones que hemos descritos solo representan los fenómenos psicológicos más frecuentes. Unas veces están unos en primer plano y están ausentes los otros. Los psicólogos ante este polimorfismo psicopatológico, intentaron, como en otras enfermedades, delimitar los síntomas fundamentales de la depresión.

Estos síntomas fundamentales, de los que derivarían los demás serían: La tristeza, la inhibición psicomotriz y las ideas delirantes. En un principio se pensó que estos tres síntomas básicos funcionarían con cierta independencia, de modo que se podía presentar uno de ellos, dos o los tres. Las ideas delirantes son todas de perjuicio, de ruina y de culpabilidad que tiene el depresivo.

Se pudo comprobar que esta división en tres síntomas fundamentales era a todas luces artificial. Entonces se intentó delimitar cuál era el síntoma fundamental de la depresión, respecto del cual todos los demás serían derivados. Este síntoma tenía que ser indudablemente la tristeza. Pero no se trataba de la misma tristeza que puede vivir el hombre normal, que es motivada por un acontecimiento negativo. La tristeza del depresivo, en general es una tristeza sin causa.

A veces el paciente nos narra una serie de acontecimientos negativos que justifican por sí mismos su profunda tristeza. En este caso no podemos pensar que se trate de una depresión endógena como quieren muchos psiquiatras. Se trata de una auténtica depresión reactiva.

La capacidad que tiene una persona de responder depresivamente a los acontecimientos negativos depende, indudablemente, de su experiencia

personal previa; cualquier ser humano en circunstancias extremas puede responder con una depresión.

“Por otro lado la investigación psicoanalítica llega a la conclusión que la depresión considera endógena, lo mismo que el duelo normal, es la tristeza por pérdida del objeto amado; en el duelo normal se conoce el objeto amoroso perdido, en la depresión se desconoce, porque es un objeto amoroso infantil e inconsciente. Freud, en su trabajo la aflicción y la melancolía, dice que la depresión no es otra cosa que el duelo por la pérdida de un objeto libidinoso y tiene una finalidad reparatoria. Cuando alguien pierde un objeto amoroso tiene que verse obligado a destruir toda la representación interna de este objeto para poder desplazar la libido a un objeto nuevo”.³

Las personas alcohólicas presentan rasgos de depresión, ya que muchos de ellos han perdido el apoyo familiar, económico, laboral y social, todo esto los lleva a que se sientan desvalorizados, con una baja autoestima; en este trayecto muchas puertas se cierran, infinidad de amistades valiosas se alejan, la persona amada se desilusiona, los hijos cuando son pequeños se aterrorizan y cuando mayores se llenan de resentimiento y dolor, los padres sufren hasta el grado de reducir su esperanza de vida, los jefes se cansan y el nivel de trabajo se degrada, la economía personal y familiar se daña, se pierde el empleo.

La observación clínica y el sentido común inducen a pensar que algunas personas empiezan a beber en exceso en parte porque tienen un temperamento crónicamente disfórico sobre la vida y sobre sí mismo, y por ello reaccionan de manera neurótica con depresión ante las tensiones psicológicas.

³ Monedero, Carmelo. Sicopatología General. Segunda edición. Madrid España Biblioteca Nueva.
160 p.

La relación entre la depresión y la dependencia alcohólica se encuentra en la sobrevenida de una o más fases de depresión en individuos que tienen personalidades básicamente sanas pero que beben mucho a fin de aliviar sus tensiones emocionales y trastornos afectivos. Siempre ha existido un debate perenne en psiquiatría por lo que respecta a las clasificaciones de las depresiones.

Un punto de vista propone dos tipos de depresión: Neuróticos y psicóticos. La primera es una reacción a circunstancias desfavorables en pacientes con temperamentos neuróticos, que se caracteriza por una depresión desproporcionada consecuencia de alguna experiencia aflictiva. La segunda también a veces llamada depresión endógena, representa un desarrollo que se presume se origina principalmente en procesos bioquímicos innatos en pacientes que están relativamente libres de rasgos neuróticos. La depresión psicótica se caracteriza por la presencia de delirios y/o alucinaciones cuyo contenido suele estar relacionado con el estado de ánimo, es decir, con el tema de la depresión (muerte, pobreza, enfermedad). Se trata de una depresión grave.

Los pacientes que beben demasiado durante sus periodos de depresión “psicótica” o “aguda” con frecuencia se vuelven mucho más moderados en cuanto mejora su humor, pero una proporción de ellos continúa en su patrón de consumo descontrolado que adquirió durante el trastorno afectivo.

La depresión también puede sobrevenir como síntomas de la resaca, cuando sucede así, a menudo, es de duración muy breve. El humor deprimido puede desarrollarse además durante el síndrome de abstinencia y entonces suele durar hasta varios días más. La depresión como síntoma de abstinencia puede llevar al sujeto a reiniciar su ingestión.

Consumo social y anormal del alcohol

El incremento mundial del consumo de alcohol alcanzó en los últimos 30 años, cifras que promedian 50% y la ingestión irresponsable de ese tóxico representa, actualmente el mayor problema de salud de muchos países del primer mundo.

En América Latina, los indicadores de prevalencia fluctúan entre 4% y 24% de la población adulta y existen actualmente unos 25,000,000 de alcohólicos con el triste vaticinio de que en el año 2,000 esa cifra supere los 38,000,000.

“Pese a nuestra prevalencia de alcoholismo que se encuentra entre las más bajas de la región, la proyección preventiva de la medicina hace que desde ahora se tenga en cuenta la tendencia mundial al incremento de esta toxicomanía y se desarrolle las potencialidades del equipo de salud para identificar a tiempo el consumo patológico de bebidas alcohólicas”.⁴

Modalidades de conductas entre el alcohol

Entre los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas están la abstinencia y el consumo social. La primera es la ausencia total de consumo etílico, que puede considerarse durante toda la vida, abstinencia histórica, o en los últimos tres meses o abstinencia actual, mientras que el consumo social incluye el consumo discreto con cantidades muy reducidas de uno o dos tragos, en ocasiones excepcionales que no pasan de 5 en el año, sin llegar jamás a la embriaguez, y el consumo moderado, donde la indigestión es mayor pero sin pasar del equivalente a un cuarto de botella de ron, dos veces a la semana, ni presentar más de un estado de embriaguez ligera mensual.

⁴ Menéndez González, Ricardo Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos. 26 p.

De superarse estos indicadores de cantidad y frecuencia el sujeto será calificado como consumidor de riesgo y se encontrará en una modalidad de tránsito que, de continuar la tendencia ascendente de consumo, conducirá a las modalidades anormales de conductas ante el alcohol.

Los comportamientos anormales, están representados por un continuo que se inicia con el consumo dañino o perjudicial y concluye con la dependencia alcohólica; ésta última con tres estadios progresivos, complicaciones, y en fase terminal.

La primera forma clínica del alcoholismo consiste en el consumo dañino o perjudicial de alcohol que se identifica por la presencia de efectos nocivos biológicos, psicológicos o sociales, inherentes al consumo de alcohol.

La dependencia alcohólica se expresa por la pérdida de libertad del consumidor ante el tóxico, que paulatinamente lo va esclavizando.

Los criterios operativos para identificar los comportamientos anormales ante el alcohol se define como el criterio de cantidad y frecuencia el sujeto consume 3 o más veces a la semana el equivalente a un cuarto de botella de bebida fuerte, o cuando excede 12 estados de embriaguez ligera en el transcurso del año.

El criterio de nocividad, también llamado tóxico se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol tanto en el nivel biológico como en la gastritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis; en el nivel psicológico se observa trastornos como la depresión, ansiedad, culpabilidad, disforia, en el nivel social se percibe la, pérdida de empleo, separaciones, divorcios, arrestos de forma reiterada.

El criterio de esclavitud, se cumple cuando el sujeto pierde progresivamente su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si lo ingiere o no. En la práctica, la pérdida de libertad ante el alcohol se manifiesta en tres formas básicas:

- a) Pérdida de control, el sujeto no puede detenerse una vez que inicia el consumo.
- b) Incapacidad de abstenerse, el sujeto no puede pasar más de 2 días sin beber.
- c) Necesidad cotidiana del alcohol, el sujeto necesita del tóxico para desarrollar sus diferentes actividades y responsabilidades.

El criterio de etiquetado, tiene en la práctica dos modalidades

- a) **El aloetiquetado** con mucho el más frecuente, que califica la valoración de amigos y familiares sobre el patrón de consumo.
- b) **El autoetiquetado** menos frecuente, pero mucho más valor por expresar crítica de enfermedad, aspectos excepcional en las primeras etapas de la toxicomanía.

Para operar con estos criterios; en primer lugar, los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas se identifican por no cumplirse ninguno de los cuatro criterios; podría encontrarse el aloetiquetado por parte de algún familiar angustiado por experiencias traumáticas previas con alcohólicos.

En el consumo de riesgo como etapa de transición hacia el alcoholismo, en esta modalidad del comportamiento, el criterio que se cumple es el primero el de cantidad y frecuencia y a veces el cuarto aloetiquetado.

En el consumo dañino Aquí se cumplen los criterios primero y segundo, frecuentemente, el cuarto.

En la dependencia alcohólica se cumplen los criterios primero, segundo y tercero y generalmente el cuarto.

El objetivo de la intervención médica es lograr la abstinencia total y definitiva, ya que si la persona es una vez alcohólica siempre lo será, lo que puede lograrse es la rehabilitación mediante la abstinencia, pues de volver al consumo, aún después de varios años, se reinstalaría la toxicomanía en breve tiempo.

Se dice que el término bebedor problema es el equivalente en el lenguaje común, al bebedor excesivo, más usado por los expertos; cuál sería una cantidad excesiva de alcohol.

Según Marconi, puede hablarse de un exceso en el consumo de alcohol, cuando la ingestión representa más de 20% de la ración calórica cotidiana. Se afirmaría que el bebedor problema bebe en exceso, lo cual significa que una parte sustancial del aporte calórico de su dieta depende del alcohol etílico que ingiere con regularidad, existiendo otros datos también muy significativos como lo es el abuso del alcohol, que suele manifestarse en alcoholizaciones agudas repetidas, es decir frecuentes estados de ebriedad; con el tiempo puede ocurrir que la alcoholización repetida no se traduzca en estados de ebriedad reconocible.

“La vida social y familiar sufre cambios negativos relacionados con la forma de consumir alcohol del bebedor excesivo que estamos caracterizando; la salud necesariamente empieza a verse afectada, aunque de manera muy variable entre los diferentes individuos”.⁵

Un enfoque muy interesante del proceso para convertirse en bebedor problema, con la posibilidad de llegar a síndrome de dependencia, es la de valorar los cambios que se van produciendo en la conducta, conforme se pasa de un uso integrado del alcohol al del consumo excesivo y después a la verdadera adicción.

El doctor G. Edwards ha tratado este asunto en la descripción de lo que llama la carrera del bebedor, comparándola con lo que suele ocurrir en la mayoría de las personas que ingiere alcohol de una manera normal.

Estas últimas siguen un patrón de conducta que, arbitrariamente, puede resumirse así: Durante la infancia ocurren los primeros contactos con el alcohol, las probadas que el adulto propicia; en la adolescencia se da una

⁵ Tapia Conyer, Roberto. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas 241 p.

fase de experimentación por cuenta propia, y en la juventud un periodo más o menos prolongado de inestabilidad, que da paso, ya en los años de la madurez, a otro, también duradero, de asentamiento y consumo responsable, en la vejez, por lo general, se da una disminución progresiva de la ingestión de bebidas alcohólicas hasta abatirse prácticamente en la senectud.

Según el autor Tapia Conyer, Roberto se han identificado con bastante seguridad tres formas de conducta que, en la definitiva, indican alto riesgo para el bebedor; beber cantidades suficientes de alcohol para alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana. Esta conducta se manifiesta en forma conocida: tomar copas con los amigos a la salida del trabajo, ingerir alcohol por las tardes frente al televisor, reunirse por la noche con familias amigas, etc.

El beber lo necesario para alcanzar el estado de ebriedad una vez a la semana con regularidad; este comportamiento es propio de los bebedores de fin de semana, que con frecuencia argumentan que no tienen que levantarse temprano al día siguiente.

El beber hasta llegar a la ebriedad completa en una larga jornada de consumo de alcohol, una vez al mes; es esta forma de comportamiento en la que suelen caer las personas que pretenden tomar en uno o dos días todo lo que dejaron de ingerir en varias semanas

Las incapacidades físicas que los bebedores excesivos tienden a desarrollar no son todas necesariamente consecuencias directas del consumo excesivo de alcohol; la dependencia al tabaco, tan frecuente entre los alcohólicos, explica su alta tasa de cáncer pulmonar y otras enfermedades del aparato respiratorio y ciertas enfermedades cardiovasculares.

“La ingestión de alcohol está relacionada con los cánceres del aparato respiratorio, digestivo, así como la gastritis la pancreatitis tanto aguda como crónica, el cáncer del hígado, la cirrosis hepática; en la sangre su puede producir anemia por el consumo excesivo, también afecta el sistema

cardiovascular; esto incluye muerte por lesiones cerebro vasculares, hipertensión e infartos, se daña el sistema nervioso produciendo déficit en las funciones mentales”.⁶

Las incapacidades psicológicas en la dependencia de alcohol, como la depresión anímica es un acompañante del consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas. En primer lugar el abatimiento del humor puede desarrollarse como una reacción mental comprensible a las consecuencias que lo hábitos de beber le imponen al alcohólico. En segundo lugar la depresión puede tener su origen en trastornos neuroquímicos, aún no bien comprendidos, que tienen lugar como consecuencia de la ingestión excesiva de alcohol.

La celotipia, las dudas y sospechas patológicas respecto a la fidelidad del compañero sexual son excusas que tanto hombres como mujeres aducen con frecuencia para explicar su dependencia al alcohol. Según Madden, J, S. los sentimientos de celos van desde las sospechas ligeras y transitorias cuando el individuo se encuentra intoxicado, hasta las convicciones firmes que persisten durante la abstinencia.

Pueden surgir acusaciones de infidelidad sin fundamento y con frecuencia llegar a ser extremas e insultantes. Se puede acusar de incesto a la esposa o a esposo, de homosexualidad o de prostitución. Cuando las acusaciones de infidelidad ocurren nada más en estado de ebriedad y a la mañana siguiente se muestra arrepentimiento y una afirmación de haber sufrido amnesia respecto al incidente ocurrido cuando se encontraba en ese estado, entonces el cónyuge puede descartar los celos al considerar que no representan la actitud sobria del bebedor.

El síndrome de alucinaciones alcohólicas, según Madden, J. S. consiste en alucinaciones compuestas por voces que con frecuencia vienen acompañadas de delirios mal sistematizados, que explican la presencia de los

⁶ Madden, J. S., Como Abandonar las Drogas. 68 p.

sonidos alucinados en la mente del alcohólico. De modo típico las voces se refieren a pacientes en tercera persona y le hacen comentarios sobre el carácter y las actividades de él mismo en tono insultante, amenazador. El término alucinaciones alcohólica se ha venido usando de varios modos diferentes para referirse a las alucinaciones auditivas y también visuales que se presentan tanto al comienzo del delirium tremens.

El reconocimiento de la dependencia alcohólica, es cada vez más común; que los bebedores consuetudinarios buscan orientación a fin de aprender a controlar su patrón de consumo, o que las relaciones se sometan a análisis porque un miembro se ha vuelto dependiente al alcohol. Según Madden, J. S., el alcoholismo sigue siendo en muchos casos un estado que se niega o se oculta. El grado de consumo del alcohol se oculta tanto por el propio bebedor como por sus parientes, e incluso los compañeros de trabajo tratan de conservar el secreto. Los problemas alcohólicos con frecuencia se ocultan al médico.

Cuando el bebedor mismo no ofrece voluntariamente información sobre su trastorno, ni sus parientes o compañeros, en ocasiones es posible hacer ciertas observaciones simples que llevan a sospechar sobre el alcoholismo del sujeto, como el rubor en la cara con dilatación venosa o el aliento alcohólico en el sujeto que acude a la cita de un consejero psicológico o psiquiátrico. Sin embargo, las mismas características delatoras pueden a veces no despertar sospecha debido a que también son síntomas comunes a otros padecimientos.

La dependencia del alcohol puede manifestarse a través de características de la conducta que afectan a la familia, el trabajo o la ley. Esta dependencia puede sospecharse en sujetos con ciertos antecedentes u ocupaciones donde es común que haya elevado consumo de alcohol.

Los miembros de las áreas médicas y no médicas, están bien ubicadas para detectar el abuso de la bebida y para iniciar y proseguir la orientación adecuado al caso. El reconocimiento temprano y la orientación oportuna permiten que los bebedores, pero cuya dependencia al alcohol es aún incipiente, recuperen su capacidad para moderar su consumo y también motivar y guiar a los bebedores cuyo patrón alcohólico es excesivo para que opten por la abstinencia, según Madden, J. S.

Cuando el exceso de bebida es una probabilidad de daño detectable se vuelve imperativo interrogar al sujeto y de ser necesario a otras personas, particularmente a los familiares. Tres tipos de investigaciones pueden realizarse: Pruebas médicas, cuestionarios y una historia sobre los hábitos de bebida.

Un entrevistador empático e insistente, con frecuencia, puede inducir al dependiente a que diga la verdad sobre el grado de consumo alcohólico y las consecuencias de sus trastornos, lo cual de inmediato le produce al paciente la sensación de alivio del sentimiento de culpa que necesita y abre buenas perspectivas para su propio beneficio a largo plazo.

El joven y los problemas de la bebida, la gran mayoría de la gente joven que bebe alcohol aprende a hacerlo de tal modo que resulta relativamente inofensivo, pero una minoría desarrolla problemas debido a que no pueden aprender a controlar su ingestión de alcohol y se vuelve dependientes a él. Como con los bebedores problemas de otras edades, los bebedores jóvenes poseen un amplio límite de antecedentes culturales y tipos de personalidades, aunque en comparación con los grupos de otras edades tienden a provenir de hogares más trastornados y a mostrar más alteraciones de la personalidad.

Según el autor Madden, J. S. varios estudios confirman el sentido común de la expectativa de que los jóvenes con problemas de bebida presentan más aberraciones en sus familias de origen y en sus constituciones emocionales

que los sujetos que se las arreglan para no tener problemas con el abuso de la bebida más tardíamente. Por lo que respecta a las soluciones del curso de la dependencia del alcohol, no todos los informes coinciden con que los jóvenes con problemas de dependencia tienen pronósticos menos favorables que los alcohólicos de mayor edad, pero cuando se encuentra una diferencia en el pronóstico siempre es a favor de los grupos que inician a mayor edad su alcoholismo.

Alcohol, violencia y criminalidad están relacionados, existen dificultades para establecer la relación entre uso de alcohol, su consumo excesivo y la conducta antisocial. Tal relación de ningún modo puede verse como causalmente simple, dado que existen también relaciones falsas o aparentes sin conexión etiológica. Por ejemplo, la bebida puede tener lugar en ambientes o compañeros que pueden conducir al crimen. Los infractores que están en estado de ebriedad tiene mayor probabilidad de ser atrapados por la ley que los que se mantienen sobrios; la conducta de un hombre en estado de ebriedad aumenta y así las probabilidades de inducir violencia por parte de otras personas.

Con respecto a los síndromes alcohólicos, desde los tiempos más antiguos, el hombre ha aprendido a fermentar la fruta, los granos o las papas para crear bebidas alcohólica intoxicante. Con exclusión del tabaco, el alcohol es la sustancia de más amplio abuso dentro de nuestra sociedad.

Entre todas las drogas psicoactivas, el alcohol es la más tóxica y dañina para la sociedad.

Los traumatismos son influidos especialmente por el alcohol. Por lo menos en el 50% de los accidentes automovilístico hay implicada una persona intoxicada.

“El DSM-IV reconoce los siguientes nueve síndromes asociados con el uso y el abuso del alcohol:

Intoxicación alcohólica

Intoxicación idiosincrática alcohólica

Abstinencia alcohólica

Delirio de abstinencia alcohólica (delirium tremens)

Alucinosis alcohólica

Trastorno amnésico alcohólico (enfermedad de Korsakoff)

Demencia asociada con alcoholismo

Abuso de alcohol

Dependencia de alcohol”.⁷

La gravedad de la intoxicación aumenta a medida que se eleva el nivel de alcohol en la sangre. Los primeros síntomas de intoxicación se pueden advertir a niveles sanguíneos bajos. Estos primeros signos pueden ser una mayor sociabilidad, locuacidad y una sensación de bienestar o ligera euforia. La persona común siente una desinhibición y estimulación iniciales en la primera fase del alcoholismo.

La intoxicación idiosincrática alcohólica, se diagnostica como una reacción idiosincrática cuando el paciente bebe una cantidad tan reducida de alcohol y se pone sumamente agitado, beligerante y parece estar gravemente intoxicado. Con frecuencia el paciente es amnésico respecto de este nuevo evento y necesita que le permitan dormir de 12 ó 15 horas. También se le conoce como reacción patológica a los pacientes que padecen este trastorno a menudo tienen modales suaves, tímidos y retraídos en estado de sobriedad.

La abstinencia alcohólica, resulta cuando el alcohólico deja de beber o reduce notablemente la cantidad que ha bebido regularmente para producir intoxicación, ya que todavía bebe está en riesgo de abstinencia alcohólica, aunque su consumo disminuya en tan sólo una pequeña cantidad normal.

⁷ Rund, Douglas A. Hutzler Jeffery Psiquiatría en Caso de Urgencias. 120 p.

El primer signo es el temblor. Este temblor un tanto rápido, irregular y de intención burda puede anotarse como seis horas después de una reducción de beber. El temblor puede ir acompañado de náuseas, debilidad, ansiedad y diaforesis y puede ser ligero o tan grave que el paciente le es difícil vestirse o comer sin ayuda.

El delirio de abstinencia alcohólica generalmente llega a una intensidad máxima 72 horas después de la última bebida. El término de delirio de abstinencia alcohólica sustituye el término más antiguo, tradicional de delirium tremens. La característica esencial del síndrome es el delirio con percepción alterada, alucinaciones, incoherencia y obnubilación de la conciencia.

El cuadro típico de un paciente con delirio de abstinencia alcohólica es la persona de ojos azorados, trémula, que mira como las serpientes se arrastran por la edad, el temblor de manos, de la lengua y de los párpados es parte del cuadro típico. El vómito produce una fuerte deshidratación; por lo general están presentes la debilidad y el malestar; el síndrome raramente dura más de 7 días si no se trata.

La aluminosis alcohólica, es un síndrome específico asociado con la abstinencia alcohólica, en el cual la principal anormalidad es la alucinación auditiva; la primera característica es la ocurrencia auditiva; las alucinaciones por lo general consisten en voces pero pueden ser sonidos musicales; cuando el paciente oye voces, por lo general se percibe como si fueran de familiares o amigos que hablan de él en tercera persona, como si él no estuviera presente.

Los ataques de abstinencia alcohólica, también conocidos como síndrome de supresión a menudo ocurren de manera independiente del delirio de abstinencia alcohólica, pero una tercera parte de los pacientes a quienes le dan ataques progresan hacia la etapa de delirio de abstinencia alcohólica.

La encefalopatía de Wernicke tiene tres rasgos clínicos prominentes: Oftamoplejía, ataxia y cambios mentales confusión y pérdida de la memoria; la enfermedad es causada por una grave deficiencia de tiamina y se ve casi de manera exclusiva en los alcohólicos; el tratamiento consiste en la administración de tiamina además de abstinencia.

El trastorno amnésico alcohólico, se conoce clásicamente como la enfermedad de Korsakoff; el trastorno amnésico alcohólico generalmente sigue a un episodio de la encefalopatía de Wernicke. Las características centrales del síndrome son deficiencias tanto de la memoria a corto plazo como a largo plazo.

La demencia asociada con el alcoholismo no se puede diagnosticar durante por lo menos 3 semanas después de suspender la ingestión de alcohol; la demencia significa una eficiencia cognoscitiva más fuerte que el síndrome de amnesia alcohólica. La persona con demencia tiene un fuerte deterioro en todas las áreas del desenvolvimiento intelectual, incluyendo los cálculos, la memoria, el juicio, así como la capacidad de comprender el lenguaje o de llevar a cabo funciones motoras relativamente sencillas.

Los criterios del diagnóstico para el abuso del alcohol, de acuerdo con el DSM-IV incluye los siguientes criterios.

1. Modelo de consumo patológico.
2. Alteración social o profesional causada por el abuso del alcohol.
3. Duración por lo menos 1 mes.

Aunque las alucinaciones del delirium tremens han sido objeto, en más de una ocasión, de chistes sobre alcohólicos que veían elefantes, la realidad está muy lejos de ser graciosa. El alcohol es una droga que crea adicción, y la abstinencia, como la de cualquier depresor, es tan grave que puede poner en peligro la vida del sujeto.

Si el individuo tiene una historia corta de alcoholismo, la abstinencia es leve, ansiedad, inquietud, temblor, palpitaciones, sudoración profusa, aumento de la temperatura, junto con náuseas y vómitos; suele durar unos días; no es agradable, pero no sentirá la sensación de muerte inminente ni, naturalmente va a morir.

Sin embargo, en el alcoholismo crónico la abstinencia puede durar más de una semana, con síntomas muy serios; aumenta la temperatura, el individuo se siente desorientado y delirante; puede presentar una psicosis tóxica con alucinaciones e ideación delirante, la hipertermia y la agitación pueden desembocar en convulsiones, sobreviniendo la muerte por colapso respiratorio o por shock.

“Para un alcohólico verdadero, que ha bebido regularmente durante años, la desintoxicación hospitalaria es la forma más adecuada, según los autores Mother Ira y weitz Alan, junto con una buena hidratación, vitaminoterapia y descanso, se le administrará un sedante de acción corta para controlar la abstinencia”.⁸

Si aún no se ha realizado, una exploración médica completa, ésta es obligatoria tras la desintoxicación. Es necesario evaluar las lesiones y consecuencias físicas que le ha producido el alcohol y cuál es el tratamiento adecuado. Se debe consultar con un médico el tratamiento adecuado.

Muchos alcohólicos han sido capaces de dejar la bebida, y la alternativa más eficaz para el tratamiento y para el apoyo posterior la constituyen los grupos de Alcohólicos Anónimos. Además, se dispone de tratamientos residenciales y ambulatorios que también demostrado su utilidad.

⁸ Mother Ira y Weitz Alan. Como abandonar las drogas 193 p.

Alcohólicos Anónimos

Cualquier persona puede integrarse en A A, existiendo delegaciones en casi cualquier lugar. En las grandes ciudades existen varias disposiciones casi a cualquier hora del día, desde la mañana hasta la noche. Una llamada telefónica es suficiente para contactar los centros de ayuda. Como requisito que se pide a los miembros es el deseo de dejar de beber, no hay que pagar cuotas, aunque se hacen recolectas periódicas para los servicios propios del grupo.

El anonimato es uno de los pilares básicos del programa. Los miembros no dan sus nombres y apellidos en público.

Alcohólicos Anónimos, más que una organización nacional, es la asociación de muchas entidades autónomas. La existencia de sedes y reuniones asegura que pueda encontrarse la más adecuada para las propias necesidades. Hay varios tipos de reuniones en los grupos de AA, unas son abiertas, y en ellas habla un miembro designado e incluye compartir, explicar voluntariamente su experiencia. Las reuniones cerradas son para los alcohólicos miembros de los grupos de autoayuda, y en ellas se afrontan problemas concretos de los miembros. Las reuniones de nivel son seminarios focalizados en los principios de A.A. Las reuniones de introducción están orientadas hacia los participantes, y son dirigidas por un miembro veterano, como diez años de experiencia como mínimo.

La organización se basa estrictamente en proporcionar bases firmes para la autoayuda, con énfasis en el apoyo mutuo y en la responsabilidad individual, constituyendo el modelo que ha sido la base de las comunidades terapéuticas. Los grupos de terapia no son dirigidos por profesionales ni para profesionales, ni utilizan la dinámica de otras terapias. Se espera que los miembros reconozcan su enfermedad y la necesidad del cambio. Cada nuevo miembro tiene un tutor que le dirige al principio. Hay mucho que aprender. El

lema es noventa reuniones en noventa días y usted pasará a través de los doce pasos.

Estos pasos empiezan con la necesidad de formar conciencia reconocer lo que se es, de enfrentarse con el engaño, como dicen en A.A, de conocerse honestamente a sí mismo después de desterrar los mitos y los prejuicios. La persona debe aceptar que existe algo supremo más fuerte que el alcohol. Ser miembro es el camino para recuperarse, no para curarse, ya que la organización concibe el alcoholismo como una condición que debe aceptarse durante toda la vida. La convicción de que el alcohólico no puede volver a beber es un compromiso que coincide con lo que se sabe sobre la incapacidad de todos los consumidores compulsivos de drogas de volver a un consumo controlado, en algún período de su vida.

Los doce pasos están relacionados con la necesidad de hacer cambios en la vida: hacer un inventario de sus debilidades y de sus potencialidades, rectificar su conducta con aquellos a los que ha perjudicado y ayudar a otros.

Todos los pasos hacen incapié en el aspecto espiritual del programa, contribuyendo significativamente a la abstinencia y sobriedad individual de fe y de esperanza es esencial para el proceso de recuperación estimula mucho creer en un poder superior, la necesidad de contar con la ayuda suprema para hacer el cambio, a la vez que se pone énfasis en la meditación y en la oración entre los miembros de A.A.; existe la convicción de que el programa no es solamente el camino más adecuado entre la adicción y la libertad, sino que constituye una filosofía de vida. Los miembros se convierten en algo más que alcohólicos rehabilitados; son personas mejores que aman a su familia, que son competentes profesionalmente y amigos comprometidos.

Los esfuerzos individuales debe hacer énfasis en tener cuidado en evitar aquellas situaciones y estímulos que le lleven a beber. El enfermo necesita desarrollar nuevos intereses y nuevas relaciones, encontrar amigos, nuevas actividades y mantenerse ocupado; muchos de estos objetivos puede alcanzarlos dentro de A.A.

Si alguien convive con un alcohólico y también tiene adicción al alcohol, puede escoger entre hacer imposible su recuperación o iniciar el tratamiento. Dejar juntos el alcohol, utilizando el tratamiento y el apoyo de A.A. no es fácil, aunque menos difícil para ambos, que para parejas adictas a otras drogas. Pueden contar con una organización que está cerca para ayudarle.

Si alguien no es alcohólico ni tiene problemas con la bebida, puede integrarse en grupos de autoayuda para familiares de alcohólicos. El programa ofrece indicaciones sobre la forma de tratar a ese familiar, amigo o compañero alcohólico. También permite exteriorizar y solucionar los problemas emocionales que se le plantean. La integración en una organización de este tipo es posterior al momento en que su pareja, hijo o amigo alcohólico haya iniciado el tratamiento en A.A. pero, más importante aún, es empezar a intentarlo o incluso iniciar el tratamiento cuando él o ella aún beben.

“En España, como en otros países, A.A. convive con asociaciones de alcohólicos rehabilitados, menos alejadas de los expertos médicos, psicólogos, trabajadores sociales. En estas asociaciones de alcohólicos rehabilitados, a diferencia de A.A. rechazan el anonimato, propugnan la asistencia profesional de los alcohólicos y colaboran en ella y en las campañas de información sanitaria a la población general. Su papel en la lucha contra la enfermedad alcohólica es totalmente positivo y destacable”.⁹

Los padres deberían ser conscientes de que gran cantidad de adictos se originan en la adolescencia; no necesariamente desembocan en el alcoholismo, pero es posible que se sientan impulsados a continuar con un hábito alcohólico porque familiarmente está mejor tolerado que otro tipo de adicción, como la cocaína y la marihuana; parece ser que la capacidad de controlar el alcohol no se aprende perfectamente en el hogar, el beber

⁹ Mother Ira y Alan Weitz. Como Abandonar las Drogas. 199 p.

durante las comidas no garantiza el no emborracharse nunca; consumir vino o cerveza, no es la mejor forma de proteger a sus hijos del alcoholismo.

Tratamiento:

El primer paso para tratar el alcoholismo es generalmente la desintoxicación. La abstinencia fisiológica generalmente comienza de 6 a 24 horas después de que se ha dejado de beber en exceso, aunque podría ocurrir cuando los alcohólicos simplemente reducen su ingestión de alcohol.

Entre los síntomas de abstinencia están los temblores, el delirio, la transpiración, la confusión, el aumento de la presión sanguínea y la agitación. Cuando la desintoxicación es completa, el insomnio, la depresión y la ansiedad podrían persistir durante semanas o meses. Los profesionales están en completo desacuerdo sobre la forma de tratar a los alcohólicos después que se han desintoxicado. La mayoría de la gente que tiene problemas relacionados con el alcohol no recibe tratamiento.

Como consecuencia de la idea de que el alcoholismo es una enfermedad, causada probablemente por una alergia o sensibilidad psicológica al alcohol, se le ha dado gran importancia a que el alcohólico evite por completo las bebidas alcohólicas. Según el modelo de esta enfermedad, perder control de la bebida es la manifestación involuntaria de un trastorno adictivo interno; si un trago es suficiente para desencadenar una orgía alcohólica en los que tratan de rehabilitarse, entonces no debe tomarse ese trago.

La premisa del modelo de la enfermedad; que todos los alcohólicos deben ser completamente abstemios ha sido puesta en tela de juicio, pues cada vez existen nuevas cantidades de pruebas de que puede entrenarse a los alcohólicos a mantener su bebida dentro de los límites moderados. Algunos alcohólicos han tenido éxito al adoptar hábitos normales en el uso del alcohol, después de beber en exceso durante años. Estudios recientes han reportado que hasta el 26% de los alcohólicos pueden volver a consumir alcohol

moderadamente por periodos hasta de 18 meses después de ser dados de alta en el tratamiento.

“La característica principal de los programas de entrenamiento encaminados a lograr el control de la bebida es que enseñan al individuo a discriminar entre un trago social, ocasional y una parranda. Estos programas se basan en la idea de que beber es una conducta aprendida, y tratan de especificar los cambios cognoscitivos y conductuales necesarios para lograr el control de la misma. Se orienta a los pacientes para que controlen su propia conducta, el alcoholismo se fundamenta en la pérdida de control, tomando nota de los antecedentes de la situación y de las consecuencias de beber en exceso”.¹⁰

En algunos programas los pacientes miran películas de su propia conducta filmadas cuando están ebrios, a fin de señalar los pasos cruciales en el camino a la bebida incontrolada. En estos programas, se hace especial hincapié en la bebida como reacción ante el estrés. Este enfoque es aceptable, puesto que un alto porcentaje de los alcohólicos informan que sus excesos en la bebida comienzan frecuentemente cuando se enfrentan a situaciones desagradables, frustrantes y difíciles de resolver. Se ha demostrado que tiene valor terapéutico para los alcohólicos el hecho de mejorar en su habilidad para resolver problemas, especialmente los de las relaciones interpersonales, aprender a prever los momentos de estrés y ser capaces de decir no gracias cuando les ofrecen una copa.

Algunas personas son capaces de no tomar alcohol ante una amenaza de una reacción fisiológica desagradable. Por esta razón, se ha usado el condicionamiento aversivo con los alcohólicos; este método se basa en los principios del condicionamiento clásico. Sin un vaso de alcohol; el estímulo condicionado precede regularmente a un estímulo adverso como una droga que produzca náuseas; el estímulo incondicionado del alcohol finalmente provocará parte de la respuesta incondicionada, en este caso el vómito.

¹⁰ Sarason Bárbara G. Psicología Anormal. 399 p.

Una vez que la respuesta desagradable ha sido condicionada al alcohol, se establecerá el hábito de evitar éste último por medio del condicionamiento operante. Por ejemplo, el individuo aprende que la abstinencia lleva una reducción de la náusea condicionada. La respuesta de no tomar alcohol se fortalece al reducir la sensación desagradable aprendida náusea. En este procedimiento, a veces se usan los choques eléctricos en vez de las drogas que producen náuseas, pero parecen ser menos eficaces.

El condicionamiento aversivo necesita intensificarse a menudo, porque la amenaza de una reacción desagradable suele debilitarse con el tiempo. Es necesario hacer estudios de seguimiento prolongados para establecer la tasa de su éxito.

La terapia Antabuse, aunque no es una forma de condicionamiento aversivo, posee propiedades aversivas. Antabuse es un fármaco que produce efectos desagradables como náuseas, sudor frío; cuando la gente bebe alcohol dentro de las 12 horas que siguen a su ingestión. Puesto que el propio individuo es el que se administra el Antabuse, el éxito de esta técnica depende de su motivación para reducir y eliminar la bebida. Si el individuo no toma fármacos o si está más interesado en beber que en permanecer sobrio, la terapia Antabuse no tiene éxito.

1.1.3. HIPÓTESIS

La realización de la presente investigación se basó en la siguiente hipótesis de investigación.

Premisas:

- 1) Los pacientes que presentan problemas de alcoholismo y síntomas depresivos, sufren ya que han perdido el apoyo familiar, algunas veces se sienten personas invalidantes o invalidadas.
- 2) La sociedad Guatemalteca se ve afectada por las personas que tienen problemas de alcoholismo, ya que la mayor parte de la población es de clase media y no cuentan con los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida.
- 3) Las personas que sufren problemas de alcoholismo, la sociedad los margina del medio laboral, social lo cual les provoca una baja autoestima y depresión.

HIPÓTESIS:

EL GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, ES UN GRUPO QUE JUEGA UN PAPEL POSITIVO EN LOS RASGOS DEPRESIVOS QUE PRESENTAN ESTAS PERSONAS.

Variable Independiente:

El paciente que asiste al grupo de Alcohólicos Anónimos, este grupo es terapéutico y juega un papel positivo, debido a la interacción grupal y convivencia de los miembros activos. Y tiene como base fundamental la aceptación de su enfermedad alcohólica, la concientización de su depresión, la mejora en su autoestima y la recuperación y asistencia a las sesiones del grupo.

Indicadores:

- A través de las doce tradiciones de A.A.
- Participación voluntaria, levantar la mano.
- Listado interno de asistencia.

Variable Dependiente:

Los rasgos depresivos, la mayoría de los pacientes padecen depresión, han perdido el apoyo familiar, económico y social.

Indicadores:

A través del instrumento, inventario de depresión de Beck, se evaluará la depresión que tiene el paciente y el nivel, tanto al inicio como al finalizar el estudio.

DELIMITACIÓN:

El estudio se realizó únicamente con personas que asisten al Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala de la zona 6 de la ciudad capital, en un periodo comprendido del 28 de junio al 29 de agosto de 2012, todos los días de lunes a domingo en horario de 20:00 a 22:00 horas, con énfasis en los 20 pacientes seleccionados en la muestra en estudio.

Se consideraron factores determinantes en el paciente alcohólico, su ámbito, su situación familiar, socioeconómica y principalmente el nivel de depresión y autoestima.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Técnicas:

La investigación se realizó en el centro de rehabilitación alcohólica llamado Grupo de Psicoterapia de la línea del Doctor Ayala, unidad de Alcohólicos Anónimos.

Para llevar a cabo la Terapia de Grupo con los Alcohólicos Anónimos, se tomó la población general, y se realizó el estudio con una muestra de 20 pacientes con problemas de alcoholismo, con rasgos depresivos.

Técnicas de Muestreo:

De esta población se tomó una muestra no aleatoria intencional o de juicio de 20 alcohólicos, se consideró y evaluó cada paciente del Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala, para incluir dentro del estudio pacientes con problemas de alcoholismo con síntomas de depresión y se incluyeron los siguientes criterios.

- Que asistan regularmente al grupo de rehabilitación alcohólica de la línea del Doctor Ayala.
- Que tengan o no conocimiento del programa de Alcohólicos Anónimos.
- Que tengan el deseo de dejar la bebida.

Técnicas de Recolección de Datos:

Cada paciente se evaluó con el Test Inventario de Depresión de Beck y se creó un perfil psicológico con una entrevista inicial para determinar el estado del paciente al inicio del estudio.

Se evaluaron los resultados, el avance y la recuperación del paciente durante el transcurso del programa de rehabilitación por medio de observación e interacción entre los pacientes y entre el paciente y el tratante.

Al final del programa se aplicó nuevamente el Test Inventario de Depresión de Beck y se entrevistó a cada paciente para concluir en el mejoramiento y recuperación de los pacientes.

Observación:

Esta se llevó a cabo con la finalidad de que los alcohólicos en proceso de recuperación, asistieran al programa de psicoterapia de grupo, que tuvieran conductas que nos permitieran evaluar rasgos depresivos durante el proceso del programa.

Dicha observación se llevó a cabo con los miembros del grupo, al expresar su testimonio, también las reuniones y celebraciones dentro del grupo, tanto al inicio como al finalizar el estudio.

2.2. Instrumentos:

Inventario de Depresión de Beck, es un instrumento para medir la severidad y la presencia de una depresión. Fue creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck. Es un cuestionario que consta de 21 preguntas de selección múltiple y es auto administrado. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad,

cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

Entrevista Individual, es un cuestionamiento personalizado con un individuo objeto de estudio para crear un perfil psicológico.

Observación Sistemática, Es la evaluación constante del paciente en cuanto a su conducta, sus rasgos depresivos, en las actividades grupales: al expresar su testimonio, en las reuniones, celebraciones y charlas motivacionales; en el transcurso de un estudio, mediante la observación.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del Lugar y de la Población:

3.1.1 Características del Lugar

El estudio se realizó en el Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala zona 6 de la Ciudad de Guatemala, unidad de Alcohólicos Anónimos, donde asisten personas de ambos sexos con problemas de alcoholismo, y es dirigido por un líder, quien vela por la asistencia de los pacientes y las instalaciones para realizar las reuniones, asimismo de las actividades y el costeo cuando así se requiera en las mismas.

3.1.2 Características de la Población

Las personas que asisten al grupo objeto de estudio, son pacientes que consumen alcohol en forma descontrolada, y han reconocido su problema y tienen la necesidad de dejar el consumo de bebidas alcohólicas; asimismo conocen de los beneficios del grupo de Alcohólicos Anónimos.

La investigación se llevó a cabo con un grupo de 20 pacientes alcohólicos, 15 hombres y 5 mujeres, tomados de la población de personas que asisten al Grupo de Psicoterapia de la Línea del Doctor Ayala Unidad de Alcohólicos Anónimos, identificando sus rasgos y síntomas de depresión. En estos grupos no se considera el estado anímico de los participantes ni la inclusión de psicoterapias y terapias de grupo.

Inicialmente en la implementación del programa se evaluaron los pacientes participantes con el Inventario de Depresión de Beck, y una

entrevista inicial, para determinar el nivel de depresión y la creación del perfil de cada uno de los pacientes, obteniendo los resultados siguientes:

De acuerdo al inventario de Depresión de Beck se obtuvieron:

SEXO	TOTAL DE PACIENTES	NIVEL DE DEPRESIÓN			
		NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
HOMBRES	15	6	6	2	1
MUJERES	5		2	3	

La entrevista al inicio de la implementación del programa me dio un panorama del estado anímico del paciente al ingresar al Grupo de Alcohólicos Anónimos y determinar el estado actual en ese momento. Se detectó que las personas en estudio habían mejorado notoriamente, pues habían reconocido un problema en el consumo de alcohol, y el compartir sus experiencias con los demás les daba la esperanza de no recaer en su enfermedad. Sin embargo, su nivel de depresión seguía igual, su seguridad de sí mismos era baja y no tenían motivación para asistir todos los días al grupo, lo cual era un peligro para que el paciente dejara de asistir al grupo e iniciara nuevamente en su problema alcohólico.

En el transcurso de la implementación del programa se observó a los participantes en las charlas, actividades vivenciales y las experiencias de cada uno. Esta observación sistemática ayudó a interactuar con las personas que no tenían la autoestima y la motivación de sentirse útiles, lo que ayudó a la integración y mejora de comunicación en grupo y con el tratante lo que ayudó a obtener resultados satisfactorios tanto en las actividades y charlas.

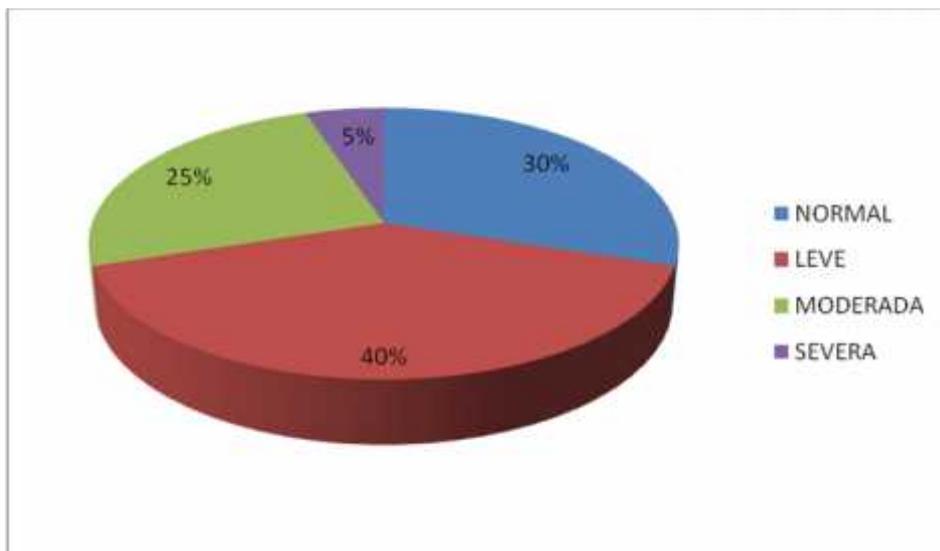
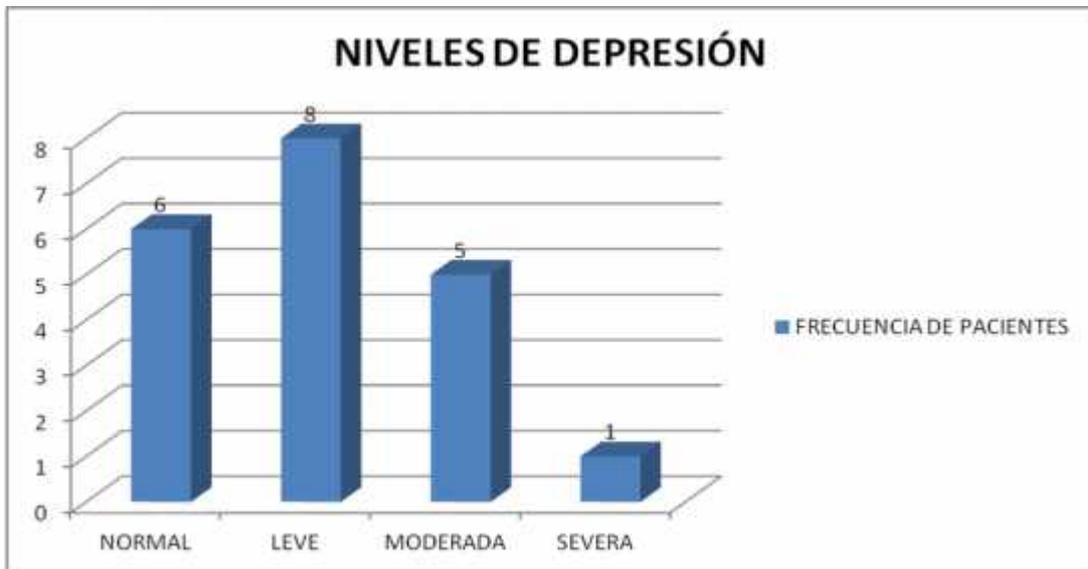
Al final del programa se evaluó nuevamente a los pacientes para determinar el avance y las mejoras en los indicadores con la prueba correspondiente y con la entrevista personal:

Al final el Inventario de Depresión de Beck, mostro los siguientes resultados:

SEXO		NIVEL DE DEPRESIÓN			
	TOTAL DE PACIENTES	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
HOMBRES	15	12	3	0	0
MUJERES	5	4	1	0	0

La entrevista personal confirmó la mejora sustancial del nivel de Depresión, las personas participantes se mostraron motivadas, con deseos de iniciar proyectos de vida, seguras de sí mismas y adaptadas socialmente.

GRÁFICA No. 1

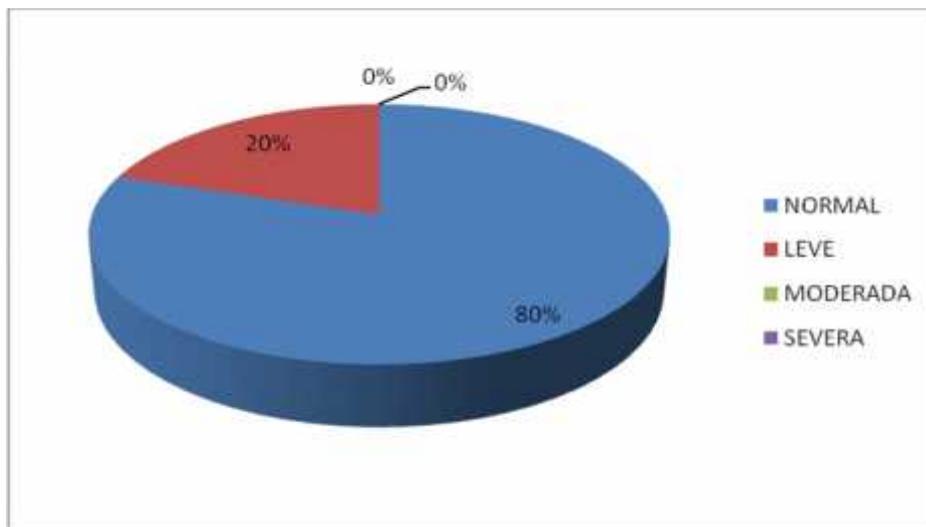
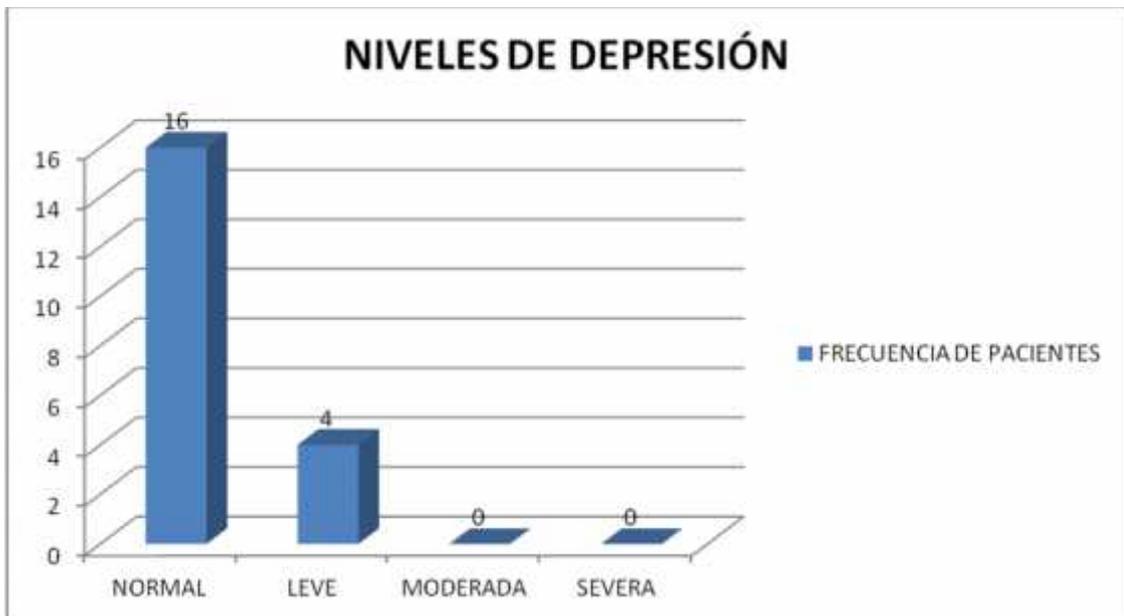


Fuente: Inventario de depresión de Beck

La evaluación inicial mostró que los participantes en el programa tenían algún nivel de depresión en el 70% de los casos.

Los pacientes con problemas alcohólicos tienen tendencias de depresión severa, por lo que la superación de su problema requiere de psicoterapias.

GRÁFICA No. 2

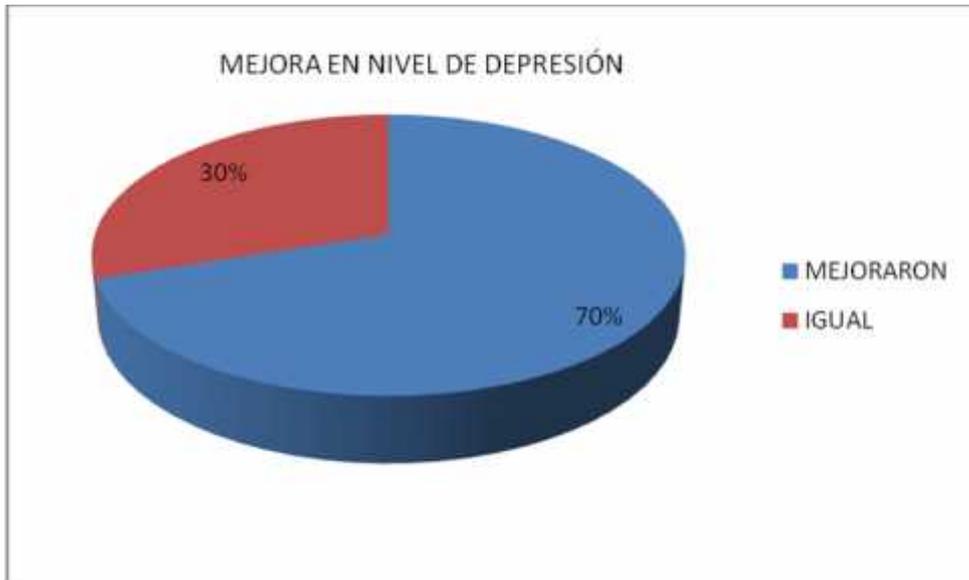


Fuente: Inventario de depresión de Beck

Después del programa resultó que de un 30% de los pacientes que no tenían depresión aumentó a un 80% de pacientes sin depresión.

La implementación del programa ayudó a los pacientes a disminuir su depresión y en algunos casos con un mejor estado de ánimo.

GRÁFICA No. 3

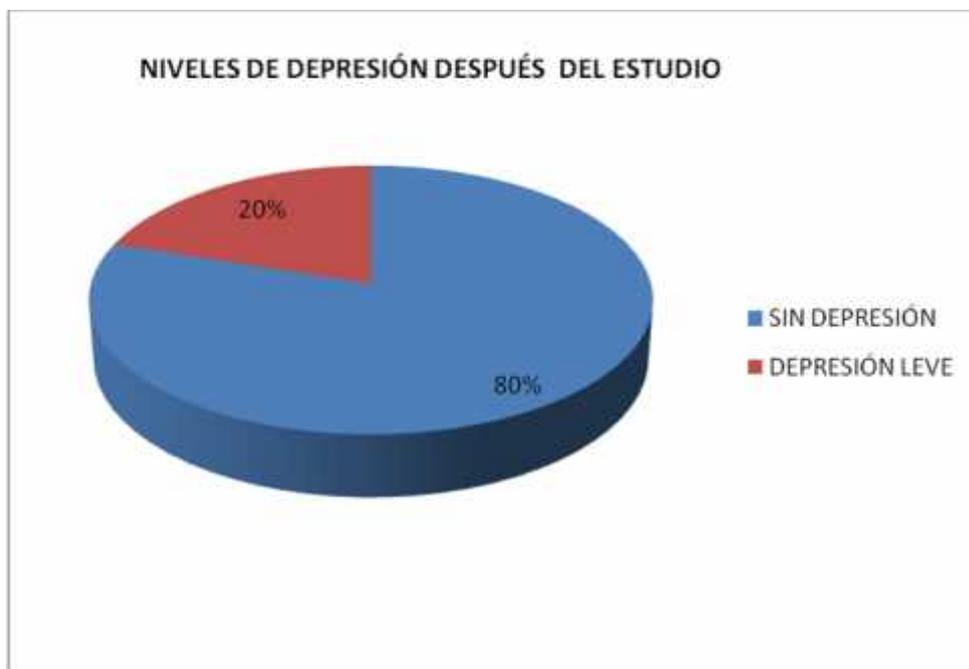


Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Se tuvo una mejora en el nivel de depresión en el 70% de los casos.

La mayoría de pacientes fue beneficiado con la implementación del programa.

GRÁFICA No. 4



Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Unicamente el 20% de los participantes presentó un nivel de depresión leve despues de la aplicación del programa.

Es importante resaltar que la mejora de los pacientes fue evidente y la prueba lo reflejó, después del programa los pacientes tuvieron una mejor percepción de sí mismos, por la lo tanto la autoestima y su calidad de vida. Con esta motivación tendrá la capacidad de enfrentar sus retos de desarrollo familiar y social.

La aplicación del tratamiento coadyuvó al paciente a la motivación y crear interés en el programa, debido a que su participación le ayudó a mejorar su autoestima y crear un sentimiento de utilidad en sí mismo. Las

herramientas que facilitaron detectar estos rasgos en los pacientes fue la observación sistemática y la entrevista final.

Es importante resaltar en este análisis de los resultados el proceso desde el mismo inicio del proyecto, donde con la presentación de este y el hecho de conocer y saber que una persona profesional se incursionaba en el tratamiento de su enfermedad, les ocasionaba a los participantes la ilusión y esperanza de lograr tan anhelada recuperación.

El conocerse a sí mismos y enterarse de que el consumo de alcohol los había aislado a una vida de soledad y por ende de depresión, y que su recuperación era factible los alentó a participar y a ser consecuentes con su asistencia al grupo. La observación en el transcurso de la implementación del programa, conllevó a priorizar en los pacientes con mayor severidad en la depresión, quienes se aislaban y eran renuentes a la participación en las actividades programadas.

La participación activa en el programa ayudó a que los pacientes se sintieran útiles y seguros de sí mismos, y con el deseo de conocer aun más del proceso psicoterapéutico que había logrado despertar el interés de conocer el nivel de mejoría en su estado de depresión, autoestima y socialización.

Las vivencias y las actividades de grupo mostraron que los pacientes mejoraban continuamente y que esta mejora se reflejaba en el ambiente laboral, familiar y social que cotidianamente mantenían. A pesar de su situación económica que en muchos casos era precaria, se iniciaron a mostrar interesados en mejorar su status y a iniciar proyectos de vida.

Al finalizar la implementación, y al dar la información de que se evaluaría nuevamente su estado de depresión se observó ansiedad e interés en saber cuánto habían mejorado, debido a que ellos percibían la superación de su problema psicológico y ello conllevaba a la superación del problema que los había llevado a este estado depresivo el alcoholismo.

Los resultados fueron alentadores la mayor parte de pacientes mejoraron su estado depresivo, ahora eran personas con ganas de vivir, seguras de sí mismas y dispuestas a incorporarse a la sociedad.

La incorporación de programas de psicoterapias y terapias de grupo deben ser parte integral de los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos, esto ayudaría en gran medida a engrosar el número de participantes y a superar el problema de alcoholismo de forma más efectiva y convincente en los pacientes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se acepta la hipótesis de la investigación considerando los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados al inicio y al final del programa; y a la observación sistemática durante el tratamiento, los cuales indican que los pacientes alcohólicos tienen tendencias de depresión severa.

- La Psicoterapia y Terapia de Grupo es efectiva en el tratamiento de Alcohólicos con rasgos depresivos, pues ayudan a mejorar su autoestima, motivación y sentirse útil nuevamente para desenvolverse en su ambiente familiar y social.

- Los resultados del proyecto de investigación pueden generalizarse a los grupos de autoayuda en la superación del alcoholismo, pues los pacientes superada su depresión tienen una mejor percepción del daño físico y psicológico que les ocasiona el alcohol.

- La depresión del paciente alcohólico, se debe principalmente al consumo excesivo del alcohol y al aislamiento que el mismo provoca y

al que la sociedad y su familia le provocan. Esto es factor predeterminante en su enfermedad.

- La familia es un ente preponderante en la recuperación del paciente alcohólico, debido a que el apoyo familiar fortalece la confianza en lo que más valora el paciente y de igual manera así mismo.
- La recuperación de la autoestima, la mejora en su ambiente laboral, familiar y social, ayudan al paciente a no querer caer nuevamente en la depresión y por lo mismo en el alcoholismo

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda a los grupos de ayuda y autoayuda incluir dentro de sus tratamientos, la superación de la depresión mediante programas de psicoterapia y terapias de grupo.
- Al grupo objeto de estudio que sigan con el programa para mejorar la autoestima y valoración de sus miembros, y mediante la superación de su depresión, puedan salir del aislamiento que les provoco su adicción al alcohol.
- Se recomienda a los pacientes involucrados en el programa que sigan asistiendo al grupo, sean parte integral de actividades de motivación y autovaloración, que dediquen parte de su tiempo a ayudar a personas con el mismo problema, esto ayudara a forjar su rehabilitación alcohólica.
- A los estudiantes de Psicología a formar parte de investigaciones para ayudar a solucionar problemas radicados en la sociedad guatemalteca y que son parte de la problemática social.
- Se recomienda a la Escuela de Psicología impulsar a los graduandos en la consecución de proyectos de ayuda social.

- A la Universidad de San Carlos de Guatemala crear un programa de servicio social, concientizando a los estudiantes y profesionales del área de Psicología de la importancia que representa para sociedad la salud mental de sus integrantes.

Bibliografía:

1. Beack Aarón-Rush John., Terapia cognitiva de la depresión, 9 Edición.
Biblioteca de Psicología, desclee de Brouwer.
2. Madden, J.S., Como abandonar las drogas. México: Manual Moderno.
500p.
3. Menéndez, González. Ricardo., Psicoterapia del alcohólico y otros
toxicómanos. Ciudad de la Habana: Editorial Científico, 1996.
160 p.
4. Monedero Carmelo., Sicopatología General. Segunda edición.
Madrid Biblioteca Nueva.
902 p.
5. Moreno J.L., Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, primera
reimpresión. México: Fondo de cultura económica,1966.
409 p.
6. Mother Ira y Weitz Alan., Como abandonar las drogas España:
Ediciones Martínez Roca S. A. 1986
277 p.

7. Rund Douglas A. y Hutzler Jeffery., Psiquiatría en casos de urgencia.
México:
Limusa S. A. 1988.
382 p.

8. Sarason Barbara., Psicología Anormal, 2da. Edición.
Editorial Trillas S. A. 1986.
617 p.

9. Tapia Conyer, Roberto., Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México: Editorial Moderno S. A. 1994.
327 p.

10. Yalom, Ervin D., Teoría práctica de la Psicoterapia de grupo.
Fondo de Cultura Económica, México.
531 p.

ANEXOS

PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES CON LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO, LAS DOCE TRADICIONES DE A. A.

OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que los miembros del grupo reconozcan su enfermedad y necesidad de cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se pasará un test llamado, Inventario de depresión de Beck. 	<ul style="list-style-type: none"> - Test, inventario de depresión de Beck. 	<p>Todo el grupo deberá contestar el test.</p>	<p>Materiales: Sillas Pizarrón Marcadores</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La rehabilitación debe tener un fin más cuidadosamente definido para lograr el bien común. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se les dará a conocer a los pacientes las tradiciones de A.A. uno y dos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer un inventario de sus debilidades y potencialidades, para poder mejorar en varios aspectos. 	<p>Es necesario que en la relación entre el terapeuta y el paciente, reine una relación verdaderamente amistosa para obtener resultados positivos en su tratamiento.</p>	<p>Test de depresión Folleto 12 pasos Café Pan y galletas</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La esencia de la misma reimitación debe elaborarse con asesoría del terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición tres y cuatro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la unión entre los pacientes. 	<p>Lo que se persigue es que el grupo eleve su nivel de autoestima a través de las sesiones.</p>	<p>Humanos:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Motivar al paciente a que asista a las sesiones programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición cinco y seis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pláticas motivacionales autoestima. 	<p>Debe existir una verdadera unión para obtener resultados positivos en su rehabilitación.</p>	<p>Paciente y terapeuta Coordinador del grupo A.A.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que el individuo se adapte a los principios de A.A. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición siete y ocho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe existir solidaridad y ayudarle a su recuperación. 	<p>Debe existir una verdadera unión para obtener resultados positivos en su rehabilitación.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Lograr que cada miembro de A. A. pueda identificarse con los demás miembros del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición nueve y diez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Testimonios de A. A. 	<p>Se dará la participación a cada miembro del grupo.</p>	

OBJETIVO OPERATIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> - La rehabilitación debe tener un fin cuidadosamente terapéutico y definido para lograr su éxito en su rehabilitación. - Lograr que el paciente crea en el mismo. - Hacer conciencia que la recuperación depende de ellos mismos. - Que el paciente adquiera responsabilidad. - Lograr que el paciente participe en el grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradición Once y doce. - Fortalecimiento de su apoyo. - Compromiso de dejar la bebida. - Mejorar clima familiar. - Mejorar calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistiendo a las sesiones. - A través de pláticas. - Asistiendo a las sesiones de A. A. - A través de terapias de grupo. - A través de los testimonios y pláticas del terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe tomar en cuenta el desarrollo y cuidado de las actividades en forma continua y progresiva. - Lo que se persigue es tanto la motivación y mejorar síntomas depresivos. - Debe exteriorizar sus ideas - Es necesario que se involucre en las sesiones. 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcadores. - Pizarrón. - Sillas. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes. - Terapeuta.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PISOCOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE.....FECHA.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos, durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 0 | No me siento triste. |
| | 1 | Me siento triste. |
| | 2 | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. |
| | 3 | Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2 | 0 | No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. |
| | 1 | Me siento desanimado de cara al futuro. |
| | 2 | Siento que no hay nada por que luchar. |
| | 3 | el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| 3 | 0 | No me siento como un fracasado. |
| | 1 | He fracasado más que la mayoría de las personas. |
| | 2 | Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro. |
| | 3 | Soy un fracaso total como persona. |
| 4 | 0 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. |
| | 1 | No disfruto las cosas tanto como antes. |
| | 2 | Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas. |
| | 3 | Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo. |
| 5 | 0 | No me siento especialmente culpable. |
| | 1 | Me siento culpable en bastantes ocasiones. |
| | 2 | Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. |
| | 3 | Me siento culpable constantemente. |
| 6 | 0 | No creo que este siendo castigado. |
| | 1 | Siento que quizá esté siendo castigado. |
| | 2 | Espero ser castigado. |
| | 3 | Siento que estoy siendo castigado. |

- 7 0 No estoy descontento de mí mismo.
 1 Estoy descontento de mí mismo.
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.
- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 2 Desearía poner fin a mi vida.
 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
 1 Ahora lloro más que antes.
 2 Lloro continuamente.
 3 No puedo dejar de llorar aunque me proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado continuamente.
 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2 He perdido gran parte de interés por los demás.
 3 He perdido interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propia decisiones igual que antes.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 3 Soy capaz de llevar a cabo ninguna tarea.

- 16 0 Duermo también como siempre.
 1 No duermo también como antes.
 2 Me despierto 1 – 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
 1 Me cansó más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido últimamente.
 1 He perdido más de 2 kilos. Estoy tratando intencionadamente.
 2 He perdido más de 4 kgs. De perder peso comiendo menos.
 3 He perdido más de 7 Kgs. Si _____ No _____
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de Estómago a los catarrros.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras Cosas.
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

ENTREVISTA

Nombre del paciente:

Edad:

Fecha de ingreso al grupo:

Motivo por el cual ingreso:

Ha mejorado su estado de ánimo:

Le gustan las actividades que se realizan:

Le gusta venir diariamente:

Le gusta compartir con sus compañeros: