

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

**“DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS
ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRANSTEÓRICA DE PROCHASKA Y
DICLEMENTE, EN HOMBRES DE 18 A 30 AÑOS QUE POR ALCOHOLISMO
ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA 2016”**

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

POR

RONIL VIDAL SAMAYOA MORALES

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2017

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 crown on top, flanked by two lions. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

Licenciada Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello
Mario Estuardo Sitaví Semeyá
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.067-2016
CODIPs.2260-2017

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

03 de noviembre de 2017

Estudiante
Ronil Vidal Samayoa Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO PRIMERO (11º) del Acta SETENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (79-2017), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 03 de noviembre de 2017, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRASTEÓRICA DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, EN HOMBRES DE 18 A 30 AÑOS QUE POR ALCOHOLISMO ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA 2016”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Ronil Vidal Samayoa Morales

CARNÉ: 87-50794
CUI:1837-52341-2209

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado José Orlando De León Polanco y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez Ramos. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **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”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UG 506-2017

Guatemala, 03 de noviembre del 2017

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC

RECIBIDO
03 NOV 2017

FIRMA:  HORA: 14:00 Registro: 1140

Señores

Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, el estudiante **RONIL VIDAL SAMAYOA MORALES, CARNÉ NO. 1837-52341-2209, Registro de Expediente de Graduación No. L-06-2016-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRANSTEÓRICA DE PROCHASKA Y DICHLIMENTE, EN HOMBRES DE 18 A 30 AÑOS QUE POR ALCOHOLISMO ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA 2016"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 26 de octubre del presente año.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,


M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.

CC. Archivo

ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

INFORME FINAL

Guatemala, 31 de octubre de 2017

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Helvin Velásquez Ramos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRANSTEÓRICA DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, EN HOMBRES DE 18 A 30 AÑOS QUE POR ALCOHOLISMO ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA 2016”.

ESTUDIANTE:

Ronil Vidal Samayoa Morales

CARNE No.

87-50794

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 26 de octubre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 16 de octubre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.

“Mayra Gutiérrez”



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 31 de octubre de 2017

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRANSTEÓRICA DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, EN HOMBRES DE 18 A 30 AÑOS QUE POR ALCOHOLISMO ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA 2016

“”

ESTUDIANTE:
Ronil Vidal Samayoa Morales

CARNÉ No.
87-50794

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 26 de octubre de 2017, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala 12 de enero de 2017

Licenciada
Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs
"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado "Determinación de niveles de logro en la aplicación de las etapas de cambio de la teoría Transteórica de Prochaska y Diclemente en hombres de 18 a 30 años por alcoholismo que asisten al Centro de Restauración El Jordán, Guatemala 2016".

El trabajo fue realizado a partir del 30 de mayo hasta el 30 de diciembre de 2016.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

Licenciado José Orlando De León Polanco
Psicólogo
Colegiado No. 3987
Asesor de contenido

Lic. José de León Polanco
PSICOLOGO
Colegiado 3987



CENTRO DE RESTAURACION "EL JORDAN"



A Jehová presta el que da al pobre. Y el bien que ha hecho, se lo volverá a pagar. Proverbios 19:17 Rva60

Guatemala 12 de enero de 2017

Licenciada
Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs-

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Ronil Vidal Samayoa Morales, carne 8750794 realizó en esta institución la investigación del trabajo de campo titulado: "Determinación de niveles de logro en la aplicación de las etapas de cambio de la teoría Transteórica de Prochaska y Diclemente en hombres de 18 a 30 años por alcoholismo que asisten al Centro de Restauración El Jordán", en el periodo comprendido del 5 de noviembre al 30 de diciembre del 2016, en horario de 14:00 a 17:00 horas.

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

Sin otro particular, me suscribo,


Cesar Emilio Ponce Salan
Director del Centro de Restauración El Jordán zona 7
Teléfono: 40249335



ONG EL JORDAN

Anillo Periférico 21-55 zona 7 Guatemala, Guatemala

Tel...4024-9335/5429-642...Tel de casa: 2434-9523. correo: cesarsalan@yahoo.com

Web: eljordancentroderestauracion.weebly.com

www.facebook.com/ELJORDANcentroderestauracion www.twitter.com/eljoordan.com

PADRINOS DE GRADUACIÓN

MIGUEL ANGEL MONTERROSO

LICENCIADO EN PEDAGOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

COLEGIADO 3871

JORGE LÓPEZ ESCOBAR

LICENCIADO EN PEDAGOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

COLEGIADO 6201

ACTO QUE DEDICO

A:

DIOS: Fuente de sabiduría, para alcanzar esta meta.

MIS PADRES: LEOPOLDO SAMAYOA SAMAYOA
E HIGINIA MORALES REVOLORIO (Q.E.P.D)
Por el apoyo, amor y cariño incondicional y como
muestra de mi agradecimiento infinito.

MI ESPOSA: GLENDA LIMA DE SAMAYOA
Por el apoyo que me brindo.

MIS HIJOS: DOUGLAS, DEYSI, KARINA Y, GREYSI.
Por su amor y respeto.

MIS NIETOS: JOSÉ ANDRES, ASHLEY, ADISSON, VALENTINA
PABLO DANIEL Y JOSEPH RONIL.
Por su amor y respeto.

CON ESPECIAL APRECIO:
LICENCIADO HELVIN ORLANDO VELÁSQUEZ Y AL
LICENCIADO JOSÉ ORLANDO DE LEÓN POLANCO
Por su sabia orientación en la culminación de este
Trabajo.

A USTED: Con respeto y cariño.

AGRADECIMIENTOS

A:

Mi querida y gloriosa Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala.

Con especial cariño a la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Al Centro de Restauración el Jordán por abrirme las puertas para realizar el trabajo de investigación.

ÍNDICE

Resumen del proyecto

Prólogo

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema.....	04
1.2 Marco teórico.....	08
1.2.1 Contexto guatemalteco.....	08
1.2.2 Marco institucional.....	10
1.2.3 Centro El Jordán.....	11
1.2.4 Personalidad y desarrollo de la personalidad	18
1.2.5 Ansiedad.....	23
1.2.6 Desordenes de personalidad.....	24
1.2.7Dinámica y personalidad.....	25
1.2.8 Alcoholismo	25
1.2.9 Adicción al alcohol.....	27
1.2.10 Dependencia al alcohol	27
1.2.11 Criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol	28
1.2.12 Criterios para el abuso de alcohol	30
1.2.13 Criterios para la intoxicación por alcohol	31
1.2.14 Criterios para la abstinencia de alcohol.....	32
1.2.15 Prevalencia.....	33
1.2.16 Incidencia del alcoholismo en Guatemala	37
1.2.17 Modelo transteórico de cambio de conducta	38
1.2.18 Estrategias para promover el cambio de etapa	41
1.2.19 Principios generales del proceso terapéutico	44
1.2.20 Procesos de cambio	47

CAPÍTULO II

Técnica e instrumentos

2.2	Técnicas de muestreo.....	49
	Técnica de recolección de la información.....	50
	Técnicas de análisis de datos	51
2.3	Instrumentos.....	52
	Operacionalización de objetivos	58

CAPÍTULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados

3.1	Características del lugar y de la población	61
	3.1.1 Características del lugar.....	61
	3.1.2 Características de la población.....	62
3.2	Presentación y análisis de Resultados.....	63

CAPÍTULO IV

Conclusiones y recomendaciones

4.1	Conclusiones.....	90
4.2	Recomendaciones.....	91
	Bibliografía.....	92
	Anexos.....	94

RESUMEN

“DETERMINACIÓN DE NIVELES DE LOGRO, EN LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE LA TEORÍA TRANSTEÓRICA DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, EN HOMBRES DE 18-30 AÑOS, QUE POR ALCOHOLISMO ASISTEN AL CENTRO DE RESTAURACIÓN EL JORDÁN, GUATEMALA, 2016”

Autor: Ronil Vidal Samayoa Morales

El objetivo general de la investigación fue aportar conocimientos para la rehabilitación de hombres alcohólicos a través de la teoría transteórica del cambio. Los objetivos específicos alcanzados se derivaron en: determinar el nivel de alcoholismo; establecer los conceptos básicos para la aplicación de los niveles de logro en las etapas del cambio; comprobar la efectividad de la rueda del cambio del modelo transteórico, en hombres de 18-30 años que asisten al Centro de Restauración el Jordán, Ciudad de Guatemala, 2016.

La metodología de la investigación se conformó por técnicas de muestreo intencional no aleatorio mediante el cual se eligió a 10 personas que se encuentran internadas en el Centro. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron la observación participante, notas de campo, boleta de recolección de datos de la teoría transteórica y Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island. Las técnicas de análisis de datos que se utilizaron fueron el análisis porcentual y cualitativo que sirvió de base para la creación y la presentación de resultados.

El resultado del instrumento aplicado demostró que la teoría de las etapas del cambio de Prochaska y Diclemente es aplicable a personas con adicción al alcohol, que fue el objeto de estudio para la investigación. Se pudo determinar en qué etapa se encontraban los participantes al inicio y posteriormente al realizar la reevaluación, se evidenció la eficacia de la teoría aplicada después del plan de tratamiento

PRÓLOGO

Los objetivos de la investigación fueron aportar conocimientos para la rehabilitación de hombres alcohólicos a través de la teoría transteórica del cambio. Los objetivos específicos alcanzados se derivaron en: determinar el nivel de alcoholismo; establecer los conceptos básicos para la aplicación de los niveles de logro en las etapas del cambio; comprobar la efectividad de la rueda del cambio del modelo transteórico. A lo largo de los capítulos se encontrará una breve descripción de términos o palabras claves que se utilizaron para realizar la investigación entre ellas, que es una adicción, alcoholismo, teoría transteórica así como también el proceso que se realizó para recabar datos y análisis de los mismos.

En la investigación se presenta la información recabada acerca de la determinación de los niveles de logro en la aplicación de las etapas del cambio, de la teoría transteórica de Prochaska y Diclemente, en hombres de 18 a 30 años que por alcoholismo asistieron al Centro de Restauración El Jordán. La investigación se inició contactando a la institución para conocer la labor que realizaban con los internados, a partir de ese primer contacto se estableció la asignación de los recursos para la investigación que serían provistos de parte del Centro, como por ejemplo acceso a papelería de registros de los pacientes así como los horarios de actividades que el centro realiza y por último se firmó un consentimiento informado para poder llegar a un acuerdo acerca del reglamento y orden en que se realizaría la investigación además de los recursos materiales o institucionales que se utilizarían, como por ejemplo iluminación, salones y energía eléctrica etc.

La investigación se justifica debido a los problemas físicos, psicológicos y sociales que provoca el alcoholismo son un fenómeno que en Guatemala viene en crecimiento, sin embargo, el tratamiento psicológico forma parte de un tabú en la

sociedad. Esta población no cuenta con el apoyo genuino y por esa razón que se buscó implementar estrategias y procesos internos para cada etapa, dentro de la corriente cognitivo-conductual y la rueda de cambio de la teoría transteórica. Las razones que justificaron la investigación fueron dar a conocer el beneficio del estudio a la muestra elegida, también a la Escuela de Ciencias Psicológicas para dar un nuevo marco de referencia en conocimiento y por último que futuros investigadores utilicen y comprueben la teoría.

Los alcances fueron aportar conocimientos para la rehabilitación de hombres alcohólicos a través de la teoría transteórica del cambio además se comprobó la efectividad de la rueda del cambio del modelo transteórico y comprender en mayor medida cómo funciona la rueda de cambio de la teoría transteórica de Prochascka y Diclemente, considerando que fue de beneficio para la población el tratamiento modificar el comportamiento de la persona alcohólica. La psicología debe dar la posibilidad de intervenir y planificar actividades de acuerdo a las necesidades de las personas afectadas para que logre encontrar una solución. Otro aspecto importante que se deriva de esta investigación es la información del buen manejo del desempeño de la teoría y de la rueda de cambio con el fin de aportar conocimiento a los futuros psicólogos y psicólogas.

Algunas limitaciones encontradas fueron no contar con herramientas necesarias para poder realizar una mejor intervención como por ejemplo, espacios libres ya que por razones de calendarización, no se podía contar todo el tiempo con las áreas libres para llevar a cabo las actividades planificadas. Por último se agradece a las autoridades del Centro de Restauración El Jordán que permitió la elaboración y culminación de la tesis, así como a las personas por su cooperación en cada una de las actividades, y colaborar en el proceso de la rehabilitación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1 Planteamiento del problema

El problema investigado fue "determinación de niveles de logro, en la aplicación de las etapas del cambio de la Teoría Transteórica de Prochaska y Diclemente, en hombres de 18-30 años, que por alcoholismo asisten al Centro de Restauración el Jordán, en 2016", el cual consiste en que las personas alcohólicas del Centro, no tienen el conocimiento de la aplicación de las etapas del cambio: pre contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída, mismas que integran la Teoría Transteórica del Cambio que describe y explica cómo cambian las personas, lo cual redundará en recaídas y perpetuación de la conducta alcohólica crónica.

El supuesto se basa en los cambios de autoayuda de la persona y que según las investigaciones, se puede aplicar al cambio relacionado con la conducta alcohólica, de acuerdo a las etapas arriba mencionadas.

La Teoría Transteórica describe y explica los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una conducta que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual.

Esto de acuerdo a los niveles de logro entendidos como las descripciones de los conocimientos y habilidades que se requieren y demuestran los hombres de 18-30 años al responder las pruebas pertinentes para que su desempeño sea ubicado en un nivel de logro inicial, intermedio y/o avanzado.

El guatemalteco actualmente al no conocer cómo salir del alcoholismo, le ha provocado que la conducta alcohólica de la población joven, se vea afectada particularmente, no solo por las recaídas a la conducta alcohólica, sino por la falta de sentido ante la vida, el estrés y los trastornos afectivos de ansiedad y

depresión que padecen estas personas, así como problemas de comunicación, trastornos de relación con sus parejas, familiares, etc.

Siendo este un problema que merece estudio dentro del campo de la Psicología de la Salud y es factible para ubicar la línea de investigación en la cual se identificó el problema: La Psicología de la Salud y sus técnicas de tratamiento.

La persona alcohólica en muchos casos es excluida de la sociedad, así como de los servicios de salud, debido a que el Estado no ha priorizado la atención de los mismos, existiendo centros de atención específica para ellos como el Centro de Restauración El Jordán, que como institución privada, pueden costear el tratamiento y asistir a grupos como alcohólicos anónimos.

Esto debido a que las personas en Guatemala, en su gran mayoría, no tienen derecho a la seguridad social, por lo que investigar dicho centro de atención, en cuanto a la eficacia e impacto psicosocial del tratamiento institucionalizado permitió poder hacerlo más efectivo y eficaz.

Esto incide en la salud de las personas con problemas de alcoholismo, porque la mayoría, no cuentan con los recursos necesarios para poder acudir a servicios privados debido a que sus ingresos no son suficientes para poder satisfacer las necesidades, prefieren en muchos casos no atender su salud y continuar arrastrando el problema de alcoholismo.

El Estado de Guatemala, es el obligado a velar por la salud de este grupo poblacional y es uno de sus derechos enmarcado en la Constitución Política de la República, por lo que deberá desarrollar más mecanismos para que se priorice la salud de las personas con problemas de alcoholismo.

Los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales que provoca el alcoholismo son un fenómeno que en Guatemala viene en crecimiento, sin embargo, el tratamiento psicológico forma parte de un tabú en la sociedad,

muchas veces por no contar con la información necesaria o por no contar con adecuada educación.

El carácter teórico-práctico del hacer de la psicología, se realiza en este caso en la formación social guatemalteca, en la que los actores sociales son hombres concretos con sus problemas de vida y cuya problemática es determinada por las características de la sociedad guatemalteca que, aunque en términos generales, posee rasgos específicos que hay que tomar en cuenta.

En la actualidad al carecer de información sistematizada acerca del Centro de Restauración El Jordán, en cuanto a su funcionamiento como Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico, no permite vincular la teoría transteórica del cambio, para la atención y tratamiento de las personas con diagnóstico de alcoholismo en hombres de 18-30 años de edad, que no tienen el conocimiento de las etapas del cambio a través de la aplicación de estrategias y procesos internos para cada etapa, dentro del marco de la corriente cognitiva- conductual no logran trascender su existir y buscar el camino a la felicidad.

Los niveles de logro son descripciones de los conocimientos y habilidades que se requiere demuestren los hombres de 18-30 años al responder las pruebas pertinentes para que su desempeño sea ubicado en un Nivel de Logro Avanzado, Intermedio o Inicial.

Las etapas del cambio son un modelo útil que describe cómo cambian las personas. El cual se basa en los cambios de autoayuda, y según las investigaciones se puede aplicar al cambio relacionado con conducta alcohólica, las cuales son: 1-pre contemplación, 2-contemplación, 3-determinación, acción, 4-mantenimiento, 5-recaída, además la teoría transteórica es la teoría que postula que las personas pasan por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Describe los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual.

Lo anterior implicó, investigarlo desde una perspectiva que tomó en consideración la vinculación entre los siguientes elementos que lo conforman: La caracterización del Centro de Restauración El Jordán, en relación con su funcionamiento en cuanto al tratamiento institucionalizado: el sistema de terapia individual y/o de grupo utilizada, el proceso desarrollado y los logros alcanzados producto de los servicios de restauración.

Lo anterior se tradujo en la percepción y conocimiento que la persona con diagnóstico de alcoholismo tiene del tipo de terapia individual y grupal y su eficacia, el impacto en la conducta alcohólica y el control del avance de los procesos de cambio a una conducta sobria, para que puedan identificar el nivel de logro y solución del problema de salud mental del guatemalteco en general y las expectativas de egreso que necesariamente tiene que alcanzar la persona con problemas de alcoholismo (neurótico) para mantener el bienestar y salud física y mental, en particular.

La población con problema de alcoholismo, en hombres de 18 y 30 años en Guatemala en un mayor porcentaje, no tiene acceso a servicios sociales de parte del Estado y sus instituciones, lo cual le ha imposibilitado la incorporación y práctica de los conocimientos relacionados con la teoría transteórica del cambio que como corriente psicológica dentro de la psicología relacionada con el alcoholismo y la rehabilitación de conductas problema.

En el estudio se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el nivel de alcoholismo en personas hombres de 18-30 años que asisten al Centro de Restauración el Jordán?, ¿Cuáles son los conceptos básicos para la aplicación de los niveles de logro en las etapas del cambio, en hombres de 18-30 años que asisten al Centro de Restauración el Jordán 2016. ¿Es efectiva la rueda del cambio de comportamiento del modelo transteórico del comportamiento, en hombres de 18-30 años que asisten al Centro de Restauración El Jordán durante el año 2016?

1.2 Marco teórico

El estudio de las personas de 18-30 años con problemas de alcoholismo que asiste al Centro de Restauración El Jordán, conviene abordarlo desde una perspectiva que tome en consideración la vinculación entre los siguientes elementos que lo integran:

1.2.1 Contexto Guatemalteco

La realidad nacional guatemalteca desde hace un siglo, está estructurada y dominada desde el punto de vista político-económico y social por el sistema de producción capitalista, experimentando la mayor crisis de su historia, con altas tasas de inflación, exclusión social, corrupción, nepotismo, devaluación de la moneda, desempleo y empleo informal, que se concentra en el área urbana y prevalece y afecta a los jóvenes especialmente hombres mayores de 18-30 años, lo cual evidencia problemas de atención psicosocial e inserción laboral de estos grupos.

En cuanto al empleo informal, que es el grupo de personas ocupadas que perciben un salario inferior al salario mínimo establecido por ley, no tienen prestaciones ni servicios de seguridad social, es el fenómeno más relevante en las áreas urbanas y rurales, en donde las personas jóvenes en muchos casos se concentran.

La precariedad generalizada de la situación laboral, se confirma al considerar el número de empleos informales generados que no cuentan con seguridad social.

Son características de la realidad nacional guatemalteca, el analfabetismo, la desigualdad y exclusión en la distribución de la riqueza, la discriminación y el racismo, la violencia institucionalizada y un Estado debilitado por desfalcos,

producto de la corrupción y sometido a la oligarquía terrateniente (clase dominante) del país.

En la sociedad guatemalteca, las clases extrema pobre, pobre y media (fuerzas productivas) se encuentran desposeídas y al margen de los beneficios de la riqueza que la producción agrícola, industrial y de servicios produce y desposeída de los medios de producción y al contrario, la mayoría de la población, al no poseer un trabajo calificado, vende su fuerza de trabajo a cambio de explotación, represión psicológica y con alto riesgo de muerte por violencia generalizada.

La sociedad guatemalteca está dominada por el sistema neo-liberal, basado en la economía de mercado y globalización deshumanizante y que se refleja en los gobiernos de turno que ostentan el poder a cambio de hambre, miseria y represión sobre sus habitantes y que los miembros de la clase media y joven no están inmunes, máxime por la conciencia de la realidad nacional en que vive actualmente.

La actual crisis de la sociedad guatemalteca influye en la psique de los ciudadanos guatemaltecos y en el caso de la persona de 18-30 años, ubicado dentro de la clase media y pobre, esta crisis política, económica y social, crisis de valores, no escapa a afectarle en su personalidad y estrategias de enfrentamiento, como formas de ajuste que encuentra en su medio ambiente social y que en general le afecta en su adaptación psicosocial y salud mental.

“En Guatemala, la crisis económica, sociales y políticas recurrentes, degradan el escenario nacional, caracterizado por los efectos de modelos de desarrollo histórico excluyentes, que han producido zonas de extensa pobreza e islotes de gran bienestar, donde las desigualdades son más visibles porque se apoyan en distinciones étnico-culturales. La sociedad guatemalteca, también se ve agravada por los efectos de la desagregación del sistema político y herencias

de terrorismo de Estado, el tráfico de drogas ilegales, el crimen y la inseguridad generalizada”.¹

En este contexto multidimensional, surgen las pandillas, las conductas antisociales, en ciertos ambientes barriales, donde proliferan exceso de cantinas o venta de drogas), escolares, laborales, carcelarios, amistades y cultura que hace elogio a lo ilegal, como medio para obtener dinero fácil. En todo ello, la impunidad resulta ser el marco ideal para desatar el uso de la fuerza como un poder ilimitado.

Consecuentemente esta realidad nacional guatemalteca, que condiciona y determina el origen y desarrollo de las instituciones públicas o privadas que tienen a su cargo la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales de sus miembros, para cuya finalidad fueron creadas histórica y socialmente, conviene que se caractericen y que podemos mencionar:

1.2.2 Marco Institucional

El Estado de Guatemala, a través de sus instituciones como **El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**², tiene contemplada como misión guiar, organizar y/o respaldar una respuesta ampliada y dirigida a integrar, fortalecer, extender y diversificar los servicios y programas de salud públicos, hospitalarios y privados.

A pesar de contar con su visión, principios y valores, políticas y planes de trabajo, el ministerio de salud no atiende las necesidades específicas de las personas jóvenes con problemas de alcoholismo.

Revisando, tanto sus planes de trabajo como sus políticas no se expresa claramente la tendencia en la atención primaria y secundaria y terciaria de las personas jóvenes con problemas de alcoholismo, aunque en futuras

¹Aguilar Umaña, Isabel, “Informe nacional de desarrollo humano”, Don Quijote S.A. 2012: pág. 173

²Decreto 90-97, “Congreso de la República de Guatemala”, Diario de Centro América 1,997: art 4pág. 2

investigaciones conviene estudiar más la epidemiología del alcoholismo, su origen, evolución, tratamiento, etc.

Continuando con la identificación de las organizaciones sociales que prestan los servicios de apoyo y mantenimiento a las personas con problemas de alcoholismo en la ciudad de Guatemala, se reconoce a la institución llamada:

1.2.3 Centro de Restauración El Jordán

El Centro de Restauración El Jordán se fundó en el año 2,004, por iniciativa del teólogo Emilio Tobar, quien con apoyo de otras instituciones privadas y públicas, ha logrado el sostenimiento del centro, en mayor parte ayudas en especie.

La visión del Centro es combatir el alcoholismo y ayudar a las víctimas del alcohol a recuperarse. El Centro de Restauración El Jordán se constituye bajo los ideales que se traducen dentro de los siguientes objetivos:

1-Determinar la fase en que se encuentra el paciente con problema del alcoholismo.

2-Evaluar y diagnosticar el estado físico de los pacientes a su ingreso, ordenando el tratamiento de desintoxicación que amerite e iniciar con actividades religiosas basadas en principios bíblicos, para la recuperación espiritual, emocional, familiar, laboral y social de los pacientes, manteniendo observancia diaria sobre la evolución de cada paciente, durante el tiempo que dure el tratamiento.

3-Promover la estabilización de los estados nervioso y nutricional.

Es decir, se realiza evaluación y entrevista de los pacientes recién ingresados, ofreciéndole el servicio espiritual, asignándole al terapeuta que a juicio del director debe atenderlos.

Además, se construye un expediente por cada interno, en donde se obtiene de éste sus datos generales, familiares, de trabajo, historia de su ingesta y forma de interrelacionarse socialmente, etc.

El objeto específico de la investigación está en que se estudiará la determinación de niveles de logro, en la aplicación de las etapas del cambio de la teoría transteórica de Prochaska y Diclemente, en hombres de 18-30 años por alcoholismo que asisten al Centro de Restauración El Jordán, Guatemala, 2016.

Considerando por tanto, que las personas alcohólicas que asisten al centro, no tienen el conocimiento de las etapas del cambio: 1-pre contemplación, 2-contemplación, 3-determinación- acción, 4-mantenimiento, 5-recaída, mismas que integran la teoría transteórica del cambio que define, explica y predice cómo y porqué se produce el cambio en sí mismo o con la ayuda de un terapeuta, lo cual les imposibilita cambiar la conducta alcohólica de acuerdo a los niveles de logro- las metas e indicadores propuestos para mantener la sobriedad- y lo predispone al abandono del tratamiento y posible recaída, volviendo de nuevo a iniciar el paso por la rueda del cambio hasta lograr la sobriedad.

Con la caracterización de los niveles de logro producto de la aplicación de las etapas del cambio de la teoría transteórica, en el Centro de Restauración el Jordán, de la zona 7 de la ciudad de Guatemala, se promovió el fortalecimiento del funcionamiento del tratamiento institucionalizado, lo cual se reflejó en la percepción y conocimiento que la persona con problemas de alcoholismo tiene de la eficacia del modelo teórico-metodológico y su impacto a nivel personal, lo cual permitió un nuevo abordaje y atención de los problemas de salud mental del guatemalteco en general y el grupo de la población hombres de 18-30 años registrados en el centro el Jordán, del género masculino en la zona siete de la ciudad capital 2016, en particular. El tiempo que se estimó para la realización del estudio fue de tres meses, en la sede del Centro.

Esta problemática del proceso de cambio de conducta en que se encuentran las personas con problema de alcohol, en Guatemala tiene baja atención y falta de interés por parte del Estado Guatemalteco, representado por las autoridades de gobierno, en contraste y paradójicamente, actualmente en Guatemala la población hombres (18-30 años) es considerada un segmento de la población económicamente activa relegada a un segundo y tercer plano.

El Estado se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.³ Es decir, protegerá la salud física, mental y moral de las personas de la nación. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social, lo cual no se cumple.

Los últimos acontecimientos reportados por los medios de comunicación describen el fenómeno de la corrupción a través del saqueo de las instituciones del Estado, Ministerio de Salud, aduanas, puertos, IGGS, Congreso de la República, etc, que se traduce en falta y carencia de medicina e insumos para los pacientes enfermos renales y de los hospitales nacionales, ni vacunas para los niños y niñas, perpetuando la desnutrición crónica, la pobreza, el analfabetismo, la violencia social, el narcotráfico, la drogadicción, el alcoholismo, el desempleo formal y segregando a las personas jóvenes a la modalidad de empleo informal, con todos los inconvenientes que este representa, tanto para la salud física como psicológica, todo ello genera reflexión para abordar la teoría transteórica del cambio de conducta en la población de 10 hombres de 18-30 años.

La psicología como ciencia estudia la conducta y los procesos mentales. Su objetivo general es describir, explicar y predecir, los aspectos de la experiencia humana.

³“Constitución Política de la República de Guatemala”, Diario de Centro America, 1993 pág. 1

La Psicología de la Salud es una rama de la psicología cuyo objetivo es el análisis de las conductas y los estilos de vida personales que pueden afectar a la salud física y mental. Por lo tanto, Feldman (1995:6) la entiende como “rama de la psicología que explora la relación existente entre los factores psicológicos y las dolencias físicas o enfermedades”⁴. En este campo de estudio podremos desarrollar un problema de carácter mundial y nacional como lo es el alcoholismo con sus consecuencias para la salud física y mental.

Continuando con la corriente psicológica identificada como EL CONDUCTISMO⁵ es conveniente reconocer que es la escuela psicológica norteamericana más difundida y más influyente, fundada por John Watson en 1,913., según el cual la psicología debía circunscribirse al estudio de la conducta objetivamente observable y mensurable, renunciando enteramente a la descripción de contenidos de consciencia.

Se entiende que las teorías psicológicas solamente debían contener conceptos que se refiriesen a lo objetivo (en el sentido físico), evitando los contenidos que solamente pueden conocerse por introspección (pensamiento, sentimiento, percepción). En el carácter empírico del behaviorismo se considera a la conducta como nacida de la experiencia aprendida.

El método en la experimentación animal, a base de la cual se establecieron las leyes fundamentales de la conducta, que se consideraban válidas para el hombre. El enfoque tiene en común la exclusiva consideración de lo que es observable físicamente, es decir, los estímulos y las reacciones.

Lo que ocurre en el organismo después del estímulo y antes de la respuesta no es directamente observable, solo puede ser objeto de teorías.

⁴Feldman, Robert, S. (1995:14) “Psicología”, México; McGrawHill

⁵Brennan. James (1999: 280) Historia y Sistemas de la Psicología. México; Prentice Hall

Esta corriente psicológica enfatiza el papel central que el lenguaje juega en el aprendizaje de muchas respuestas de tipo superior y concibió el pensar como una especie de lenguaje silencioso, de manera tal que las inervaciones necesarias para el funcionamiento del lenguaje tomarían parte activa en el origen del pensamiento.

Dentro del conductismo se reconoce el comportamiento (condicionamiento) operante, en el cual la misma respuesta opera en el ambiente para producir ciertos resultados, es continuo y sin estímulo aparente.

De esta manera, es más fácil controlar el medio y registrar las frecuencias de respuesta operantes continuas. El aprendizaje ocurre cuando el comportamiento operante queda bajo el control del reforzamiento ambiental.

Para Feldman (1995) El enfoque conductual ha tenido una influencia en el área de los procesos de aprendizaje y ha “realizado contribuciones en áreas como la erradicación de la adicción a las drogas”.⁶

La Terapia cognitivo conductual.⁷ Dentro de este campo, se incluyen variadas técnicas terapéuticas, como la psico-educación (instrucciones), la reestructuración cognitiva, las técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante (por ejemplo, técnicas de exposición, planificación y realización de actividades gratificantes, relajación, etc.), la solución de problemas o el entrenamiento en habilidades (por ejemplo, asertivas, de comunicación, etc.).

Además de constituir un conjunto de variadas técnicas, el enfoque cognitivo-conductual es una perspectiva teórica acerca de cómo surge y se desarrolla la conducta humana, vinculada al conductismo de Watson.

⁶Feldman, Robert, S. (1995:16) “Psicología”, México; McGrawHill

⁷González María M.(2010: 575). “Intervención psicológica en personas mayores desde el paradigma cognitivo-conductual y aportaciones recientes desde las terapias de tercera generación”.- España,pdf.

Concretamente, desde la terapia cognitivo conductual, se postula que los individuos somos sistemas procesadores activos de la información que recibimos del medio (externo e interno) y que la forma de procesar (percibir, analizar, almacenar y recuperar) influye en gran medida en nuestro comportamiento y adaptación al medio.

De este modo, se considera que los esquemas cognitivos, las creencias racionales e irracionales, los pensamientos automáticos negativos, los estereotipos y prejuicios y las reglas verbales disfuncionales que tienen las personas con problemas psicológicos están en la base de su inadecuado afrontamiento del estrés y las demandas de la vida y son, por tanto, factores causales que están implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta desadaptada (alcohólica).

Personalidad

Se entenderá en el presente trabajo el término personalidad como sinónimo de carácter o estructura psíquica, estableciendo la diferencia entre temperamento y carácter como constitutivos de la personalidad, viendo en el temperamento, aquello que es heredado, constitucional e inmodificable y el carácter, aquellas cualidades adquiridas, formadas por la experiencia de la persona y modificadas por el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias educativas, culturales, etc.

La conducta está determinada por factores biológicos (temperamento) y factores psicosociales como la sociedad humana y la cultura (carácter).

De la Horra, R. (1974:10-11) apunta que “la personalidad es el resultado de la confluencia dinámica de aspectos tales como el de la herencia, el crecimiento físico o maduración y el proceso de socialización, ligados por el fenómeno del

aprendizaje biosocial , conformando la unidad indisoluble e indivisible y peculiar de cada individuo”⁸

Se entenderá como criterio en este trabajo, la definición de personalidad, como la totalidad de un ser en su singularidad y continuidad psíquica, que integra el temperamento, además de la historia individual.

Es el vínculo que da al psiquismo cohesión; es el modo habitual y preferido de reaccionar ante las diferentes situaciones, circunstancias-estimulo que la vida en sociedad le establece a una persona, pudiendo ser consciente o inconsciente.

La Personalidad está determinada por el principio de la causalidad, en el sentido de que cada efecto, proceso cognoscitivo o acto del comportamiento es el resultado de una causa específica o conjunto de causas y a su vez, es la causa de otros efectos.

El principio de la continuidad de la personalidad y de la inconsciencia, permite determinar las causas pasadas en función de los efectos contemporáneos; todos los elementos esenciales de la personalidad están ya establecidos para el séptimo año de vida. Las diferencias de comportamiento en los años posteriores son posiblemente explicables por cambios en el sistema intrapsíquico-sistema abierto-ya que la persona está en interacción constante con el ambiente. Esto explica que después de la niñez, las respuestas al medio ambiente ocurren dentro de un campo limitado de variaciones en gran medida predecibles sobre la base de las estructuras establecidas tempranamente.

Para Bellak L-Small L. (1983:45) “La constancia de los fenómenos organísticos y psíquicos hace mención del principio de la homeostasis”.⁹

⁸ De la Horra,R. (1974) “Apuntes para una aproximación a la psicología-Guatemala”, Universidad Rafael Landívar

⁹Bellak, L-Small, L, (1983:45) “Psicoterapia Breve y de Emergencia”.México-Pax.

La formación de los síntomas se interpreta como un esfuerzo de transacción entre la gratificación de los impulsos por una parte y la inhibición de ellos de acuerdo con patrones aprendidos.

1.2.4 Desarrollo de la personalidad

El ambiente en el que vive la persona, incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones de la cultura y los sistemas de valores, así como a influencia de los factores socioeconómicos sobre la economía familiar, que depende la estructura de clase de la sociedad en donde vive.

Existe una relación entre el tipo de estructura familiar y las formas de la psicopatología. Al intentar comprender el desarrollo de la personalidad, se busca comprender la interacción de la persona con la personalidad de los padres y de otras personas significativas, lo cual lleva a clarificar el desarrollo de las funciones sociales que cada persona desempeña en la vida adulta del paciente.

El ser social se expresa en las acciones de grupo, y a su vez el grupo lo modifica; puede o no reforzar los objetivos y los valores que la persona ha establecido para su yo personal.

La manera en que el matrimonio se integra para formar y educar la familia es importante para entender la etiología de las enfermedades mentales.

Las parejas psiquiátricamente enfermas se encuentran y se casan y darán lugar a padecimientos mentales en los hijos, debido, probablemente, a una mayor potencialidad para la predisposición genética y porque se establece un ambiente de transacciones familiares que conduce hacia el desarrollo de aberraciones en la personalidad.

Conviene tratar a la persona tomando en cuenta la homeostasis familiar, debido a que se reconoce los lazos de dependencia entre los miembros de la familia.

Al estudiar a la familia en relación con la salud y enfermedad mental, se reconoce que lo que sucede entre la persona enferma y su familia tiene lugar dentro de una serie de subsistemas que incluyen a la persona, la familia, la comunidad y sus valores.

Los procesos entre la persona y su familia considerados patológicos, también se observan en la comunidad. Desde el ángulo de las transacciones se definen las deformaciones como parte de una cultura más amplia, así como en la familia y la persona, encontrando que se relacionan entre sí.

La composición familiar y el lugar que ocupa cada hijo es importante, la ausencia física o psíquica de personas adultas y maduras empobrece las experiencias del niño y evita que este identifique e introyecte los modelos necesarios para la vida futura, en especial cuando la figura paterna es del mismo sexo.

La preferencia o rechazo por uno de los hijos o hermanos es también fuente de limitaciones en su desenvolvimiento. Los hijos sometidos a malos tratos de los padres, los que se ven envueltos en coaliciones con uno de ellos o hacerla de jueces, tienen una alta probabilidad de sufrir desordenes de personalidad.

Los padres en su forma de controlar la conducta de sus hijos, algunos utilizan recursos punitivos, dominantes y represivos, con lo cual el niño aprende a controlar todo impulso y actuar de manera similar a la de sus padres, lo que da rigidez a su personalidad. Otros son poco punitivos e inconsistentes, buscando únicamente utilizar las recompensas.

Otros padres son contradictorios y caprichosos, resultando personas poco estables, indecisas y ambivalentes. Los padres sobre indulgentes pueden promover hijos sin disciplina y convertirse en problema para la sociedad.

El aprendizaje referido a las fuentes de patología, explica que eventos productores de ansiedad excesiva disminuyen los sentimientos de seguridad, su

frecuencia e intensidad resulta en conductas defensivas como el alcoholismo y la drogadicción y pueden interferir con su funcionamiento eficiente.

La orientación a seguir en el presente proyecto es la orientación humanista y se considera imprescindible subrayar los principios del análisis transaccional y posteriormente los desórdenes de personalidad.

El Dr. Berne, creador del Análisis Transaccional, que como teoría de Psicología individual, en su hipótesis estructural de primer orden, plantea las tres divisiones principales del sistema psíquico: Niño, Adulto y Padre.¹⁰

Los papeles de estas estructuras interdependientes varían a lo largo de la dimensión consciente-preconsciente e inconsciente. Ve la mente como una estructura psíquica, quien observó que en cada persona existen tres partes distintas y funcionales a las que denomino estados del yo, definiéndolos como un sistema de emociones y pensamiento, acompañado por un conjunto de patrones de conducta. Para el Doctor Berne, el mundo mental de la persona, se caracteriza de la forma siguiente:

El niño contiene emociones que nacen con la persona y que se denominan emociones auténticas. Está dirigido a buscar el placer y a evitar el dolor, usa el pensamiento mágico y no tolera la espera, la postergación ni la frustración (es hedónico, mágico y temporal). Contiene los conceptos sentidos de la vida y hace lo que le gusta hacer y se expresa mediante interjecciones y exclamaciones como ay ¡Ufa! ¡Qué lindo!

Cuando una persona funciona en su estado de yo niño, se muestra exigente, violento, sumiso, lloroso, alegre o de otra manera, pero siempre igual a la forma en que se mostraba cuando era realmente un niño en situaciones similares.

¹⁰Intecap. (1981: 1-7) "Manual de Análisis Transaccional", Guatemala

Por eso la conducta del niño es predecible, ya que no está adecuada al momento actual, sino que es la repetición de otras conductas realizadas en el pasado.

La niñez es la parte más importante de la personalidad porque en él están contenidas las emociones, la energía, la creatividad y la capacidad de gozar de la vida.

El Adulto contiene información y datos que provienen del mundo exterior y de fuentes internas (los otros dos estados del yo). Usa esta información para formular juicios y calcular sus probabilidades.

Está dirigido al mismo fin que el niño, pero con criterio de practicidad, tolerando la espera, la postergación y la frustración. Usa el pensamiento lógico y está ubicado en el aquí y ahora, es pragmático y lógico. Contiene los conceptos razonados de la vida y hace lo que conviene hacer.

Se expresa mediante adverbios y verbos en tiempo presente como perfectamente, obviamente, yo opino, yo pienso y sustantivos como conflicto, ansiedad.

La conducta del adulto varía de acuerdo a las circunstancias, el momento actual y a su conveniencia, de allí que no sea predecible en general.

El adulto es una parte importante de la personalidad porque es el encargado de encauzar la energía y creatividad del niño, a fines acordes con lo que es factible y conviene.

Los mecanismos que de esta categoría estructural se derivan en su intento de adaptación pueden darse en dos direcciones: de tipo directo mediante el ataque y agresión, huida o retirada y de tipo indirecto: negación, represión, racionalización, proyección, desplazamiento, conversión, evasión, vuelta contra sí mismo, etc.

Característica de los mecanismos del adulto es permanecer inconscientes. Si se llegara a abusar de ellos y se estableciera un hábito negativo, manifestado por una conducta rígida, inflexible, esto podría llevar a la persona a un desequilibrio mental y emocional que es factible de diagnosticarse y clasificarse como alcoholismo, drogadicción, neurosis, psicosis, etc.

Estos mecanismos de defensa persiguen evitar o disminuir la ansiedad producida por el contacto con situaciones frustrantes, por lo que la única manera en que esto es posible es, distorsionando en mayor o menor grado esa realidad, que conforme la vivencia existencial de la persona.

De esta forma, se pretende anular o modificar los molestos estímulos provenientes del ambiente objetivo o realidad, gracias a la labor subjetivamente hecha por el adulto a través de la alteración inconsciente, no reflexiva realizada por los procesos perceptivos que captan dicha realidad.

Consecuencias graves de esta distorsión de los fenómenos de defensa en la deformación del juicio racional, que impide a la persona el ver las verdaderas razones de su comportamiento y que condiciona a la vez, el resto de sus procesos cognitivo-emotivos.

Bellak y Small (1983: 45) aportan “el concepto de las funciones autónomas del adulto, entre las que destacan la percepción, la intención, la comprensión del objeto, el pensar, el lenguaje, la productividad, definiéndolas como funciones de la esfera libre de conflicto”.¹¹

El Padre contiene actitudes, conductas y conceptos que fueron aprendidos por la persona de fuentes externas, principalmente de los padres u otras figuras significativas de la infancia.

¹¹Bellak, L Small, L. (1983:45) “Psicoterapia Breve y de Emergencia”. México, Pax.

Está desactualizado, porque se maneja con elementos que fueron validos en el pasado, sin verificar si siguen siendo válidos en el presente. Actúa en base al porque sí, porque fue así, o porque él lo dice o lo ordena, es apriorístico y extemporáneo. Contiene los conceptos aprendidos de la vida y hace lo que se debe hacer.

1.2.5 Ansiedad

Un conflicto produce el efecto de ansiedad, que se considera esencial para comprender los procesos mentales.

Actualmente se considera a la ansiedad, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en la conducta, con las consecuentes respuestas de la personalidad.

Kolb (1982: 86) refiere que “la ansiedad es la señal de una amenaza inminente a la personalidad en el contexto de su ambiente social”.¹²

Durante el desarrollo de la personalidad, aparecen diversos mecanismos mentales para proteger a la persona de la ansiedad y de otros afectos y sus concomitantes fisiológicos.

1.2.6 Desordenes de personalidad

En relación con los desórdenes de personalidad va ser criterio en este trabajo la definición en el sentido de que solo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacitación social significativa, disfunción ocupacional o malestar subjetivo, hablaremos de ellos.

¹²Kolb L. (1982:86) “Psiquiatría Clínica Moderna”, México, Prensa Medica Mexicana

Para Millon T (1980: 56) “tres son las características presentes en todo desorden de personalidad: Inflexibilidad adaptativa, círculos viciosos y estabilidad tenue.”¹³ **La inflexibilidad adaptativa**, es manifiesta en la escasez de formas que el individuo tiene de relacionarse con otras personas, de alcanzar sus metas y de enfrentar el estrés, además de su rigidez. La persona no solo no es capaz de adaptarse a las circunstancias efectivamente, sino que evita las situaciones neutras percibiéndolas como angustiantes (estímulos neutros).

En los **círculos viciosos**, estas personas manifiestan construcción protectora, distorsiones cognitivas y generalización de las conductas. Con ello restringen sus oportunidades de nuevos aprendizajes sobrevalorando eventos benignos, provocando reacciones en los demás que reactivan antiguos conflictos. Sus conductas, pensamientos y percepciones y emociones, generan y perpetúan antiguos problemas.

Por lo anterior, en la **estabilidad tenue**, la persona se convierte en emocionalmente frágil a condiciones de estrés subjetivo, esta vulnerabilidad a acontecimientos que reactivan el pasado y la poca efectividad de los mecanismos de enfrentamiento, los hacen sumamente susceptibles a nuevas dificultades. En el caso de los alcohólicos, enfrentados a fracasos constantes sin recursos para manejar la situación de su vida, recurren a la huida (alcoholismo) menoscabando su autoestima y vulnerabilidad emocional.

1.2.7 Dinámica de la personalidad

La persona ante diferentes situaciones de tensión, tiende a percibir, analizar e interpretar en forma inadecuada los eventos que se le presentan y ante la falla de los mecanismos de defensa de negación, represión, racionalización, tiende

¹³Millón Theodore, (1980: 56) “Personality Disorders”, Nueva York, I Bruner/mazel

dinámicamente al uso del mecanismo de vuelta contra sí mismo, lo cual le lleva a la ingesta de alcohol en forma indiscriminada, ya sea en forma de abuso, intoxicación y/o dependencia al mismo, llevándole a crear un hábito autodestructivo que afecta al adulto, el cual, ya no percibe en forma realista los hechos que se acontecen, llevándole en alto riesgo de experimentar incluso alucinaciones o pérdidas de la memoria, dependiendo de la cantidad de alcohol ingerido. Consecuentemente, al despertar de los periodos de alcoholismo, al experimentar sentimientos de culpa por parte del padre, y ante la percepción de la realidad dolorosa, el adulto decide volver a ingerir nuevamente el alcohol como mecanismo de escape, lo cual se vuelve un círculo vicioso, difícil de romper, a menos que encuentre ayuda profesional, tanto médica como psicológica y psiquiátrica, dependiendo del grado de deterioro físico y mental y del diagnóstico de alcoholismo identificado.

1.2.8 El alcoholismo

Para Feldman (1995:160) “el alcohol es el más común depresor, que en pequeñas dosis elimina la tensión y produce sentimientos de felicidad, pero que en mayores cantidades puede producir inestabilidad emocional y física, daños a la memoria y estupor”¹⁴.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y mortalidad considerable. 9 de cada 10 personas adultas, se estima, han tenido alguna experiencia con el alcohol y un número importante, 6 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres, han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados: accidentes, despidos laborales o escolares.

El alcoholismo es un problema complejo que no se puede considerar solamente como una ofensa criminal o espiritual, un mal hábito, una adicción, un

¹⁴Feldman, Robert, S. (1995:160) “Psicología”, México; McGrawHill

estado toxico o una enfermedad. Para Solomon (1976: 183) “es una aflicción de la sociedad, un problema que compete al médico, farmacólogo, antropólogo, legislador, sociólogo, abogado, psicólogo”.¹⁵

El alcoholismo y los trastornos asociados, pueden conducir a síndromes cerebrales agudos y crónicos como las psicosis, entendida como una de las complicaciones más severas de la adicción al alcohol y que caracteriza por la ingestión excesiva, continua o episódica del alcohol.

Kolb (1982:252) afirma que “la adicción al alcohol es sintomática de un trastorno de personalidad. La gran mayoría tienen en su carácter rasgos de personalidad inadecuada o pasivo-agresiva. Un número menor son personas compulsivas, dependientes y con personalidad paranoide y antisociales”.¹⁶

El tratamiento del alcoholismo implica un entendimiento y manejo de la vida mental de la persona; incumbe a los profesionales de la salud su atención debido a que son ellos mismos los que buscan tratamiento o son los familiares los que buscan la ayuda o se puede identificar por medio de una historia cuidadosa y examen que les practique por otro padecimiento concomitante.

En general se clasifica al alcoholismo como social, neurótico y psicótico. El grado de especificidad del tratamiento depende de la precisión del diagnóstico, el cual depende de un entendimiento de la persona. Una regla general es que el alcohólico debe evitar el primer trago, es decir, debe esforzarse por una abstinencia completa.

¹⁵ Solomon Philip, (1976:183) “Manual de Psiquiatría”, México, “Manual Moderno”

¹⁶Kolb L. (1982:252) “Psiquiatría Clínica Moderna”, México, Prensa Medica Mexicana

1.2.9 Adicción al alcohol

Kolb (1982:625) define la adicción como “una necesidad compulsiva del uso del alcohol, debido a que dicha sustancia proporciona alivio a la tensión y a la incomodidad emocional”.¹⁷

La adicción está vinculada con la tolerancia que significa un efecto cada vez menor de la misma dosis de la sustancia (alcohol), cuando esta se administra de forma repetida durante un periodo y como resultado se hace necesario aumentar la dosis para obtener un efecto de la magnitud inicial.

1.2.10 Dependencia al alcohol

Es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud física y mental del individuo; se caracteriza por respuestas conductuales y emocionales, que siempre incluyen una compulsión a tomar la sustancia en forma continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evadir la incomodidad de su ausencia. Puede o no haber tolerancia. La dependencia física es un estado fisiológico anormal que aparece cuando el alcohol se ingiere o se administra en forma repetitiva para impedir que aparezca el síndrome de abstinencia.

El aceptar a un alcohólico para tratamiento significa que el médico tratante, debe de estar preparado para aceptar recaídas terapéuticas (dejar la abstinencia).

Según Pichot, P, (1995:181)”el deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados al alcoholismo, aunque puede dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes”.¹⁸

Los trastornos relacionados con el alcohol se divide en dos grupos: Trastorno por consumo de alcohol (dependencia y abuso) y trastornos inducidos

¹⁷Kolb L. (1982:625) “Psiquiatría Clínica Moderna”, México, Prensa Medica Mexicana

¹⁸Pichot, P, (1995:186) “DSMIV”, México, Masson

por alcohol (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por alcoholismo, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico, trastorno psicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducido por alcohol.

1.2.11 Descripción de criterios diagnósticos para la dependencia del Alcohol

Pichot P. (1995:186), caracteriza la dependencia al alcohol como “un patrón desadaptativo de consumo del alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios

A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitarlos síntomas de abstinencia.

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si: Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

3 Leve/moderado/grave”¹⁹

1.2.12 Criterios para el abuso de Alcohol

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

¹⁹Pichot P. 1995:186 “DSM IV”-México, Masson

1.2.13 Criterios para la intoxicación por Alcohol

Pichot P (1995:202 y ss) establece los siguientes criterios:

“A. Presencia de un síndrome reversible específico del alcohol debido a su ingestión reciente (o a su exposición).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para la abstinencia de Alcohol

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos relacionados con el alcohol

Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol (303.00)

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

1. lenguaje farfullante
2. incoordinación
3. marcha inestable
4. nistagmo
5. deterioro de la atención o de la memoria
6. estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de alcohol F10.3 (291.8)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

1. hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. temblor distal de las manos
3. insomnio

4. náuseas o vómitos

5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones

6. agitación psicomotora

7. ansiedad

8. crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas”.²⁰

1.2.13 Prevalencia

La dependencia y el abuso de alcohol forman parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población general; se estima que 8 de cada 100 personas presentan dependencia alcohólica y 5 de cada 100 abusa del alcohol, en algún momento de la vida.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo de alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, afectan los patrones de consumo y la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo se diferencian en la cantidad y frecuencia de consumo.

²⁰Pichot P. 1995 “DSM IV”-México, Masson

El abuso y la dependencia son más frecuentes en varones que en mujeres en una proporción de 5 a 1. Las mujeres empiezan más tarde el consumo que los varones.

Curso

El primer episodio de intoxicación alcohólica aparece en la juventud, entre los 20 y 30 años. La gran mayoría que desarrollan trastornos relacionados con el alcohol, lo hacen a partir de los 30 años. Los síntomas de abstinencia se presentan hasta ya instalada la dependencia. El abuso y dependencia de alcohol presentan un curso variable caracterizados por periodos de remisión y recaídas. La persona típica con un trastorno relacionado con el alcohol tiene un pronóstico mucho más prometedor. Los estudios de seguimiento muestran en un 65% de casos sometidos a tratamiento un año de abstinencia. Dos de cada diez con dependencia de alcohol consiguen un tiempo más prolongado de sobriedad, incluso sin tratamiento.

Patrón familiar

La dependencia alcohólica presenta un patrón familiar e indicios de factores genéticos; el riesgo es cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de las personas con dependencia alcohólica y es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas son muy próximas y los problemas relacionados son graves.

Diagnóstico diferencial

Conviene diferenciar el consumo no patológico de alcoholismo (bebedores sociales) del abuso, intoxicación y dependencia del alcohol. También conviene diferenciar los trastornos inducidos por el alcohol de los trastornos mentales primarios (trastorno depresivo mayor); así como los relacionados con enfermedades médicas. Además diferenciar la intoxicación y dependencia por alcohol del trastorno de ansiedad por alcohol, de inicio durante la abstinencia.

El alcohol es depresivo y no estimulante, descendiendo y alterando los niveles de aprendizaje, memoria y el tiempo de reacción, el cambio más característico de la personalidad, bajo efectos del alcohol, es la disminución de las inhibiciones.

El alcohol es una droga, lo que significa que disminuye las funciones vitales, lo que resulta en lenguaje mal articulado, inestabilidad de movimiento, percepciones alteradas e incapacidad para reaccionar con rapidez.

Clasificación de los alcohólicos:

Grupo de Bebedores Sociales: que beben en todas las reuniones.

Grupo de bebedores graves: bebe para intoxicarse, no necesita una ocasión para beber, solo o acompañado, a cualquier hora del día, es el llamado alcohólico.

La clasificación de las psicosis alcohólicas puede ser:

-Por Intoxicación Patológica;

-El Delirium Tremens;

Síndrome de Korsakoff;

Alucinosis alcohólica y

Estados paranoides alcohólicos

Deterioro Alcohólico.

Los distintos grados de alcoholismo tienen como origen cierta forma de inadaptación. Wolf W. (1988:88) afirma que “Todos se caracterizan por una debilidad de la voluntad e incapacidad para lograr una satisfacción espontánea y activamente”²¹. En cuanto a la forma en que afecta a la mente, el alcohol se

²¹ Wolff Werner (1976) “Introducción a la psicopatología”. México, Fondo de cultura económica

comprende mejor si se ve como una droga que reduce la capacidad de la persona para pensar en forma racional y distorsiona su capacidad de juicio.

Aunque se clasifica como depresivo, la cantidad de alcohol que se consume determina el tipo de efecto que tiene. Mucha gente bebe por el efecto estimulante, como en el caso de una cerveza o un vaso de vino que se toman “para animarse”. Pero si una persona consume más de lo que el cuerpo puede tolerar, entonces experimentará el efecto depresivo del alcohol. Empezará a sentirse “mareado” o perderá coordinación y control. Una sobredosis de alcohol provoca efectos depresivos mucho más severos (incapacidad para sentir dolor, intoxicación que obliga al organismo a vomitar y finalmente inconsciencia o peor aún, coma o muerte provocada por una grave sobredosis tóxica). Estas reacciones dependen de la cantidad de alcohol que se consuma y de la rapidez con que se consuma.

En el contexto del alcoholismo, la ansiedad se entiende como una fuerte necesidad o compulsión de beber; pérdida de control: la incapacidad propia para limitar el consumo del alcohol en cualquier situación.

Psicogénesis del Alcoholismo

Kolb L (1982:252) afirma que “los estudios continuos acerca de la familia y los parientes de los alcohólicos, reafirman que en el alcohólico es más común que en otras personas haber experimentado una perdida parental temprana debido a la muerte, la separación o el divorcio; así como la privación de ambos padres con el subsecuente cuidado institucional. La iniciación temprana del hábito de tomar en exceso parece ser más probable en las personas que han perdido a sus padres que en las personas que no han tenido dicha perdida”.²²

²²Kolb L. (1982) “Psiquiatría Clínica Moderna”, México, Prensa Medica Mexicana

Para el presente trabajo el alcoholismo se considera como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso del alcohol.

Esto implica una incapacidad de controlar la conducta, dificultad para la abstinencia permanente, deseo imperioso de consumo, disminución del reconocimiento de los problemas significativos causados por la propia conducta y en las relaciones interpersonales así como una respuesta emocional disfuncional.

Incidencia del alcoholismo en Guatemala

De acuerdo con Mckenney (2016:2) acerca del Informe sobre la Declaración de La Antigua, Guatemala, sobre Prevención del Abuso de Alcohol en Ibero América, realizada en junio 2,003 en La Antigua Guatemala refiere que “la edad de inicio promedio para el consumo y abuso de alcohol es antes de los 13 años, según los estudios de los diferentes países entre ellos Guatemala. La edad de las personas que acuden por primera vez a Alcohólicos Anónimos (AA) ha disminuido, antes los visitantes superaban los 30 años, ahora cada día son más los menores de 20 años. El 25% de los miembros de A.A. tienen menos de 25 años. Esto según sus estadísticas de los centros que existen en Guatemala.”²³

Resumiendo los estudios realizados por el patronato antialcohólico y la secretaria ejecutiva de la vicepresidencia de Guatemala, se afirma que en promedio los guatemaltecos se inician en el consumo de licor, a la edad de los 15 años.

Uno de cada tres estudiantes reporto por lo menos un problema social, legal o médico, relacionado con el uso de alcohol. La prevalencia de alcoholismo y de

²³MacKenney, Ana L (2016: 7-8) “Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental Guatemala”. Universidad del Valle

la drogadicción en los adolescentes era más evidente en los hogares que tenían antecedentes de alcoholismo y drogadicción.

Por observaciones realizadas, el alcohol y tabaco son las drogas más frecuentes entre los estudiantes jóvenes comprendidos en las edades de 12 a 18 años edad, cursante del nivel medio de educación.

Modelo Transteórico del Cambio de Conducta

Desde el punto de vista práctico se entiende como rama de la psicología que describe, explica y predice que la conducta de las persona atraviesa por una serie de etapas cuando deciden llevar a cabo un cambio de conducta en alguna área de su vida.

Según León, M (2013:19) “El modelo se articula tridimensionalmente integrando etapas, procesos y niveles de cambio. Etapas del cambio El proceso de cambio en las personas se conforma de una serie de etapas, concebidas por Prochaska y Diclemente en 1994, describiendo cada una con una actitud y un tipo de motivación diferente”²⁴.

Estas etapas fueron representadas como una espiral de cambio, el cual explica que las personas se ubican en un continuo circular que puede ser bidireccional y postula que en cualquier proceso de cambio, las personas circulan o transitan varias veces alrededor de éste antes de alcanzar un cambio estable. Las etapas del cambio representan las fluctuaciones y dinámica de la motivación en el proceso de cambio a través del tiempo.

Primera Etapa de pre contemplación: Esta representa el statu quo, una persona en esta etapa no se plantea modificar su conducta ya que no es consciente (o lo son mínimamente), de que dicha conducta represente un

²⁴León L. (2013: 19);, “La entrevista Motivacional”, México, Ditrare

problema. El cambio es visto como irrelevante, no deseado, innecesario o imposible de lograr.

La conducta es totalmente funcional para la persona. Esto puede deberse a diversas circunstancias por ejemplo: A la escasa o nula información o desinformación sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su comportamiento.

Por haber tenido previos fracasos ante el intento de cambiar, ahora se encuentra desmotivado en cuanto a su capacidad de hacerlo. En esta etapa, es usual que las personas eviten hablar y pensar acerca de sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están motivadas o interesadas en participar en las intervenciones terapéuticas o para la promoción o educación en salud.

Segunda Etapa de contemplación: Una persona en esta etapa es consciente de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso serio de cambio. Esta etapa involucra un proceso de evaluación de los riesgos y beneficios, pros y contras de realizar un cambio en la conducta. Las personas, en esta etapa, aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual puede permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa, comentan para sí mismas que van a cambiar algún día; particularmente se muestran ambivalentes.

Tercera Etapa de preparación: Esta etapa se caracteriza por el hecho de que la persona toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta problema, así como por ser la fase en la que se realizan pequeños cambios en la conducta. Quienes se encuentran en esta etapa cuentan con un plan para actuar o participan en alguna actividad, por lo cual tiene un gran potencial para formar parte de programas orientados a la acción y se encuentran dentro de un proceso de intervención terapéutica.

Cuarta Etapa de acción: Es la etapa en la que la persona cambia su conducta y el estilo de vida asociado a tal conducta. Representa la puesta en marcha de los planes de acción. La persona evidencia capacidad para realizar cambios objetivos, medibles, exteriorizados de su comportamiento. Puesto que la etapa de acción es observable, el cambio del comportamiento ha sido equiparado a la acción.

Al mismo tiempo, la acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. La persona cuenta con una valoración muy clara de las ventajas de cambiar y demuestra un nivel mayor de auto eficacia.

Para muchas personas, esta etapa puede durar de tres a seis meses luego de haber dejado de consumir alguna droga o de reducir el consumo. Es en este momento en el que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio (se logran los mejores resultados), siendo también ideal para las intervenciones terapéuticas.

Quinta Etapa de mantenimiento: En esta etapa la persona trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior. En esta etapa la persona trabaja activamente en la prevención de la recaída usando una variada y específica serie de estrategias y habilidades que ha utilizado y fueron necesarias en el proceso de cambio inicial. Identifica y utiliza mecanismos para afrontar situaciones de riesgo de consumo evitando comportamientos anteriores, con lo cual aumenta progresivamente su confianza para mantener el cambio.

Si bien la recaída no está considerada como una etapa de cambio, forma parte del proceso de modificación que se desea lograr y se hace presente en diferentes momentos, es por ello que se afirma que la mayoría de la personas que tratan de cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración, regresan al consumo por lo menos una vez (consumo puntual), por lo que la recaída se considera como algo normal o esperado en este proceso.

En este momento, lo importante es fortalecer en la persona el compromiso de cambio, reforzando todos aquellos beneficios y logros que ha adquirido. Regularmente esto le ayuda a aumentar su confianza, mejorar los planes o estrategias de afrontamiento y el mantenimiento de la abstinencia. Algunas de las características de la recaída son que la persona suele mostrarse enojada, con resistencia temporal al cambio, llega a sentir desconfianza, inconsistencia, frustración, angustia, confusión y cierto grado de contemplación, es decir, se muestra ambivalente con respecto a las decisiones que tendrá que tomar.

La gran mayoría de las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol suelen encontrarse en las etapas de pre-contemplación o de contemplación en el momento en que se les realiza el diagnóstico. Por lo anterior, se puede afirmar que las etapas del cambio constituyen como una guía a seguir, que le permite al psicólogo aplicar las estrategias de intervención que se consideren más indicadas para las personas.

Estrategias para promover el cambio de etapa.

Se considera conveniente caracterizar las estrategias de intervención motivacional que serán útiles en la aplicación de los servicios terapéuticos en el tratamiento del consumo de alcohol, (en el centro el Jordán) que como procedimientos tenderán a favorecer el tránsito hacia etapas de evolución de la persona durante el proceso terapéutico ya sea de manera individual o en el trabajo en grupo.

De la pre-contemplación a la contemplación.

El psicólogo que promueve motivar al paciente que se encuentra en el estadio de pre-contemplación y espera que pase a la etapa de contemplación, para el efecto puede utilizar las siguientes técnicas y adoptar cierto estilo de

interacción, sobre la base del respeto y reconocer a la persona por asistir al tratamiento.

Desarrollar la escucha reflexiva para que alcance el reconocimiento de la gratificación que le genera a la persona el consumo de alcohol. Identificar pensamientos automáticos y creencias acerca del consumo de alcohol.

Para lograr detectar las discrepancias entre la percepción de la persona y de otras en cuanto a su consumo, conviene indagar sobre los motivos por los que se ingresa a tratamiento, retroalimentar acerca de los logros obtenidos, beneficios individuales, familiares, escolares, etc.

Para demostrar interés y preocupación, es importante ofrecer información y retroalimentar con respecto a los riesgos del consumo de alcohol.

De la contemplación a la preparación.

El psicólogo puede motivar a la persona que se encuentra en la etapa de contemplación y espera que pase a la de preparación, puede desarrollar las acciones terapéuticas como no apresurar a las personas a tomar decisiones, explorar otras áreas de interés para la persona para fortalecer la alianza terapéutica.

Además, revisar con la persona las expectativas que tiene con respecto al tratamiento, replantear los beneficios de formar parte de un proceso de tratamiento de consumo de alcohol. Por otro lado, puede resumir las preocupaciones de la persona en cuanto al consumo de alcohol. Indagar y aclarar las ventajas y desventajas del consumo de alcohol. Por otro lado conviene trabajar la ambivalencia de la persona para generar optimismo para preparar el camino hacia el cambio así como retroalimentar acerca de los logros obtenidos, beneficios individuales, familiares, escolares, etc.

De la preparación a la acción.

Cuando una persona se encuentra en la etapa de preparación se presentan señales o signos de deseo de cambio como los siguientes: se muestra pacífico, calmado, relajado, desahogado o estable, disminuye su resistencia al cambio, ya que reconoce el problema o los daños que ha provocado y existe mayor cooperación en las actividades de trabajo. Además deja de confrontar, hace planteamientos de automotivación lo que indica motivación hacia el cambio. Hace más preguntas acerca del proceso de cambio.

Comienza a hablar sobre cómo podría mejorar la vida después de un cambio, empieza a asistir a grupos de autoayuda o ayuda mutua para poder cambiar (dentro o fuera de la institución).

Cabe mencionar que de lo arriba expuesto no todo se presenta en las personas en tratamiento ni en la mayoría de casos.

De la acción al mantenimiento.

El psicólogo que quiera motivar la persona que se encuentra en la etapa de acción y desee que pase a la etapa de mantenimiento necesitara trabajar con la persona y resaltar pequeños o grandes pasos logrados, como por ejemplo: reconocer el esfuerzo realizado en las etapas de cambio pasados, ayudarla a comparar los costos y beneficios del comportamiento actual, comprometer a la persona en el tratamiento y reforzar la importancia de la recuperación, ayudarla a identificar situaciones de alto riesgo y desarrollan estrategias de manejo apropiadas para vencerlas, así como mejorar su confianza y fortaleza interna.

Mantenimiento y su fortalecimiento.

La etapa de mantenimiento del cambio (Eje: abstinencia del consumo de alcohol, estilos de vida saludables, reincorporación a actividades escolares y/o laborales, entre otros) se presenta principalmente cuando la persona se encuentra

en una etapa de seguimiento, siempre y cuando concluyo y fue egresado del tratamiento.

Ante esta situación las acciones terapéuticas del psicólogo se orientan a reforzar los cambios adquiridos por la persona, para ayudarla a identificar y asumir otras fuentes de gratificación que no impliquen el consumo de alcohol, así como, apoyar los pequeños y/o grandes cambios obtenidos en el estilo de vida (nueva red de amigos, estudiar, practicar algún deporte, etc.).

Llevarlo a afirmar su confianza y la capacidad de mantenimiento del cambio, así como ayudarle a usar nuevas estrategias para evitar consumos puntuales o recaídas.

Mantener un contacto de apoyo con la institución (El Jordán, grupos de AA o NA) para involucrarse en actividades basadas en grupos de ayuda mutua.

Reforzar el fijarse metas a corto, mediano y largo plazo para mejorar su trabajo, educación, ejercicio y nutrición además de participar en actividades que refuercen aspectos espirituales, educativos, culturales, etc.

El enfoque de voluntariado puede ser utilizado con sentido del uso de tiempo libre, vincularse o generar nuevas redes sociales y fortalecer la confianza en los propios recursos y capacidades.

Fortalecer la convivencia familiar (o con otras personas significativas) y el intercambio de afectos positivos.

Principios generales del Proceso Terapéutico.

Para la aplicación de los conceptos básicos de la teoría transteórica, en la presente investigación, se utilizará como técnica dentro del proceso terapéutico el enfoque de la entrevista motivacional.

Los objetivos terapéuticos se centran en identificar, explorar, comprender y resolver ambivalencias acerca de la conducta alcohólica, para promover cambios por un estilo de vida más saludable.

Dentro de este enfoque el terapeuta orientado hacia la persona necesita desplegar tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad.

Expresar empatía significa aceptar y respetar a la persona pero no necesariamente aprobarlo. Significa un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo?

La respuesta empática permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente a la persona) y con palabras (entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido).

La empatía es la espina dorsal de la entrevista motivacional porque, ante el dolor que prevé la persona por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

Para desarrollar la discrepancia es conveniente lograr que la persona reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. En algunos casos es conveniente aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida, trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio.

Para aumentar la eficacia en la entrevista es importante conseguir que la persona verbalice sus discrepancias así como evitar argumentar y discutir con la persona sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear

resistencia ya que los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio.

También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos de la persona.

En la medida de lo posible es conveniente trabajar las resistencias sobre el conocimiento del paciente, hacer interpretaciones, evitando las actitudes contra transferenciales del terapeuta que pueden facilitarlas o incrementarlas: tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación terapéutica conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio.

Por otro lado es útil apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia, en el sentido de que creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla.

Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia de la persona en su capacidad para conseguirlo y la ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad.

En muchas ocasiones, las personas con problema de alcoholismo que asisten a centros de salud mental necesitan un número determinado de asistencias a las terapias individuales o de grupo y aunque en muchos casos es más impactante la calidad de las sesiones, de hecho una desventaja para este tipo de población es que es tratada con el sistema implementado, oficializado como el resto de la población que asiste al Jordán, lo que podría llevarnos a aportar estrategias y técnicas individuales o de aplicación grupal que fortalezca a la persona con problemas de alcohol y contribuya a establecer y mantener el estado de sobriedad anhelado.

Al proporcionar estrategias y técnicas orientadas en la entrevista motivacional se fortalecerá el acompañamiento al grupo de personas objeto de atención, que asisten a la institución, con esto lograremos que la población adquiera conocimientos del proceso de cambio y los pueda poner en práctica y por ende contribuirá a la prevención del alcoholismo y qué hacer para la mejora continua.

Por ello es necesario desarrollar en forma sistemática una valoración inicial de la etapa en que se encuentra, cada una de las personas hombres de 18-30 años que asiste al Jordán, que incluya, además de la evaluación con el test Urica, el estado mental (cognitivo y afectivo), y expectativas de la calidad de vida, reconocimiento del problema de alcoholismo, para promover el crecimiento personal a través del desarrollo de los conceptos y estrategias básicas de la teoría transtéorica, ya que esta edad es considerada como la de mayor productividad.

Es por ello la importancia de profundizar en este estudio, en donde la población que forma parte del grupo del Centro el Jordán, muestra que el trastorno mental más frecuente como consecuencia del alcoholismo es la depresión que puede aparecer como un síntoma aislado, o conjuntamente con otros síntomas en enfermedades orgánicas o bien como consecuencias de efectos secundarios en pacientes con tratamientos farmacológicos.

En cualquier caso, su presencia tiene consecuencias negativas ya que son estos factores los que disminuyen la calidad de vida de jóvenes, aumenta las enfermedades físicas acortando la esperanza de vida, elevan el riesgo de muerte prematura y prolonga la estancia asistencial de segundo nivel.

Procesos de cambio.

Existen dos fases que comprenden el proceso de cambio: construyendo la motivación y fortaleciendo el compromiso para el cambio y que el psicólogo debe de desarrollar, con lo que se busca desarrollar el cómo y el por qué las personas

cambian, lo cual sucede en un proceso recursivo en el que se superponen y confluyen cuatro tipos de procesos sistemáticos:

1-Comprometiéndose: es enganchar a la persona en una relación de trabajo colaborativo. Es un proceso por el cual ambas partes establecen una conexión útil y una relación de trabajo (contrato psicológico).

2-Enfocándose: proceso por el que el terapeuta desarrolla y mantiene un curso específico en la conversación acerca del cambio. Se trata de ayudar a las personas a clarificar sus objetivos.

3-Evocando: proceso por el cual el terapeuta induce la motivación del cliente hacia el cambio.

4-Planeando: ayuda a la persona a formular planes de acción específicos para alcanzar el cambio deseado.

Estos cuatro procesos son secuenciales y recursivos por lo que son representados como una escalera, para describir que cada proceso posterior se basa en el que ha sido construido anteriormente y que éste a su vez continuará funcionando por debajo del siguiente proceso como una base.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1. Enfoque y modelo de investigación

El presente estudio tuvo como marco de referencia el modelo cualitativo y el enfoque cognitivo-conductual, en que se considera estar cimentada la teoría transteórica del cambio de Prochaska y Diclemente, la cual determina la rueda del cambio de conducta y los niveles de logro y que ha sido aplicada con mayor frecuencia, en personas que manifiestan problemas de alcoholismo.

2.2 Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

La población estudiada estuvo compuesta por 10 hombres del Centro de Restauración El Jordán y que a su vez llenaron el requisito de tener diagnóstico de alcoholismo por la institución. Se aplicó un muestreo intencional.

Con el propósito de homogeneizar la población, las personas cumplieron, además del anterior requerimiento:

- a- Tuvieron un mínimo de tiempo de 3 meses en el centro, para poder considerarlos miembros activos de dicha institución.
- b- Estuvieron dispuestos a colaborar en la investigación.
- c- Estuvieron comprendidos entre las edades de 18-30 años.

2.2.2 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de la información se procedió de la siguiente forma:

1- Se contactó con las autoridades del Centro de Restauración El Jordán, responsables en ese momento de la atención de las personas con problemas de alcoholismo a quienes se le explicara el motivo de la visita y la necesidad de abordar a las personas con diagnóstico de alcoholismo para participar en la investigación. Se realizó el día lunes, a las 14:00 horas, en las instalaciones del Centro, Anillo Periférico 21-55, colonia El Incienso, zona 7. Ciudad de Guatemala. La forma fue a través de entrevista directa.

2-Se obtuvo el aval de las autoridades, y se procedió a explicar a los participantes de la investigación el motivo, objetivos y procedimientos a seguir en cuanto a:

2.1-Se aplicó el Cuestionario elaborado para conocer el funcionamiento de la institución, en cuanto al sistema de terapia actual y expectativas de los participantes. Se realizó el día jueves, a las 14:00 horas, en las instalaciones del Centro, Anillo Periférico 21-55 colonia el Incienso, zona 7. Ciudad de Guatemala; a través de reunión grupal. Ver anexo 2

2.2- Se aplicó en un primer momento el Cuestionario de Evaluación de las Etapas del Cambio de la Universidad de Rodhe Island (URICA), el cual determinó la etapa del proceso de cambio en que se encuentra cada participante. Se realizó el día jueves, a las 16:00 horas, en las instalaciones del centro, Anillo Periférico, 21-55, Colonia el Incienso, zona 7. Ciudad de Guatemala. La forma será a través de reunión grupal. Ver anexo 3

2.3- Posteriormente se desarrolló el plan para aplicar los conceptos básicos y estrategias del proceso terapéutico que integran la teoría transteórica del cambio a través de 12 sesiones terapéuticas, con lo que se aplicó la teoría y práctica de

la teoría transteórica. Se realizó los días lunes y jueves, de las 14:00 horas a las 17:00 pm en las instalaciones del Centro. La forma fue a través de talleres de grupo. A la vez se realizó una lista de cotejo para poder evaluar el nivel de participación de la población elegida. Ve anexo 1

2.4-Finalmente se aplicó una segunda evaluación a través del Cuestionario de Evaluación de las Etapas del Cambio de la Universidad de Rodhe Island (URICA), para comprobar la efectividad de la rueda del cambio del Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento, en hombres de 18-30 años que asisten al Centro de Restauración El Jordán. La forma fue a través de reunión grupal. Ver anexo 3

2.2.3Técnicas de análisis de datos

Para la presentación e interpretación de los datos se realizaron cuadros estadísticos en donde se presentan los siguientes resultados:

1-Conocimiento del funcionamiento de la institución, en cuanto al sistema de terapia actual y expectativas de los participantes, es decir en porcentajes.

2- Se elaboró una gráfica de la etapa inicial y de la final producto de la aplicación del Cuestionario de Evaluación de las Etapas del Cambio de la Universidad de Rodhe Island (Urica), por cada participante evaluado.

El presente estudio logró alcanzar un mínimo 10 unidades muestrales (personas) con problemas de alcoholismo, lo cual le da un carácter no paramétrico y estableció relaciones estadístico-descriptivas al cuantificar los hallazgos del estudio.

El investigador se limitó a estudiar algunas variables, ya que por la naturaleza del problema, en muchos fenómenos de la psicología, se dificulta medir las variables causales.

2.3 Instrumentos

1.-La recolección de los datos se realizó través de un Cuestionario sobre conocimiento en personas con diagnóstico de alcoholismo, que residen en el Centro de Restauración El Jordán, en forma individual y su estructura de preguntas cerradas y abiertas permitió al investigado la oportunidad de exponer los argumentos de sus respuestas. Ver anexo 2

Este instrumento fue contestado por los investigados dentro de las instalaciones del Centro El Jordán. El uso de un instrumento con estas características tiene su razón de ser para profundizar en la percepción – conocimientos y avances en relación al tratamiento que ofrece el Centro así como sus pensamientos y experiencias que la persona con problemas de alcoholismo, tiene del tema en cuestión.

Criterios de elaboración del Cuestionario para hombres con problema de alcoholismo.

Objetivo	Pregunta	Criterio de elaboración	Criterio de Evaluación
Determinar los procesos de inducción del centro de restauración el Jordán	1-¿Conoce usted el propósito, fines de trabajo e intenciones (marco filosófico) del Centro de Restauración el Jordán, al que pertenece?	Conocimiento de la institución	Identificación con la institución
Conocer las partes que integran el tratamiento institucionalizado	2-¿Cuáles son los elementos que integran el tratamiento terapéutico que usted está	Partes que integran el tratamiento institucionalizado	Conocimiento del proceso

	recibiendo actualmente en el Centro de restauración el Jordán?		
Esclarecer la consciencia que se tiene de la eficiencia	3-¿Considera que las actividades le han ayudado en su tratamiento personal?	Eficacia del tratamiento recibido	Aplicación de procesos terapéuticos
Conocer las técnicas que se han implementado en el centro	4-¿Que actividades han sido de mayor beneficio en el servicio del centro de Restauración el Jordán?	Identificar las terapias recibidas	Conocimiento de las terapias recibidas
Conocer la disposición al cambio	5-¿Le gustaría recibir otro tipo de terapia, que le ayuden a su crecimiento personal, con la ayuda del psicólogo, para salir del problema de alcoholismo?	Apertura al cambio	Aceptación del nuevo tratamiento

2.- Se utilizó antes y después, el cuestionario titulado Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), cuyo objetivo es evaluar la situación de la persona en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y Diclemente en su modelo transteórico y poder identificar posteriormente los niveles de logro en la etapa de cambio en que se encuentra la persona al final del proceso. Ver anexo 3

Ficha Técnica URICA

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

Nombre original: University of Rhode Island Change Assessment (URICA).

Autores: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992.

Año: 1983

Versiones: Aunque no existen distintas versiones propiamente dichas, existen adaptaciones para los diferentes estudios. Éste instrumento es explícitamente abierto pues los ítems hacen referencia al problema que el paciente presenta, partiendo de la base de que se habrá acordado con el paciente a qué problema se hace referencia (tabaquismo, alcoholismo, comer compulsivo, juego patológico, etc...). Siendo así, se han realizado adaptaciones de los ítems a un problema concreto. Igualmente se ha adaptado para población subclínica, en estudios como el de Dozois y otros (2004).

DESCRIPCIÓN

Tipo de Instrumento: Cuestionario.

Objetivos: Esta prueba evalúa la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y Diclemente en su modelo transteórico.

Población: Población clínica con problemas de adicción, aunque también se ha usado con control de peso y bulimia nerviosa entre otros.

Número de ítems: 32

Descripción: Está compuesto por 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y 8 ítems en cada una. Los ítems consisten en frases en que el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con las mismas en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. Se trata de un auto informe en el que la formulación de cada uno de

los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término “problema” que el evaluador habrá definido previamente con el sujeto.

Criterios de calidad: Fiabilidad: Se ha evaluado la consistencia interna, siendo bastante elevada: entre 0.69 y 0.89. Homogeneidad: En estudios como los de Dozois, Westra y otros (2004), se ha evaluado homogeneidad mediante las correlaciones entre los ítems y las respectivas subescalas, así como las correlaciones entre los diferentes ítems, obteniéndose correlaciones más altas dentro de cada escala que con las demás.

Validez: en análisis factorial muestra la plausibilidad del modelo transteórico de estadios de cambio. Discrimina entre patrones de uso del alcohol, expectativas sobre la bebida, y consecuencias relacionadas con el consumo en muestras de pacientes con problemas de consumo de alcohol que siguen en tratamiento. Igualmente, los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos precontemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). En estudios como los de Dozois y Westra (2004) o los de Derisley y Reynolds (2000), igualmente se midieron las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose, tal como se esperaba, correlación negativa entre Precontemplación y las otras 3 subescalas, al igual que correlaciones más fuertes entre Acción y Mantenimiento, que de éstas con Contemplación. Estos datos dan apoyo a la teoría de Prochaska y Diclemente.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El sujeto debe contestar a cada ítem en función de su grado de acuerdo en ese momento, según una escala de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.

Corrección e interpretación: En cuanto a las normas de corrección me ocurre como con las de aplicación (tan sólo se sabe que las puntuaciones para cada subescala oscilan entre 8 y 40).

En cuanto a la interpretación, cabe decir lo siguiente: La escala URICA evalúa 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y Diclemente: pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Pretende evaluar en qué medida el sujeto presenta comportamientos o cogniciones propias de un estadio u otro. Analizando ítem por ítem, se obtiene pues, una información muy valiosa de cara a qué elementos hay que trabajar en la terapia. Hay que tener en cuenta a la hora de la interpretación, que de este auto informe obtenemos información de la situación del sujeto en cada uno de dichos estadios, pues se obtiene una puntuación en cada uno. Por tanto, aumentan las dificultades si el objetivo perseguido es clasificar al adicto o sujeto con una conducta problema en un único estadio.

Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento.

3.-En tercer lugar se desarrolló plan terapéutico para la aplicación de los conceptos y estrategias básicas de la teoría transteórica y en cuarto lugar, se realizó la segunda evaluación para verificar los cambios de etapa.

A su vez, la abundancia de respuestas también admitirá una enorme riqueza de interpretación lo cual argumentaría con mayores elementos todas aquellas conclusiones que del análisis se obtengan.

Una vez recopilada la información se digitalizara fin de elaborar los cuadros necesarios para hacer los análisis que los objetivos propuestos exigen y la misma también será objeto de análisis cualitativo.

Se utilizó también la observación participativa que fue registrada en los diarios de campo así realizar un análisis cualitativo de la investigación.

Plan de tratamiento

Plan general de tratamiento para la aplicación de conceptos básicos (los principios y estrategias) de la teoría transteórica con orientación cognitivo-conductual en hombres de 18-30 años. Ver anexo 1

Objetivos generales

1. Conocer y aplicar las estrategias y técnicas de la entrevista motivacional con orientación cognitivo-conductual, que le permita a las personas con problemas de alcoholismo, articular un pensamiento ordenado, integrado y crítico para enfrentar con eficacia, su propia realidad actual y de la realidad guatemalteca.
2. Analizar los elementos básicos que integran las técnicas de la entrevista motivacional para desarrollar, incrementar y mantener un proceso de recuperación psicosocial en las personas con problemas de alcoholismo.
3. Fomentar la práctica de las técnicas motivacionales como valor incremental en las labores del patronato antialcohólico de Guatemala de la Ciudad de Guatemala

tanto a nivel personal como familiar como base para la consecución de la salud física y mental de las personas con problemas de alcoholismo.

2.4 Operacionalización de objetivos

En el anexo no. 1 se encuentra la “planificación de los talleres” realizados con el fin de cumplir los objetivos de la investigación.

Objetivos Específicos	Categorías Conceptuales/variables	Técnicas	Instrumentos
Determinar el nivel de alcoholismo en personas hombres de 18-30 años que asisten al centro de restauración el Jordán, durante el año 2016	Diagnóstico de alcoholismo: Abuso Intoxicación Dependencia	Individual	1-Cuestionario sobre aplicación de la teoría transteorica del cambio con orientación cognitivo-conductual en personas con diagnóstico de alcoholismo que asisten al centro el Jordán
Establecer los conceptos básicos para la aplicación de los niveles de logro en las etapas del cambio, en personas jóvenes de 18-30 años que asisten al centro el Jordán, 2016	2-Determinación de los 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y Diclemente: 1-precontemplación, 2-contemplación, 3-acción y 4-mantenimiento. Desarrollar los conceptos básicos y estrategias y técnicas	Grupal	1-Aplicación en un primer momento del Cuestionario de Evaluación de las Etapas del Cambio de la Universidad de Rodhe Island (Urica), el cual determinará la etapa del proceso de

Comprobar la efectividad de la rueda del cambio del Modelo Transteorico del cambio de comportamiento, en hombres de 18-30 años que asisten al Centro el Jordán, 2016	que permitan fortalecer el acompañamiento al grupo de personas que asisten al centro el Jordán 1- 5 Principios y estrategias de la entrevista motivacional: 1-Expresar empatía, 2-Crear discrepancia, 3-Evitar la discusión, 4-Afrontar la resistencia, 5-Fomentar la autoeficacia con orientación cognitivo-conductual 2-Técnicas dependiendo de la fase de la persona evaluada: 1-preguntas abiertas, 2-escucha reflexiva, 3-afirmar, 4-resumir, 5-provocar afirmaciones auto motivadoras, 6-Preguntas evocadoras, 7-El balance decisional, 8-Elaboración, 9-Usar los extremos,		cambio en que se encuentra cada participante 2-Aplicación de plan de tratamiento a través de talleres Segunda evaluación a través del Cuestionario de Evaluación de las Etapas del Cambio de la Universidad de Rodhe Island (URICA), para comprobar la efectividad de la rueda del cambio del Modelo Transteorico del Cambio de Comportamiento, en hombres de
---	--	--	--

	10-Mirando hacia atrás, 11-Mirando hacia delante, 12- Analizando los objetivos, 13-Uso de Paradoja		18-30 años que asisten al Centro de Restauración el Jordán.
--	--	--	--

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la muestra

3.1.1 Características del lugar

El estudio se realizó en el Centro de Restauración El Jordán, Zona 7 de la ciudad de Guatemala. La visión del centro es combatir el alcoholismo y ayudar a las personas que tienen problemas con el alcohol, con el fin de recuperarse y lograr mantenerse sobrio. Los objetivos que persigue el centro son determinar la fase en que se encuentra el paciente, evaluar y diagnosticar a su ingreso, determinando el plan de desintoxicación pertinente e iniciar con actividades religiosas basadas en principios bíblicos, para la recuperación espiritual, emocional y familiar de los pacientes, manteniendo la observación diaria sobre la evolución, durante el tiempo que dure el tratamiento. Cabe mencionar que el Centro atiende a personas con diferentes tipos de adicciones, siendo en un mayor porcentaje a personas con adicción al alcohol, así como también atienden a hombres y mujeres. Para la investigación solamente se eligió a hombres comprendidos en las edades de 18 a 30 años.

En el Centro laboran 7 personas, 2 cocineros, 3 de apoyo y 2 Pastores quienes son los encargados de la institución. No cuenta con profesionales de la salud. El lugar es de tres niveles, las personas que se encuentran en proceso de rehabilitación se encuentran en el último nivel, la infraestructura no tiene la suficiente iluminación y ventilación por lo que pareciera que se mantiene encerrados la mayor parte del tiempo, las visitas de los familiares se realizan dos veces a la semana.

El Centro otorgó al investigador un espacio específico para poder llevar a cabo los talleres y las actividades planificadas permitiendo la atención y participación de cada uno de ellos.

3.1.2 Características de la muestra

El objeto de estudio fue dirigido a 10 personas con diagnóstico de alcoholismo, que estuvieron internados un tiempo mínimo de 3 meses en el Centro, por lo que se consideraron miembros activos de dicha institución, estuvieron dispuestos a colaborar en la investigación y fueron del sexo masculino comprendidos entre las edades de 18-30 años, con un nivel socioeconómico bajo por no tener los recursos necesarios para poder obtener un tratamiento de rehabilitación o un seguro de vida.

El Centro está capacitado para atender a un aproximado de 40 personas que sufren de alguna adicción. Para el sostenimiento de la institución se recibe donaciones de iglesias, entidades particulares o asociaciones privadas que ayudan a cubrir los gastos necesarios. También recibe ayuda de voluntarios o miembros de la iglesia que desean colaborar con su tiempo y dedicación.

No existe un tiempo límite de tener internado a un paciente y tampoco se le restringe el regreso de una persona que haya tenido una recaída en su proceso de rehabilitación.

Este tipo de población por lo regular es adicto a más de alguna sustancia y no solamente a una, en su mayoría tiene un diagnóstico dual, también han tenido antecedentes de ser violentos en sus hogares y haber tenido una niñez conflictiva debido al abandono afectivo que recibieron de sus padres.

3.2 Presentación y análisis de resultados

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Restauración El Jordán, tomando como muestra a 10 personas de sexo masculino comprendidos en las edades de 18 a 30 años diagnosticados con alcoholismo. Se empleó un cuestionario elaborado por el investigador que permitió saber si los pacientes conocen el funcionamiento de la institución en relación al sistema de terapia actual y expectativas de los mismos.

Posteriormente se aplicó en un primer momento el cuestionario de la evaluación de las etapas del cambio de la Universidad de Rodhe Island (URICA), esto con el fin de determinar en qué etapa del proceso de cambio se encuentra cada paciente. Al conocer los resultados se realizó un plan terapéutico adecuado a las necesidades que se encontraron.

Por último se volvió emplearse de nuevo el cuestionario de evaluación de las etapas del cambio de la Universidad de Rodhe Island (URICA), con el fin de comprobar la efectividad de la rueda de cambio del Modelo Transteórico del cambio de comportamiento.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de ambos cuestionarios: cuestionario de entrada, primera evaluación de URICA, aplicación de talleres y por último segunda evaluación de URICA.

Cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de Restauración el Jordán



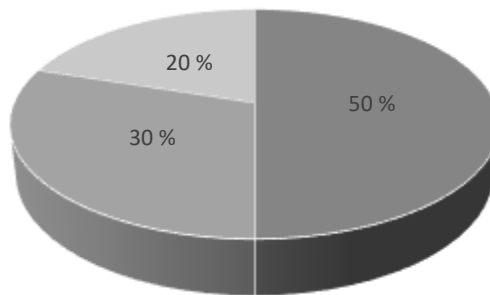
Fuente: cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de restauración el Jordán, aplicado en el año 2016.

Descripción: la gráfica presenta que el total, es decir el 100% de la muestra conoce cuáles son los fines del Centro de restauración El Jordán al que ellos asisten.

Interpretación: efectivamente el total de la muestra conoce cuáles son los fines del Centro, los pacientes entrevistados no han recibido terapia alguna por lo que eso puede afectar su evolución en el tratamiento de rehabilitación.

Gráfica No. 2

¿Cuáles son los elementos que integran el tratamiento terapéutico que usted está recibiendo actualmente en el Centro de Restauración el Jordán?



■ Unidad al prójimo 50% ■ Alimentación y alojamiento 30% ■ Orientación espiritual 20%

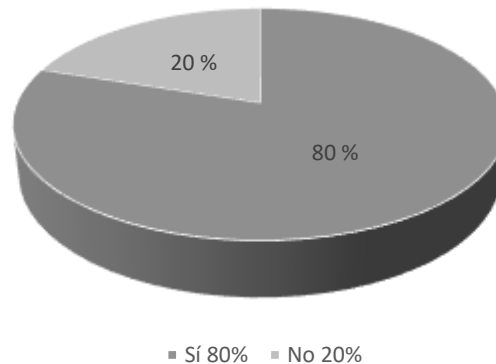
Fuente: cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de restauración el Jordán, aplicado en el año 2016.

Descripción: según la gráfica dice que el 50% ha recibido en el tratamiento un desarrollo que va dirigido hacia la unidad y amor al prójimo además de conocimiento bíblico, mientras que el 30% dice que es hacia la alimentación y alojamiento que brinda el Centro y por último el 20% concuerda está dirigido en el área espiritual.

Interpretación: el centro no se dedica a realizar un tratamiento adecuado para tratar las adicciones, no cuenta con profesionales de la salud, es necesaria la implementación de la terapia psicológica. Los participantes resaltaron que solamente reciben ayuda alimentaria y orientación religiosa menos apoyo psicológico.

Gráfica No. 3

¿Considera que las actividades que realiza el Centro le han ayudado en su tratamiento personal?



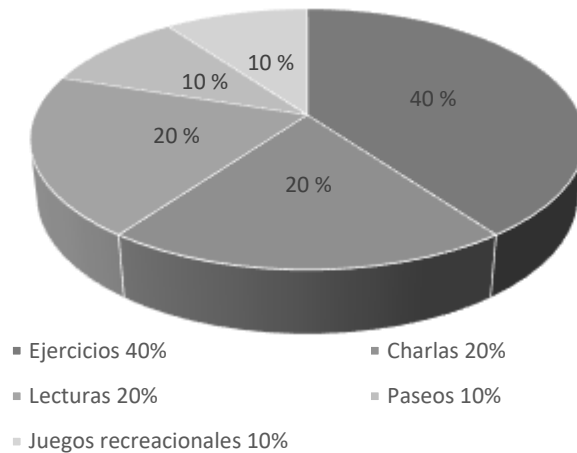
Fuente: cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de restauración el Jordán, aplicado en el año 2016.

Descripción: el 80 % de la población considera que sí ha sido de ayuda el tratamiento mientras que el otro 20% opina lo contrario.

Interpretación: en relación a las actividades que realiza el centro los pacientes han logrado alcanzar cambios pequeños pero significativos, no existe una planificación específica y guiada en el Centro para revertir los daños que ha provocado el alcoholismo en las personas afectadas.

Gráfica No. 4

¿Qué actividades han sido de mayor beneficio para usted?



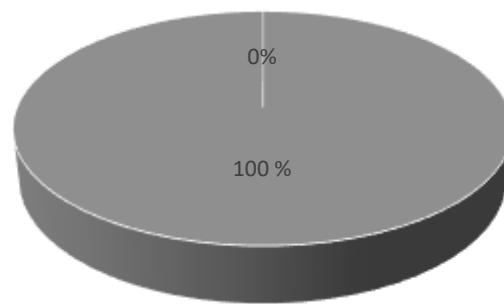
Fuente: cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de restauración el Jordán, aplicado en el año 2016.

Descripción: el 40 % se ha beneficiado del ejercicio que realiza el centro, un 20 % opina que son las charlas, el otro 20 % se inclina por las lecturas diversas, el 10 % por ciento ha sentido beneficio de los paseos y el otro 10 % se inclina por las actividades dirigidas a los juegos recreacionales.

Interpretación: el mayor porcentaje se centra en las actividades que ayudan a canalizar emociones y recibir orientación de parte de los encargados de la institución. No reciben otro tipo de tratamiento ni ayuda psicológica.

Gráfica No. 5

¿Le gustaría recibir otro tipo de terapia en el centro el Jordán, que le ayude en su crecimiento personal, con la ayuda de un psicólogo, para salir del problema de alcoholismo?



■ Sí 100% ■ No 0%

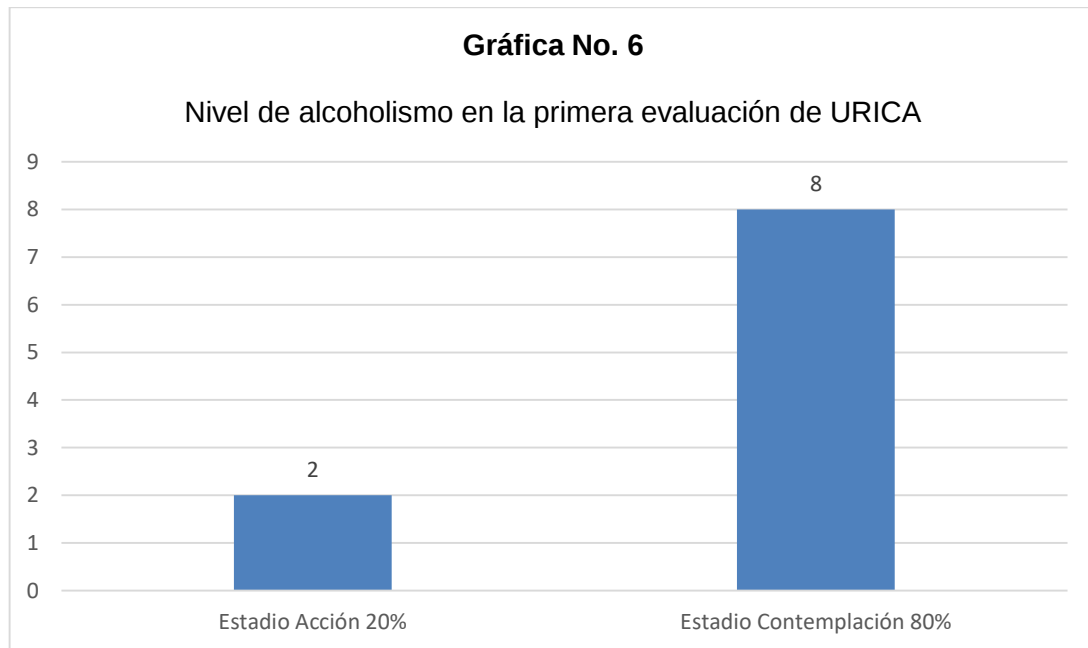
Fuente: cuestionario sobre conocimiento que tiene la muestra elegida en relación al tratamiento que ofrece el Centro de restauración el Jordán, aplicado en el año 2016.

Descripción: el total de la población concuerda que es necesario recibir apoyo psicológico profesional en el Centro.

Interpretación: es evidente el poco apoyo que reciben los pacientes para mejorar su calidad de vida en el Centro, por la razón que no cuenta con servicios especializados y profesionales, es necesaria la intervención de personas capacitadas creando así un servicio multidisciplinario. Es indispensable la intervención de un psicólogo profesional en el tratamiento de adicciones en la institución.

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Primera evaluación de la escala URICA:



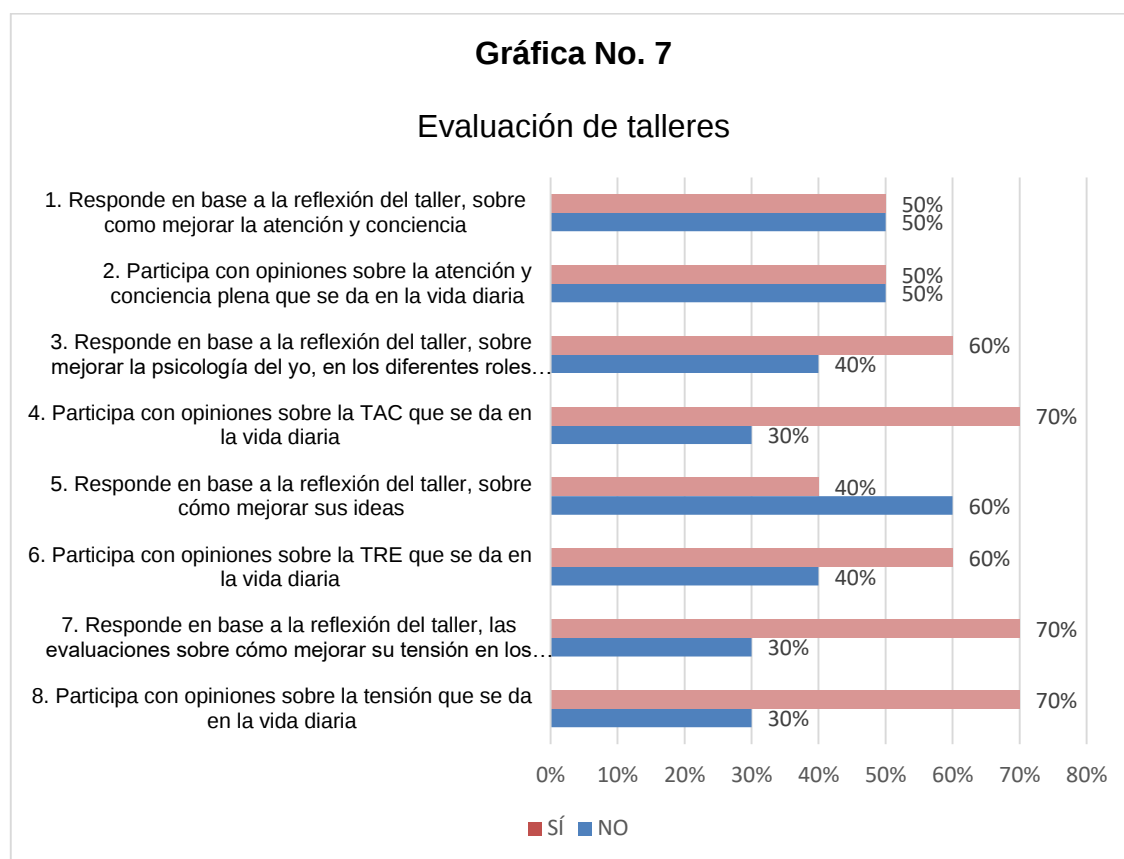
Fuente: escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) aplicada a hombres con diagnóstico de alcoholismo que asisten al Centro de restauración el Jordán en el año 2016.

Descripción: en la primera evaluación que se realizó con URICA se observaron dos grupos, el 20% de la población se encontraba en el estadio de acción, mientras que el 80% en el estadio de contemplación.

Interpretación: el 80% se encontraba en la etapa de contemplación lo cual significaba que habían optado por cambiar su comportamiento. Mientras tanto el otro 20% de los evaluados se encontraba en la etapa de acción, significaba que se encontraban planeando objetivos para salir del alcoholismo. Los pacientes fueron encontrados con estos resultados cuando se inició con la investigación, por lo tanto ya habían avanzado por sí solos dentro de la institución antes de poner en práctica la Teoría.

Evaluación de talleres, gráfica de la lista de cotejo que se aplicó en las actividades desarrolladas

A continuación se presenta la evaluación de los talleres que se realizaron durante el periodo de tres meses según lo planificado que se desarrollaron por medio de una lista de cotejo:



Fuente: lista de cotejo aplicada en el año de 2016 a hombres con diagnóstico de alcoholismo que asisten al Centro de restauración el Jordán.

Interpretación: se evaluaron 8 criterios para determinar el nivel de participación y comprensión en las personas con alcoholismo de los temas impartidos durante tres meses; de la cual se puede resaltar en los resultados que señalan la asertividad de las actividades respondiendo efectivamente y colaborando en cada una de ellas.

Las gráficas demuestran que hubo más del 50% de participación en las actividades desarrolladas y que fueron participativos en las actividades. A excepción del ítem quinto que dice: “responde en base a la reflexión del taller, sobre cómo mejorar sus ideas” que se obtuvo como resultado el 40% de participación, esto debido a que las ideas son subjetivas, aprendidas en un contexto sociocultural y por ende ya se encuentra muy fundamentadas en la psique de la persona, lograr cambiar ideas y pensamientos llevaría una reestructuración de pensamiento lo cual llevaría mucho más tiempo.

Sistematización de talleres llevados a cabo durante el proyecto de investigación

Propósitos:

Los talleres fueron dirigidos hacia las personas internas del Centro de Restauración el Jordán, diagnosticados con alcoholismo, los propósitos fueron los siguientes: conocer y aplicar las estrategias y técnicas de la entrevista motivacional con orientación cognitivo-conductual, que le permita a las personas con problemas de alcoholismo, articular un pensamiento ordenado, integrado y crítico para enfrentar con eficacia, su propia realidad actual. Se buscó también incrementar y mantener un proceso de recuperación psicosocial en las personas con problemas de alcoholismo.

Actividades:

Estas fueron llevadas de la siguiente manera: expresar empatía, ejercicios de relajación, balance decisional y afrontar la resistencia, el ABC racional y emotiva, fomentar la autoeficacia, aceptación y compromiso, atención y conciencia plena. Este proceso duró una temporalidad aproximada de tres meses.

El comportamiento fue observado y evaluado de cada uno de los participantes y en general se logró cumplir con los objetivos de la planificación, con el tiempo aumentó la participación de cada uno, se observaron más dispuestos al cambio. Lamentablemente también se constató que no existe personal calificado para realizar actividades recreacionales. Tener una mente desocupada genera depresión en las personas además de pensar en la problemática todo el tiempo. Parte de las actividades realizadas generó cambio en las personas evaluadas y se observó en los resultados de las técnicas utilizadas.

Evaluación:

Cada planificación consta de objetivos, contenido/desarrollo de la actividad, evaluación de la actividad planificada, temporalidad y lugar. Para registrar el desarrollo de la actividad se utilizó la observación, instrumento por excelencia del psicólogo, ya sea para terapia individual o trabajo de campo, observar conductas, signos y síntomas de los pacientes que a la vez se registró en el diario de campo y que sirvió para realizar toda la interpretación cualitativa. Se observó la cooperación en equipo por cambiar, siendo conscientes de ello mediante la verbalización, que realizaban de sus experiencias cada vez que concluía una actividad. Ver anexo 1 planificaciones.

Observaciones:

Al iniciar los talleres mostraron curiosidad e interés por el trabajo que se llevaría a cabo, ellos prestaban atención al material que se utilizaba en cada taller, este fue lúdico, participativo, recreativo y visual.

Cada vez que se concluía con un taller, los participantes mostraban interés realizando preguntas hacia el investigador. Probablemente había interés de parte de ellos por la sencilla razón que se encuentran internados

en el Centro sin permiso para salir y que no cuenta con un profesional de la psicología, la emoción y la experiencia de algo nuevo debió haber entusiasmado al grupo.

Todas las actividades siguieron los cuatro tipos de procesos sistemáticos: comprometiéndose, enfocándose, evocando y planeando.

Comprometiéndose: todas las actividades fueron dirigidas para que el participante optará por colaborar con sus compañeros así como con el terapeuta.

Enfocándose: los participantes tuvieron que identificar sus objetivos que quieren alcanzar como planifican sus metas a corto, mediano y largo plazo

Evocando: mediante reforzamientos a la conducta de cambio, motivando y resaltando sus logros.

Planeando: los participantes buscaron una manera de alcanzar sus objetivos mediante planes de acción, por ejemplo evitar malas compañías, evitar asistir y/o pasar frente a un bar o fiestas, mantener la mente ocupada mediante actividades de reinserción laboral y aprendiendo nuevas habilidades.

Se debe tomar en cuenta que el mundo del alcohólico es un mundo difícil de captar, y mucho más difícil aún de comprender o de explicar, es muy complicado que una persona no alcohólica sea capaz de entender, como podría hacerlo un alcohólico frente a otro, en ese espejo, en ese sincero y auténtico enfrentamiento de dos semejantes.

Los principales síntomas son la ansiedad, pérdida de control, dependencia física y tolerancia.

Ansiedad: una fuerte necesidad o compulsión de beber.

Pérdida de control: la incapacidad propia para limitar el consumo del alcohol en cualquier situación.

Dependencia física: síntomas de abstinencia como náuseas, sudores, temblores y ansiedad, se presentan cuando se interrumpe el consumo de alcohol después de un período en que se bebió en exceso.

Una dependencia grave puede llevar a la persona a presentar síntomas de abstinencia que ponen en peligro su vida, entre los cuales se encuentran las convulsiones, que empiezan entre ocho y doce horas después de la última bebida. El Delirium tremens (D.T. s) comienza de tres a cuatro días después cuando la persona presenta una agitación extrema, tiembla, alucina y pierde contacto con la realidad.

Tolerancia: la necesidad de beber grandes cantidades de alcohol para sentirse bien. Alguien que bebe cada vez más, a menudo dirá que puede dejar de hacerlo en cualquier momento que lo decida; sólo que nunca “decide” hacerlo. El alcoholismo no es un destino, sino un trayecto, un largo camino de deterioro durante el cual la vida se vuelve cada vez más difícil.

La transformación de la personalidad o carácter de estos enfermos es uno de los principales aspectos a tener en cuenta en esta enfermedad, pues el desconocimiento de este fenómeno puede impedir el reconocimiento temprano del problema.

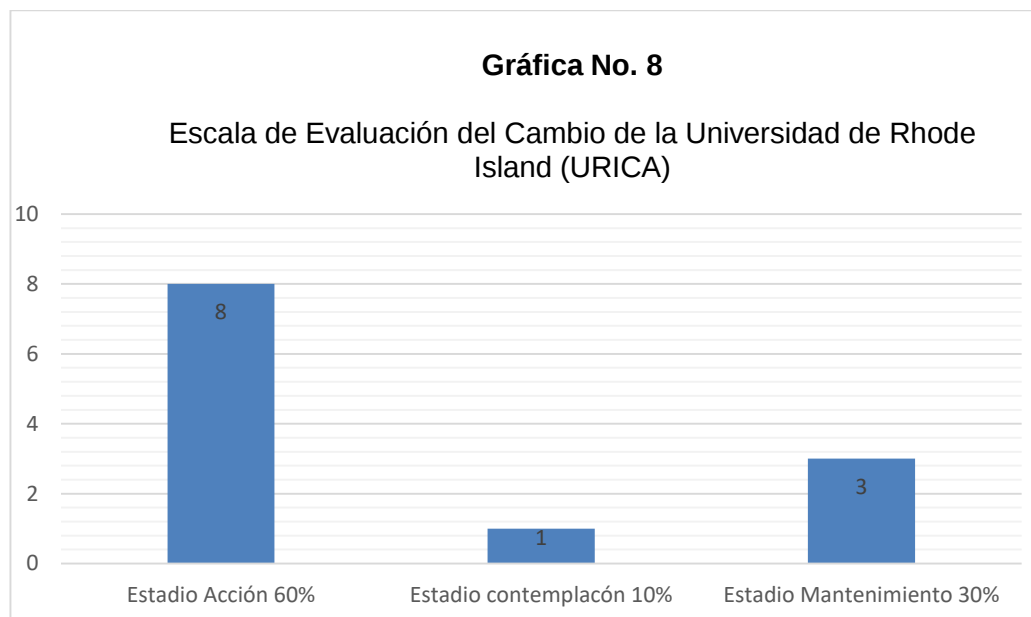
El temperamento es inmutable, pero el carácter sí puede variar a través del cambio de la personalidad. Por lo tanto, sí que hay una modificación cualitativa del comportamiento en el alcohólico.

Entre los síntomas o manifestaciones comportamentales más características en el alcohólico cabe señalar las siguientes: mayor inmadurez, dependencia emocional, inseguridad, conductas temerarias, chantajes emocionales, baja tolerancia a la frustración, complejo de inferioridad, hostilidad, celos, fanfarronerías, complejo de culpabilidad, ideas y tentativas de suicidio, deterioro intelectual, pérdida de autocrítica, desequilibrio emocional, sensiblería, distorsión en el área sexual, excesos sexuales, impotencia temporal, pérdida progresiva de los intereses vitales, conductas extravagantes, trastornos de la personalidad, angustia, ideas delirantes, etc.

Todos estos síntomas mencionados son provocados por la ingesta elevada de alcohol.

}

Segunda evaluación de la escala URICA:



Fuente: escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) aplicada en hombres con diagnóstico de alcoholismo que asisten al Centro de restauración el Jordán en el año 2016.

Descripción: en la segunda prueba de URICA, la muestra se dividió en tres grupos con resultados significativos, el primero que consta del 60 % se encontraba en el estadio de acción, el 10 % en el estadio de contemplación y por último el 30 % en el estadio de mantenimiento.

Interpretación:

Posteriormente al finalizar los talleres planificados para los participantes utilizando la teoría transteórica de Prochaska y Diclemente, se procedió a reevaluar de nuevo a la muestra y los resultados fueron diferentes a la primera evaluación. Anteriormente solamente el 20% de la muestra se encontraba en la etapa de acción, ahora en la segunda, aumentó el número a 60% por lo cual ellos lograron identificar cambios durante el proceso de los talleres y la teoría anteriormente mencionada.

También se observó en la reevaluación (gráfica no. 8) que hubo un avance significativo, por la razón de que había un 30% que se encontraba en la etapa de mantenimiento, es decir que había logrado mantenerse en el cambio de conductas y que a la vez impide la recaída, se encuentra en una etapa donde puede aprender nuevas habilidades que necesita para cambiar y prevenir la recaída. Anteriormente en la primera evaluación no existían pacientes en esta etapa.

Finalmente se encontró un 10% en la reevaluación que correspondió a la etapa contemplación esto significa: lograr aceptar que necesita un cambio, encuentra autoeficacia al cambio, inicia a utilizar la reflexión para clarificar sentimientos ambivalentes y a planificar metas claras.

En la etapa contemplación se encontraban la mayoría de las personas que participaron en la investigación. Al conversar con ellos dijeron que pensaban en dejar el alcohol, decían que cambiarían para mejorar su salud pero a la vez aceptaban que no sería fácil lograrlo en especial conociendo la crisis que da la abstinencia y en cierta manera los participantes mostraron tener cierta indecisión al cambio.

En la etapa de acción y mantenimiento, se observaron cómo los pacientes habían mejorado su conducta, así como los pensamientos negativos acerca del cambio que debían realizar, conforme transcurría las actividades de los talleres ellos eran más participativos, esto debido a la autoeficacia que demostraron los participantes

La percepción que tenían sobre las posibilidades de realizar un cambio de conducta dependió de la dificultad de la tarea, a más tentación es menor la autoeficacia. Demostraron tener más amor y valor hacia sí mismos. Es por eso que se transmitió durante las charlas acerca de la autoestima y autoeficacia así como de la baja tentación que se debía tener para lograr la extinción de la conducta.

La teoría está fundamentada en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación y esto es lo que permite planear intervenciones. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio.

Es importante aclarar que la duración de los talleres fue de tres meses por motivos ajenos al investigador, esto debido a que el Centro tiene actividades planificadas y establecidas por lo que no se permitía estar más tiempo en dicha institución elaborando la investigación. El tiempo establecido para realizar una intervención satisfactoria sería de 6 meses como mínimo en cada etapa, se aclara esto con el fin de evitar confusiones para futuros profesionales que quieran implementar la Teoría Transteórica de Prochaska y Diclemente en su práctica y estén conscientes del tiempo mínimo para realizar la intervención.

En relación a los resultados, en la primera evaluación la muestra se encontraba en la etapa contemplación 80% y acción 20%, mientras que en la reevaluación un 60% se encontraban en la etapa de acción, 30% en la etapa de mantenimiento y un 10% en la etapa de contemplación.

Para comprender lo anterior se presenta una gráfica en la que se explica de manera detallada cada una de las etapas de la rueda de cambio.

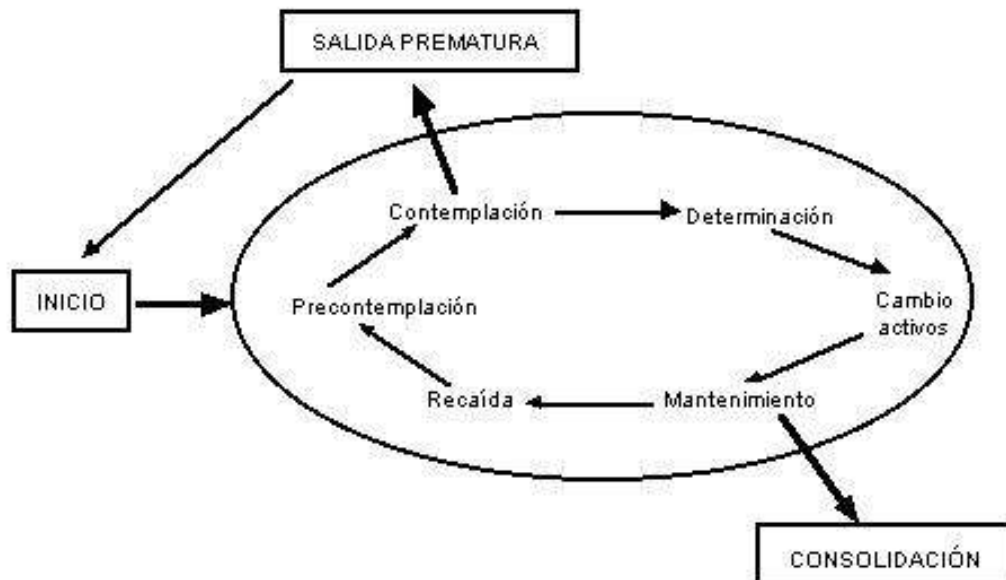
ETAPA	CARACTERÍSTICAS
PRECONTEMPLACIÓN	En esta etapa las personas no tienen intención de cambiar, evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que

	podrían ser modificados, están a la defensiva, no se encuentran motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de salud. Cuando se realizó el trabajo de campo ningún participante se encontraba en esta etapa.
CONTEMPLACIÓN	La persona tiene una intención de cambio, están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, empiezan a considerar el cambio pero no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, pasan un buen tiempo contemplando la opción de cambiar. En la primera evaluación del URICA se demostró que un 80% de la población se encontraba en esta etapa antes de iniciar con los talleres por lo que en base a estos resultados se procedió a planificar las actividades. Mientras que en la segunda evaluación disminuyó a un 10% y avanzó hacia la etapa de acción. Esto se debe que las personas que se

	encuentran en el Centro ya se encuentra contemplando la posibilidad de cambio, en esta etapa han aceptado que tienen un problema y que no pueden solucionarlo por si solo.
PREPARACIÓN	Toman la decisión de cambio, realizan pequeños cambios, tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad. En el estudio ningún participante se encontraba en la etapa de cambio.
ACCIÓN	Inician a realizar cambios objetivos, la acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. En la primera evaluación un 20% se encontraba en esta etapa y en la segunda aumentó a un 80%. Después del plan de tratamiento aumentó el porcentaje, este constaba de técnicas basadas en la motivación y acompañamiento del paciente mediante un proceso sistemático que consistía en comprometer al

	participante con el trabajo colaborativo, enfoque que el terapeuta estableció una conexión con el paciente para mantener una buena relación de trabajo. Evocando cómo se había dicho mediante la motivación y por último alcanzando los planes deseados, es decir los pacientes llegaron a la etapa de acción, gracias al trabajo en equipo que se mantuvo desde el inicio del paciente y terapeuta.
MANTENIMIENTO	Las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, en esta etapa las tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentar progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio. En la primera evaluación nadie se encontraba en esta etapa, después de la reevaluación hubo un 30% que ya se encontraba en esta etapa, es decir lograron avanzar a esta última fase en donde se logra evitar la recaída. Muchos pacientes ya eran conscientes de su comportamiento inapropiado

	con el alcohol y estaban conscientes que del cambio que debían realizar, estos pacientes ya estaban avanzados cuando se inició con el tratamiento por lo tanto a ellos los reforzó de manera significativamente, la herramienta principal para ellos fue el reforzamiento y la motivación para poder mantenerse en este estadio.
--	---



Gráfica del proceso de la rueda de cambio de la Teoría Transteórica.

3.3 Análisis general

El modelo Transteórico del cambio de Conducta se articula tridimensionalmente integrando etapas, procesos y niveles de cambio concebidas por Prochaska y Diclemente, explica que las personas se ubican en un continuo circular que puede ser bidireccional y postula que en cualquier proceso de cambio, las personas circulan o transitan varias veces alrededor de éste antes de alcanzar un cambio estable.

La muestra de 10 hombres con diagnóstico de alcoholismo comprendidos en las edades de 18 a 30 años que se encuentran en el Centro de Restauración El Jordán, de denominación evangélica y que por lo tanto su intervención ha sido dirigida hacia el área espiritual solamente, han respondido satisfactoriamente a las actividades desarrolladas, en la primera evaluación de URICA se observó que solamente el 20% se encontraba en la etapa de acción y el 80% en la etapa de contemplación. Es decir la mayoría se encontraba contemplando la posibilidad de realizar un cambio en su conducta mientras que el restante ya estaba actuando para lograrlo.

Fue evidente el apoyo que recibieron los pacientes y el gran avance que tuvieron para poder avanzar en el tratamiento de la adicción al alcohol, en 3 meses se obtuvieron resultados mínimos pero significativos, estos puede verse en las gráficas anteriores, la comparación de la primera evaluación con la reevaluación.

En la primera evaluación, el 80% se encontraba en la segunda etapa de la rueda de cambio que es la contemplación, la cual quieren realizar un cambio pero aún no asumen el compromiso como tal y el otro 20% se encontraban en la etapa de acción en la cual empiezan a realizar cambios objetivos en su conducta.

En la segunda evaluación la etapa de acción aumentó a un 80% la de acción a un 60% y además ya había un 30% que se encontraban en la etapa de mantenimiento que es la última y evita las recaídas.

Esto se logró mediante al plan de tratamiento adecuado y a las necesidades de la población que presentaron en la primera evaluación, la intervención fue planificada minuciosamente utilizando la teoría de Prochascka y Diclemente, junto con la cognitivo-conductual. Por lo tanto se puede concluir que fue beneficioso para la persona haber participado en la investigación. Para la institución también conocer y experimentar que es necesario contar con varios psicólogos de planta. Así como para los estudiantes en formación, dar a conocer los beneficios de utilizar estos modelos y la rueda de cambio para tratar adicciones.

Los elementos que aportaron al cambio según la teoría fueron mediante los talleres crear conciencia, atuoliberación, liberación social, control de estímulos, auto-reevaluación, reevaluación del entorno, manejo de contingencias y relaciones de ayuda. Estos cambios fueron comentados por los participantes al momento de compartir sus testimonios y experiencias al grupo, se sentían con más fuerza de control de sus conductas y deseos, más empoderados para salir del alcoholismo.

Así como existieron cambios, también se encontró ciertas dificultades para poner en práctica lo establecido, debido a la programación que contaba el Centro con otras actividades ya planificadas a veces no era posible llevar a cabo las actividades ya planificadas por el investigador. También la necesidad es latente, se infirió que hacen falta otras profesiones que puedan estar a cargo también de los pacientes.

Otra problemática que se puede mencionar es que al transcurrir determinado tiempo los pacientes logran alcanzar un nivel de estabilidad aceptable y abandonan el Centro, pero lamentablemente no se llegó a

capacitarlos en otras áreas o no se les enseñó a tener nuevas habilidades y ocupaciones con el fin de reinsertarlos a la sociedad y al campo laboral, debido a esa experiencia se encontró necesaria la participación de más psicólogos, terapeutas ocupacionales y médicos. Pero sí se logró incentivarlos a que por sí mismos lograran buscar otras opciones de recreación y ocupación, aunque lamentablemente no exista un proceso de seguimiento ni de mantenimiento para reforzar las conductas positivas y de cambio. No continuar con un seguimiento o tratamiento ambulatorio es otra de las desventajas para el paciente.

El cambio conductual desde sus estadios interfiere en la toma de decisiones, la motivación varía en función del estadio en el que se encuentre la persona adicta al alcohol, el deseo de evitar el fracaso o de mantener un control sobre su vida, hacen que la motivación deba ser abordada desde un punto de vista global y entendiéndola como un proceso dinámico.

Los efectos que tuvo la teoría en la personalidad de los pacientes fueron variados entre ellos: aceptación de la adicción como un problema, porque en su mayoría no aceptaban comprometerse a resolver un problema que aparentemente no existe. Reconocieron las distorsiones de su propio juicio; aumentó la capacidad de relacionarse y compartir con otras personas; más seguridad, serenidad en su interior, logaron expresar sus sentimientos sin temor al qué dirán; algunos comentarios de los pacientes fueron que había disminuido la necesidad obsesiva de control en las relaciones personales, así como la necesidad de validación externa; más confianza en el futuro percibiéndolo de manera distinta y sin temor a lo desconocido.

Un cambio notorio en la personalidad que mostraron los pacientes y que se platicó en los talleres fue el tema de apego y desapego, dijeron que

sentían un desapego creciente a las fuentes materiales que aparentemente les daba seguridad o en cierta medida satisfacción, como por ejemplo el dinero, el sexo o propiedades ya que es preferible estar sanos consigo mismos y con sus seres amados.

Por último y no menos importante hace falta la mención de las técnicas utilizadas por los modelos, teniendo un amplio conocimiento y siendo bien aplicadas lograron cumplirse los objetivos establecidos al inicio de la investigación, como por ejemplo: la escucha reflexiva, identificación de pensamientos automáticos y creencias irracionales, retroalimentación, ejercicios de relajación para controlar los niveles de ansiedad y el reforzamiento de los cambios adquiridos por la persona para ayudarla a identificar y asumir otras fuentes de gratificación.

La teoría Diclemente propone utilizar técnicas del modelo cognitivo conductual, se utilizaron las técnicas antes mencionadas que a continuación describiremos cada una de ellas:

Escucha reflexiva: esta técnica ayuda sirve para poder entablar una relación de confianza con el paciente, se utilizó el contacto visual directo y lenguaje corporal abierto mientras se escuchaba a los pacientes, prestando atención a sus señales verbales y no verbales que ellos emitían, esto creó un ambiente agradable para que pudieran participar con más libertad en los talleres, sin la escucha reflexiva no se pudiera establecer un ambiente de rapport y así dar paso a al inicio de la teoría de Cambio de Diclemente.

Pensamientos automáticos negativos: aparecen constantemente y en general son adaptativos, se representan en imágenes y verbalizaciones que surgen en forma espontánea, en la persona alcohólica estos pensamientos suelen ser dañinos para ellos porque se encuentran débiles y no pueden controlarlos, es decir son involuntarios; estos contienen mensajes pesimistas que va en contra de su productividad y a la vez distorsionan su

realidad y para poder cambiar la conducta del paciente para que pueda pasar hacia otro nivel en la rueda de cambio de la teoría se debe disminuir estos tipos de pensamientos para que así logre salir de la adicción.

Creencias irracionales: las ideas irracionales son constantes en una persona con adicciones. Estas ideas son poco realistas y suelen estar en lo más profundo de la conciencia y forma parte de nuestros valores, son ilógicas y no consistente con la realidad. Se utilizaron técnicas para hacerles conscientes las creencias irracionales para aumentar su autoeficacia en la teoría de cambio.

Retroalimentación: este proceso proporcionó a los pacientes recoger información sobre los efectos de sus acciones que realizaba en el medio, es decir la información que venía de vuelta determinó las acciones posteriores a seguir. Para realizar un cambio en la rueda de cambio era necesario utilizar la retroalimentación, para que se dieran cuenta de las acciones que realizaban y en base a sus acciones buenas o mala, recibirían información y por lo tanto determinaba si avanzaban en su conducta así como de estadio.

Ejercicios de relajación: los ejercicios de relajación consistieron de suprimir la tensión muscular y mental producida por situaciones prolongadas de estrés y ansiedad, esta técnica se utilizó con el fin de disminuir los síntomas del paciente debido a la necesidad de consumir alcohol o a la frustración de no obtener los resultados esperados o inmediatos. Planeadas estas técnicas se utilizaron para alcanzar el cambio deseado induciendo la motivación al paciente.

Reforzamiento positivo: se utilizó para reforzar el buen comportamiento de la persona que ha realizado una buena actividad y con ello mantener la conducta esperada y así seguir estimulando el esfuerzo del paciente, como

lo dice la Teoría Diclemente, el fin es lograr que el paciente logre estar en la etapa de mantenimiento y evitar las recaídas.

En los talleres se realizaron actividades para estimular y motivar la confianza en sí mismos resaltando los pequeños logros que realizaban, por ejemplo cuando comentaban su experiencia de toda la semana y cómo había intentado cambiar los pensamientos negativos a positivos para cambiar conductas inapropiadas que hacían pensar en su situación de frustración.

En el país no existe un tratamiento adecuado para esta enfermedad, ningún seguro público o privado ayuda a este tipo de personas. Ellos se encuentran en desventaja social, marginados, no logran insertarse de nuevo a la sociedad en la clase trabajadora, por la poca confianza que genera. En el ámbito familiar es casi nulo el apoyo familiar, por lo regular provienen de hogares desintegrados, han tenido padres maltratadores y lamentablemente es una conducta repetitiva, ellos así han tratado a sus propios hijos sin medir la consecuencia de sus actos.

Esto muestra inconscientemente la urgencia necesidad de apoyo, de buscar un refugio, huir de la realidad les ayuda a olvidar los problemas y su guarida ha sido el alcohol.

Dejar la adicción conlleva un largo proceso, que incluso dura años, la rueda de cambio dice que puede repetirse cuantas veces la persona lo necesite para poder recuperarse, siendo la recaída parte del proceso y así reiniciando de nuevo el proceso.

La motivación y el apoyo son indispensables para estas personas que en sus testimonios se detectó la soledad, frustración e impotencia que sienten al reconocer que han intentado por sí solos salir de sus dificultades y que ya no esperan cambios en su vida. El apoyo del terapeuta puede

influir de manera satisfactoria en su proceso de cambio, siendo bien utilizada la teoría y técnicas generando empatía en todo momento como así lo explican los autores de dicha teoría.

La experiencia ha comprobado que es necesario contar con características de empatía, calidez emocional y autenticidad, hay que recordar que las personas que sufren de adicciones a las drogas ya sean legales o no, generalmente se encuentran huyendo de su realidad, alejándose cada vez más hasta llegar al completo aislamiento sin tener un sentido de vida.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se demostró que la teoría de las etapas del cambio de Prochaska y Diclemente es aplicable a personas con adicción al alcohol. Se pudo determinar en qué etapa se encontraban los participantes al inicio y posteriormente al realizar la reevaluación, se evidenció la eficacia de la teoría después de aplicado el plan de tratamiento.
- La mayoría de los pacientes se encontraban en la etapa de contemplación, esto significa que tiene la intención de cambiar y que ellos contemplan esa opción y por esa razón se encontraban en el Centro de Restauración El Jordán para buscar una solución a la problemática que ha causado que se refugie en el alcohol.
- Después de realizar los talleres, cada uno de los participantes, evidenciaron logros que indicaron avanzar a la siguiente etapa de la rueda cambio.
- A través de los instrumentos de la primera y segunda evaluación de URICA, se evidenció la eficacia del modelo aplicado porque hubieron cambios en el comportamiento.
- El total de los participantes manifestaron tener disposición para recibir otro tipo de tratamiento terapéutico, porque consideran que hace falta en el Centro crear un tratamiento completo en la rehabilitación.

4.2 Recomendaciones

- En relación a los resultados obtenidos en cuanto a los factores que definen la filosofía del Centro de Restauración El Jordán, se considera conveniente continuar con el proceso, para promover niveles de identificación y lealtad organizacional para favorecer al paciente.
- A las autoridades del Centro de Restauración El Jordán, se recomienda dar continuidad a este tipo de estudio y continuar aplicando la rueda del cambio de la teoría transteórica, así como la estructura deontológica, hábitos y costumbres que caracterizan a la institución.
- Tanto los resultados cuantitativos de este estudio como la experiencia personal tenida en relación con los consultados, se sugiere que debe atenderse esta área, a través de especialistas institucionalizados o conforme la asignación de estudiantes con vocación de servicio, docencia e investigación.
- Que el Centro El Jordán cuente con terapeutas ocupacionales con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, tener una ocupación y generar salud mental, además de brindar oportunidades de desarrollo en las relaciones interpersonales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Umaña, Isabel “Informe Nacional de Desarrollo Humano”, Don Quijote, S.A. Guatemala, 2012) 334 páginas.
- Arriaza P. Roberto. “Estudios Sociales”, Editexsa, Guatemala. 2001 244 páginas.
- Brennan, James F. “Historia y Sistemas de la Psicología”, Editorial Prentice Hall México. 2001. 377 páginas.
- Bellak, L Small, L. “Psicoterapia Breve y de Emergencia”. Pax. México, 1983. 405 páginas.
- “Constitución Política de la República de Guatemala”, Diario de Centro América Guatemala. 1985. 79 páginas.
- De la Horra, R. “Apuntes para una aproximación a la psicosociología”, Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 1974. 85 páginas.
- “Decreto número 80-96”, Congreso de la República de Guatemala, Diario de Centro América, 1986. 86 páginas.
- “Decreto 90-97”, Congreso de la República de Guatemala, Diario de Centro América, Guatemala, 1997. 69 páginas.
- DiCaprio S. Nicholas. “Teoría de la Personalidad”, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México. 1,976. 397 páginas.
- Feldman, Robert. “Psicología”. McGraw Hill México, 1995. 767 páginas
- González María M. “Intervención psicológica en personas mayores desde el paradigma cognitivo-conductual y aportaciones recientes desde las terapias de tercera generación”. Imsero. España, 2010. 249 páginas.
- Instituto Técnico de Capacitación y Productividad, “Manual de Análisis Transaccional”. Intecap. Guatemala. 1981. 60 páginas.
- Kadis, Asya y Krasner Jack. “Manual de Psicoterapia de Grupo”. Fondo de Cultura Económica. México, 1982. 213 páginas.
- Kolb, Lawrence. “Psiquiatría Clínica Moderna”. Prensa Medica Mexicana México. 1982, 835 páginas.

- León Laura. "La entrevista Motivacional", Ditrare. México. 2013. 39 paginas
- MacKenney, Ana Lucia "Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental". Guatemala. Universidad del Valle. 2016. 80 páginas.
- Miller, William, Stephen, Rollnick. "La Entrevista Motivacional", Paidós. México. 1985. 640 páginas.
- Millón Theodore, "Personality Disorders", Bruner/mazel. Nueva York. 1,980 290 páginas
- Morris, Charles. "Psicología". Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana. México 1997. 778 páginas.
- Pancheri, Paolo. "Manual de Psiquiatría Clínica". Trillas México, 1979. 227 páginas.
- Pichot Pierre, López-Ibor Aliño, Valdés Miyar. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV). Masson. México, 1995. 909 páginas.
- Sarason, Irwing G. "Psicología Anormal", Trillas. México, 1,981. 615 paginas
- Solomon P., Patch V. "Manual de Psiquiatría". El Manual Moderno. México 1976. 416 páginas.
- Wolf, Werner, "Introducción a la Psicopatología", Fondo de Cultura Económica México. 1976. 426 páginas.

ANEXOS

ANEXO I

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Estrategia y Taller afín	Objetivos Específicos	contenido	Evaluación	Tiempo día-hora	Lugar de realización
Expresar empatía -Relajación	1. Explicar qué es la técnica de relajación. 2. Reconocer la importancia de la práctica de la relajación 3. Reflexionar sobre como practicar la relajación.	-Concepto de Relajación -Diferencia entre estrés y ansiedad -Técnica de Wolpe -Ejercicios de Relajación	1. Participa con opiniones sobre la tensión que se dan en la vida diaria. 2. Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar su tensión en los diferentes roles en que se desenvuelve	2-3-4-8-11-2016 10-11-2016 2:00-5:00 PM	Centro de Restauración el Jordán
Balance Decisional y Afrontar la Resistencia ABC- Racional y emotiva	1. Explicar qué es la terapia racional y emotiva de Ellis. 2. Reconocer la importancia de la práctica de la erradicación de las ideas irracionales 3. Reflexionar sobre como practicar la	-Enfoque cognitivo-conductual - Conceptos y principios -ABC de la teoría racional y emotiva -Análisis de las ideas	1. Participa con opiniones sobre la TRE que se dan en la vida diaria. 2. Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar sus ideas	15-17-11-2016 2:00-6:00 PM	Centro de Restauración el Jordán

	teoría racional y emotiva.	irracional s -enfoque del cambio	irracional en los diferentes roles en que se desenvuelve		
Fomentar la autoeficacia Aceptación y Compromiso	1. Explicar qué es la terapia de aceptación y compromiso. 2. Reconocer la importancia de la práctica de la terapia de aceptación y compromiso 3. Reflexionar sobre como practicar la aceptación y compromiso	1. Sesión de Evaluación 2. Desesperanza Creativa 3. El Control como el problema 4. Establecer el Yo como contexto más que como contenido 5. Eligiendo y valorando una dirección 6. Librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas 7. Compromiso	1. Participa con opiniones sobre la TAC que se da en la vida diaria. 2. Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar la psicología del yo, en los diferentes roles en que se desenvuelve	22-24-11-2016 200-6:00 PM	Centro de Restauración el Jordán

		so y cambio de conducta			
Fomentar la autoeficacia -Atención y Conciencia plena	1. Explicar qué es la terapia de atención y conciencia plena. 2. Reconocer la importancia de la práctica de la terapia de atención y conciencia plena 3. Reflexionar sobre como practicar la atención y conciencia plena	Alcoholismo: el alcance del problema -Cognición, estado de ánimo y naturaleza de la recaída alcohólica - Desarrollando la terapia cognitiva basada en la conciencia plena -Modelo de mente Piloto automático - Enfrentando los obstáculos - Conciencia plena de la respiración - Permaneci	1. Participa con opiniones sobre la atención y conciencia plena que se da en la vida diaria. 2. Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar la psicología del yo, en los diferentes roles en que se desenvuelve	28-29-30-11-2016 200-6:00 PM	Centro de Restauración el Jordán

		endo presente Permitir/ dejar ser -El pensamien to no son los hechos - ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo? - Empleando lo aprendido para afrontar las futuras crisis y estado de Ánimo			
--	--	---	--	--	--

LISTA DE COTEJO PARA EVALUACIÓN DE TALLERES

Taller a fin Evaluación	SÍ	NO
Expresar empatía 1.Participa con opiniones sobre la tensión que se dan en la vida diaria.	4	6
2.Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar su tensión en los diferentes roles en que se desenvuelve	6	4
Balance Decisional y Afrontar la resistencia 1. Participa con opiniones sobre la TRE que se dan en la vida diaria.	4	6
2. Responde en base a la reflexión del taller, las evaluaciones sobre cómo mejorar sus ideas irracionales en los diferentes roles en que se desenvuelve	6	4

Fomentar la autoeficacia Aceptación y compromiso 1. Participa con opiniones sobre la TAC que se da en la vida diaria.	3	7
	7	3
Fomentar la autoeficacia Atención y conciencia plena 1. Participa con opiniones sobre la atención y conciencia plena que se da en la vida diaria.	5	5
	5	5

ANEXO II

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA CIEPs

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO QUE TIENE LA MUESTRA
ELEGIDA EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO QUE OFRECE EL CENTRO DE
RESTAURACIÓN EL JORDÁN

INSTRUCCIONES:

Respetable participante, con el propósito de recopilar datos para la realización de la investigación titulada: Determinación de niveles de logro, en la aplicación de las etapas del cambio de la teoría transteorica de Prochaska y Diclemente, en jóvenes varones de 18-30 años por alcoholismo que asisten al Centro de Restauración el Jordán, Guatemala, 2016, sírvase contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce usted el propósito, fines de trabajo e intenciones (marco filosófico) del Centro de Restauración el Jordán, al que pertenece?

Sí_____ No_____

¿Porqué? _____

2. ¿Cuáles son los elementos que integran el tratamiento que usted está recibiendo actualmente en el Centro de Restauración el Jordán?

3. ¿Considera que las actividades le han ayudado en su tratamiento personal?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

4. ¿Qué actividades han sido de mayor beneficio para usted?

¿Por qué? _____

5. ¿Le gustaría recibir otro tipo de terapia en el centro el Jordán, que le ayuden en su crecimiento personal, con la ayuda de un psicólogo, para salir del problema de alcoholismo?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO III

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Nombre.....Apellidos.....

...

Fecha...../...../.....

Edad.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar. _____
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera. _____
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando. _____
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema. _____
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí. _____
6. me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda. _____

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema. _____
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo. _____
9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo. _____
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo. _____
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo. _____
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo. _____
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar. _____
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar. _____
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo. _____
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema. _____
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando. _____
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él. _____
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema. _____
20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara. _____
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar. _____
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo. _____
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo. _____
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar. _____

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?_____
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema._____
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto. _____
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?_____
30. Estoy trabajando activamente en mi problema. _____
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos. _____
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa. _____

Precontemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.

Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.