



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA REDISEÑADA



DOCUMENTO PROBATORIO EXAMEN DE CARÁCTER
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PROBLEMA:

CONSUMO DEL ALCOHOL EN LA INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL
DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN BABAHOYO

AUTOR:

VEGA FERNÁNDEZ NINFA EILY

TUTOR:

MSC. LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES

BABAHOYO – ABRIL

2023

RESUMEN

El alcohol es una sustancia psicoactiva adictiva que causa muchas enfermedades mentales y problemas de salud como malestares del corazón. Los efectos del consumo de alcohol se deben a problemas biológicos, genéticos, sociales y culturales. En cuanto a la parte biológica, afecta al cerebro, el hipocampo, un pequeño órgano situado precisamente en el cerebro y asociado a la memoria, mientras que, en el ámbito social, los graves problemas de convivencia social, laboral y familiar producen un aumento de la siniestralidad en el tráfico. y la ocurrencia de violencia laboral y agresión física y psíquica. En cuanto al consumo de esta sustancia, hombres y mujeres lo experimentan de diferente forma.

Las emociones son procesos psicológicos que nos brindan un servicio valioso al permitirnos enfrentar, comprender y regular emociones importantes en nuestras vidas. Hay dos tipos de emociones primarias y secundarias que nos permiten a los seres humanos relacionarnos con lo que sucede a nuestro alrededor, Influye en nuestras acciones externas, pero también orienta nuestro comportamiento para activar mecanismos de supervivencia y garantizar el bienestar mental y físico.

Por lo tanto, el consumo de alcohol en el adulto mayor específicamente puede empeorar condiciones existentes como la depresión o puede causar enfermedades cardíacas, hepáticas y neurodegenerativas, pérdida de memoria, desordenes de humor, problemas emocionales y cognitivos, ansiedad.

Palabras clave: emociones, alcohol, enfermedades

ABSTRAC

Alcohol is an addictive psychoactive substance that causes many mental illnesses and health problems such as heart disease. The effects of alcohol consumption are due to biological, genetic, social and cultural problems. On the biological side, it affects the brain, the hippocampus, a small organ located precisely in the brain and associated with memory, while, on the social side, the serious problems of social, work and family coexistence produce an increase in traffic accidents and the occurrence of workplace violence and physical and psychological aggression. As for the consumption of this substance, men and women experience it differently.

Emotions are psychological processes that provide us with a valuable service by enabling us to cope with, understand and regulate important emotions in our lives. There are two types of primary and secondary emotions that allow us humans to relate to what is happening around us, influence our external actions, but also guide our behavior to activate survival mechanisms and ensure mental and physical well-being.

Therefore, alcohol consumption in the elderly specifically can worsen existing conditions such as depression or can cause heart, liver and neurodegenerative diseases, memory loss, mood disorders, emotional and cognitive problems, anxiety.

Key words: emotions, alcohol, diseases

ÍNDICE

1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	6
2.JUSTIFICACIÓN -----	7
3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO -----	8
3.1Objetivo general -----	8
3.2Objetivo específico -----	8
4.LÍNEA DE INVESTIGACIÓN -----	8
5.MARCO CONCEPTUAL -----	9
5.1 Consumo de alcohol -----	9
5.1.2 Clasificación del Consumo de alcohol-----	10
5.2 Estado emocional -----	14
5.2.1Tipos de emociones-----	14
5.2.1.2Emociones primarias-----	14
5.2.1.3Emociones secundarias-----	15
5.2.2Categorías de las emociones-----	15
5.2.2.1Miedo-----	15
5.2.2.2Sorpresa-----	15
5.2.2.4Ira-----	16
5.2.2.5Alegría-----	16
5.2.2.6-----	16
5.2.3. Inteligencias múltiples-----	16
5.2.4Inteligencia emocional-----	17
5.2.5Comunicación asertiva -----	17
5.2.6 Desarrollo de empatía -----	18
6. MARCO METODOLÓGICO -----	18
6.1. Tipo de investigación -----	18
6.2. Enfoque de investigación -----	18

6.3. Diseño de investigación	19
6.4. Población y muestra	19
6.5. Técnicas e instrumentos de investigación	19
6.5.1. Técnicas	19
6.5.1.1. Observación clínica	20
6.5.1.2. Entrevistas clínicas	20
6.5.2. Instrumentos	20
6.5.2.1. Historia clínica	20
6.5.2.2. Ficha de observación	21
6.5.2.3. Test psicológico	21
6.5.2.4. Escala de evaluación para la depresión de Hamilton	21
6.5.2.5. Test TMMS-24	22
6.5.2.6. Test de Audit	22
7.RESULTADO	23
7.1Sesiones	23
7.1.1Primera sesión	23
7.1.2. Segunda sesión	24
7.1.3Tercera sesión	24
7.1.4Cuarta sesión	24
7.2.5Quinta sesión	25
7.2 Situaciones detectadas (hallazgos)	25
7.3SOLUCIONES PLANTEADAS	27
8.DISCUSION DE RESULTADOS	29
9.CONCLUSIONES	31
10.RECOMENDACIONES	32
11.REFERENCIAS	33
12 ANEXOS	38

Contextualización

1. Planteamiento del problema

De acuerdo a la observación en mi comunidad he identificado la problemática en un adulto mayor de la localidad que presenta el consumo de alcohol y su incidencia en el estado emocional. Surgiendo la siguiente problemática: ¿De qué manera influye el consumo del alcohol en la incidencia en el estado emocional del adulto mayor del cantón Babahoyo?

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS) nos gustaría que los Estados miembros implementaran soluciones creativas que salvarán vidas, como gravar el alcohol y restringir la publicidad. Debemos hacer más para reducir la demanda y cumplir el objetivo establecido por el gobierno de una reducción relativa del 10 % en el consumo mundial de alcohol entre 2010 y 2025 (tedro, 2018)

(Braganza, 2017) afirma que en “El 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina, con mayor consumo de bebidas alcohólicas. Se ingiere 7,2 litros de alcohol por habitante al año”. Las últimas estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2014) indican que Guayas consume el 29,8% a nivel nacional, a diferencia de Pichincha que tiene el 20%. Según las estadísticas, más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% son hombres y el 10,3% son mujeres (Universidad de Nacional de Chimborazo, 2020).

Asimismo, otro estudio en Ecuador realizado por Campos (2021) demuestra que el 51.1% consumen alcohol personas de la vida adulta y el 10.8% de aquellos que ingieren bebidas alcohólicas afirman que cambia sus estados de ánimo. La población encuestada un rango de tristeza y depresión de un 64.3%.

En Los Ríos un 44,1% afirmar haber consumido menos alcohol desde el inicio del COVID-19. De estos, un 41,2% señala como principal razón a que hay menos oportunidades para hacerlo debido al cierre de bares y restaurantes. Por su parte, un 21,2% informa que ha consumido más, de estos un 38,1% declara hacerlo por la ansiedad/estrés/depresión que le produce la situación. (Oportus, 2020)

2. Justificación

El presente estudio de caso denominado el consumo de alcohol y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor del cantón Babahoyo, pretende indagar y desarrollar debido al interés de conocer si la incidencia del estado emocional puede influir en el consumo de alcohol de las personas.

Además, es importante conocer sobre el trastorno del consumo de alcohol ya que es un problema de la social que afecta a muchas familias y saber su importancia de radicar en la incidencia del estado emocional de una persona de maneras que estas repercusiones pueda lograr alcanzar a otras afectaciones mayores y además puede afectar a cualquier tipo de persona por lo tanto es importante saber y conocer cómo se desarrolla este problema en la sociedad.

Principalmente con el desarrollo de esta investigación se beneficiará especialmente el adulto mayor con el beneficiario de la investigación a demás también sus familiares y la comunidad universitaria y sociedad, puestos que este trabajo científico contribuye al desarrollo de la comunidad científica y nos ayuda a prevenir el consumo de alcohol en las personas adulta mayor de nuestro cantón.

El presente trabajo de investigación es posible ya que se dispone con todos los recursos necesarios, como materiales, disposición del paciente y guía de tutor. Con la finalidad de alcanzar mi objetivo general propuesto. Este estudio se alinea con el tipo de investigación correccional, planteado con el propósito de medir el grado de correlación que existe entre las dos variables. Se enmarca en un enfoque mixto porque permite recolectar datos de carácter cualitativo y cuantitativo mediante el uso de la observación clínica, entrevista semiestructurada, historia clínica y también las pruebas psicológicas.

3. Objetivos del estudio

3.1 Objetivo general

Identificar la incidencia del consumo del alcohol en el estado emocional de un adulto mayor del cantón Babahoyo

3.2 Objetivo específico

- Realizar una revisión bibliográfica acerca del consumo de alcohol y su incidencia en el estado emocional
- Aplicar los instrumentos y técnicas de recolección de datos que nos permitan explorar el estado de las variables del tema de estudio
- Establecer conclusiones y recomendaciones que nos permita reducir el consumo de alcohol en el adulto mayor

4. Línea de investigación

El presente caso de estudio se enmarca dentro de la línea de investigación clínica y forense y toma la sub-línea denominada proceso de cambio y problema asociados a conductas adictivas

5. Marco conceptual

5.1 Consumo de alcohol

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), el alcohol es una sustancia psicoactiva que genera dependencia y es la causante de muchas enfermedades mentales y problemas de salud, tales como, las enfermedades del corazón. Además, se ha considerado éste como un problema de salud pública de carácter grave debido a sus altos riesgos, y excesiva ingesta especialmente en edades tempranas (Calero et al., 2015). No obstante, también ocasiona morbilidad asociada, discapacidad, deterioro del cuerpo, y representa altos gastos para el servicio sanitario (Duffy, 2015).

Existe un episodio en relación a la ingesta de alcohol en grandes cantidades que puede desencadenar una intoxicación y se denomina *binge drinking* (OMS, 1994). Este tipo de situación se remonta a los países nórdicos; sin embargo, existe un 80% de bebedores que ingieren esta sustancia a gran escala, por ello es vital que esta conducta se la pueda identificar en el menor tiempo posible y conocer cuál es el impacto que tiene en la salud de los involucrados.

Con respecto a este tipo de escenarios, no solo se presentan con personas jóvenes o adolescentes sino también con gente adulta, y adultos mayores. Cabe destacar que este problema en relación al consumo de alcohol con personas adultas mayores es muy poco estudiado ya que la instituciones tienden a enfocarse más en la gente más joven (Pavon-León et al., 2018). El consumo de esta sustancia hace que los pacientes experimenten síntomas de depresión y carencia de relaciones interpersonales.

Los autores Levin y Kruger (2000), citados en Garza (2005), manifestaron que los adultos mayores poseen escasos conocimientos sobre el abuso de sustancias psicoactivas y es considerada como una epidemia invisible debido a que se exceden en los límites recomendados en lo que respecta al consumo de alcohol, lo cual tiende a generar abuso y dependencia. Por su parte, este tipo de problema necesita ser abordado con medidas preventivas, asertivas y de inmediata ejecución, debido a que puede producir algunos trastornos a nivel neuronal (Ahumada-Cortez et al., 2017).

5.1.2 Clasificación del Consumo de alcohol

Tomando el punto de vista de Garza (2005), se presentan algunas clasificaciones en relación a la variable dependiente de este estudio, y son las siguientes:

1. Consumo de alcohol: Es el consumo de una sustancia psicoactiva en términos de cantidad y frecuencia.
2. Consumo de alcohol sensato: Es el consumo equivalente a dos bebidas si se trata de un adulto mayor hombre y sólo una bebida si es una adulta mayor femenina.
3. Consumo de alcohol excesivo: Es el consumo mayor a dos bebidas alcohólicas cuando se refiere a un adulto mayor hombre y mayor a una bebida si se trata de una adulta mayor mujer.
4. Abuso de alcohol: Es el consumo de la sustancia de forma excesiva y puede presentar alteraciones a nivel emocional, social y físico.

5.1.3 Causas del Consumo de Alcohol

Las posibles causas que generan el consumo de alcohol en las personas se deben a exigencias académicas, problemas en entorno laboral, bajo coste, falta de responsabilidad,

aprobación social como droga legal, accesibilidad a su venta, carencia de cultura, desconocimiento de sus efectos y riesgos (Méndez & Azaustre, 2017). Además, el consumo crónico de esta droga legal origina cambios a nivel del cuerpo lo que hace que el involucrado necesite cada día más de la sustancia (Pautassi, 2013).

De acuerdo con la página web Mayo Clinic (2022), “los factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales pueden influir sobre la manera en que el alcohol afecta tu organismo y tu conducta.” (p.1). En los últimos años, según Alonso-Castillo et al. (2017), se ha podido observar que las alteraciones que puedan existir dentro de una familia pueden dar lugar a la práctica de esta conducta nociva e inadecuada, misma que ha sido mencionada en el párrafo anterior. El mismo autor señala que debido a la disfunción familiar, este vicio se hace más latente ya que puede conllevar a otros episodios graves como el abuso de ingesta de drogas e infecciones virales.

Otra de las causas fundamentales por lo que las personas se involucran en esta clase de vicios es debido a la ausencia parental que una persona experimentó ya sea porque los progenitores se dedicaban mucho a la parte laboral, o simplemente no existía una relación entre ellos. Por otro lado, los participantes de este vicio lo realizan como muestra de afirmación o expresión en cuanto a su identidad y demostrar que pueden realizar dicha actividad, y además sienten la necesidad exhaustiva de pertenecer a un grupo que los valide para sentirse emocionalmente queridos y escuchados (Mena & Muñoz, 2013).

5.1.4. Consecuencias del Consumo de Alcohol

Las consecuencias de la ingesta de alcohol son debido a cuestiones biológicas, sociales y culturales. En lo que concierne a la parte biológica, sobre el consumo de esta sustancia, el hombre y la mujer la experimentan de formas distintas (González & Alcalá, 2023.). En el género femenino, los antes citados autores mencionan que “la mujer tiene mayor susceptibilidad a la intoxicación aguda de alcohol, así como desarrollar enfermedad hepática seria o cáncer de mama” (p.3). Así también en la parte social y cultural, los autores “resaltan que la mujer padece el alcoholismo del hombre por la vía del aumento en el maltrato” (p.3).

Al mismo tiempo, existen consecuencias que se encuentran en las lesiones que pueden ser producidas en entornos de trabajo por falta de productividad, y accidentes de tráfico, también se dan las separaciones de los matrimonios, sufrimiento emocional y maltrato (Pascual & Guardia, 2012).

5.1.5 Percepciones de riesgos

La percepción de riesgos es considerada como “el conocimiento de daños, consecuencias del consumo de drogas y la severidad atribuida a éstas.” (González et al., 2019, p.400).

5.1.5.1 Factores de riesgos

En lo que concierne a los factores de riesgo, Cassola et al. (2005) mencionan que son “aquellas características personales o ambientales que podrían resultar facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas”, y han sido agrupadas en individuales, textuales e interpersonales.

Existen factores de riesgo internos tales como: psicológicos, tipo de personalidad, impulsividad, imagen negativa de sí mismo, depresión, ansiedad, falta de contacto con familia, carencia en lo social, rebeldía; pero también existen de manera externa y son los siguientes: grupo de personas, mensajes a través de medios de comunicación, crisis, problemas de formación en aspectos educativos, falta de comunicación (Salazar et al., 2003).

5.1.6 Prevención y Tratamiento

Las instituciones encargadas de las sustancias psicoactivas son las que realizan el tratamiento y prevención a las personas que padecen este tipo de circunstancias y para que se puedan llevar a cabo es necesario un factor importante, la comunicación (Ochoa et al., 2012). En base a lo antes expuesto, existe otro recurso capaz de servir como trasmisor en lo que se refiere a los valores, principios y comportamientos en el área social y son los medios de comunicación como piedra angular.

La alta ingesta de alcohol y las distintas implicaciones que le afectan han hecho que este tema sea de mucho interés en lo sanitario. Cada persona en sí, deberá tener su respectivo tratamiento en base a las necesidades del paciente, mismas que pueden ser a corto, medio y largo plazo, más su situación actual (Mangado et al., 2009). Los mismos autores señalan que todo programa que es ejecutado como forma de terapia debe tratar el aspecto motivacional, pero alinearse al programa específico que necesita el involucrado.

Uno de los tratamientos muy comunes que los antes citados autores mencionan es la desintoxicación, proceso en el que se requiere la supresión de la sustancia y así obtener un propósito a largo plazo, el cual es la abstinencia.

5.2 Estado emocional

“Las emociones son procesos psicológicos que nos prestan un valioso servicio, al hacer que nos ocupemos de lo que realmente es importante en nuestra vida.” (Fernández-Abascal & Jiménez, n.d.). Otro autor como Denzin (2009), citado en Bericat (2012) define

a la emoción como “una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona.”

El estado emocional de una persona puede influir mucho en el quehacer diario de sus actividades, y en caso de existir emociones negativas, puede dar lugar a la no cicatrización de heridas o ser más susceptible a las enfermedades (Barra, 2014); el mismo autor señala que el estado emocional es “uno de los factores que determina la accesibilidad de una información o pensamiento, por lo cual un estado de ánimo positivo o negativo hará más accesibles pensamientos positivos o negativos respectivamente” (p. 55).

5.2.1 Tipos de emociones

5.2.1.2 Emociones primarias

De acuerdo con Ekman (1992), citado en García et al. (2019), menciona que las emociones primarias o también denominadas son: “ira, miedo, tristeza, alegría, asco y sorpresa” (p. 480). Este tipo de emociones tienden a no ser controladas, pero debido a sus mecanismos de regulación se aprende a expresar, reconocer y progresar (Moreno, 2023).

5.2.1.3 Emociones secundarias

Las emociones secundarias son la culpa, vergüenza, el duelo, la pérdida y según los autores Villanueva et al. (2000) “resultan claramente de una construcción social, relacionadas con la adquisición de normas o valores propios de la sociedad a la que pertenece el sujeto” (párr. 5)

5.2.2 Categorías de las emociones

De acuerdo a “Goleman, al igual que Ekman existen seis categorías básicas de las emociones: miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría y tristeza” (Fernández, 2023).

5.2.2.1 Miedo

El miedo es una emoción negativa y la encargada de que existan riesgos premeditados en la mente dentro de la vida de los seres humanos, y sirva para generar inestabilidad en la vida cotidiana a través de perturbaciones e intranquilidad (Antón, 2015).

5.2.2.2 Sorpresa

La sorpresa es “una emoción breve y ambigua que rápidamente se adapta a otras emociones según el acontecimiento que la haya generado.” (Hout, 2015). Cuando una persona expresa este tipo de emoción suele abrir la boca y los ojos queriendo contar lo que está experimentando en dicho momento.

5.2.2.3 Aversión

La aversión es un tipo de estímulo en la cual comprende ciertos traumatismos y es utilizado para tener una modificación en conducta (Carrillo, 2014).

5.2.2.4 Ira

De acuerdo con Linder (2006), citado en Butts (2007), la ira es “ un paquete complejo de sentidos, comportamientos, normas y practica sociales que coexisten y se forman alrededor de emociones primordiales” (p. 18). La misma autora señala que esta emoción es un proceso que posee muchas caras y puede darse en distintos contextos, ya sean éstos sociales o culturales; sin embargo, puede provocar un daño al cerebro a través de lesiones traumáticas.

5.2.2.5 Alegría

La alegría es considerada una emoción positiva ya que debido a una situación agradable afecta directamente proporcionalmente para obtener el objetivo esperado. Además, es un sentimiento grato y puede ser expresado a través de palabras, gestos o actos que producen algarabía (Sevilla, 2015).

5.2.2.6 Tristeza

La tristeza es una emoción que da lugar a otros sentimientos tales como: soledad, apatía, confusión, pesimismo, desánimo. Cuando la persona siente este tipo de emoción, existe una carencia de motivación e interés por realizar las actividades y solo proyecta lo negativo de las situaciones que experimenta (Cuervo & Izzedin, 2007).

5.2.3. *Inteligencias múltiples*

De acuerdo con Gardner (1994), citado en Luz (2004), alega sobre las inteligencias múltiples lo siguiente:

"En mi opinión, la mente tiene la capacidad de tratar distintos contenidos, pero resulta en extremo improbable que la capacidad para abordar un contenido permita predecir

su facilidad en otros campos. En otras palabras, es de esperar que el genio (y a posteriori, el desempeño cotidiano) se incline hacia contenidos particulares: los seres humanos han evolucionado para mostrar distintas inteligencias y no para recurrir de diversas maneras a una sola inteligencia flexible" (p. 11).

Esta teoría se encuentra relacionada con este estudio de caso porque dentro de la misma se tiene lo concerniente a lo que se conoce como la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal; la primera permite comprendernos a nosotros mismos, mientras que la segunda permite que comprendamos a las demás personas. La unión de estas dos inteligencias da lugar a lo que se conoce como inteligencia emocional.

5.2.4 Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es “una habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. De esta manera se puede usar esta información para guiar nuestra forma de pensar y nuestro comportamiento” (Goleman, s.f.). Este tipo de inteligencia permite en sí atacar la acción de un individuo para poder generar una corrección, más no a la persona.

5.2.5 Comunicación asertiva

Tomando el punto de vista de Mantilla (2002), citado en Corrales et al. (2017), hace referencia que la comunicación asertiva “tiene que ver con la capacidad de expresarse verbal y preverbal mente en forma apropiada a la cultura y a las situaciones.” Los mismos autores señalan que los comportamientos asertivos son un compendio de acciones que permiten la ayuda a los demás para alcanzar los objetivos trazados en un contexto social.

5.2.6 Desarrollo de empatía

La palabra empatía significa el accionar de sentir lo que el otro/a está viviendo o experimentando, para de esa manera comprender sus acciones, sentimientos, entre otro tipo de emociones. A través del desarrollo de la empatía, se puede llegar a ser personas que marcan la diferencia y convivir de una manera más amena con el entorno (Corrales et al., 2017).

6. Marco metodológico

Para describir el consumo del alcohol y la incidencia en las emociones en un paciente adulto mayor 71 años de edad del cantón Babahoyo, se ha utilizado diferentes técnicas e instrumentos de evaluación psicológicas para conseguir el objetivo de este estudio, el cual es precisar la manera que afecta el consumo de alcohol en el estado emocional del adulto mayor. En los siguientes párrafos se detalla el tipo y enfoque de investigación, técnicas e instrumentos utilizados y otros aspectos de la metodología científica empleada.

6.1. Tipo de investigación

Para el presente trabajo se dio cabida a una investigación correlacional ya que se centra en la descripción y análisis de un fenómeno o situación tal como se presenta en la realidad, sin modificarlo ni manipularlo. Este tipo de investigación busca obtener una comprensión profunda de un tema a través de la recolección de datos y la interpretación de los mismos. A menudo se utiliza para establecer la prevalencia, frecuencia y características de un fenómeno, así como para identificar patrones y tendencias en los datos. (Hernández, et al., 2018).

6.2. Enfoque de investigación

Este estudio se soporta un enfoque cualitativo el cual se centra en la comprensión en profundidad de un fenómeno a través del análisis detallado y la interpretación de datos no numéricos. Este enfoque se utiliza frecuentemente en las ciencias sociales y humanidades, donde el objetivo es comprender las experiencias, percepciones y significados que las personas tienen acerca de un tema determinado.(Pereyra, 2020).

6.3. Diseño de investigación

El estudio se encuadra en una investigación de diseño no experimental, ya que como manifiesta Díaz (2019) no se efectúan cambios o manipulaciones deliberadas de las variables por parte de quien las estudia. En este orden de ideas, por la misma naturaleza del fenómeno e interés de la investigación, se estudió las emociones y el consumo de alcohol del adulto mayor, tal como se presentaron, sin que ello implicara una acción de cambios que haya ocasionado el investigador.

6.4. Población y muestra

La población, como indica Mucha et al. (2021) está representada por el conjunto de elementos que disponen atributos o características que son de interés para su análisis o comprender un fenómeno. Esto fue considerado como base para definir como población un adulto mayor perteneciente a la provincia ecuatoriana de Los Ríos, específicamente del cantón Babahoyo, el cual tiene 71 años de edad y presenta elevado consumo de alcohol.

En lo que respecta a la muestra, se entiende que esta es un subconjunto de la población que puede ser seleccionada a partir de métodos probabilísticos y no probabilísticos (Arias & Covinos, 2021). En este caso, debido a que la población estaba constituida por un único individuo y el interés del estudio estaba centrado en comprender sus emociones y la relación de estas con su condición de consumo de alcohol, se consideró un muestreo no probabilístico, teniéndose como muestra al adulto mayor de 71 años.

6.5. Técnicas e instrumentos de investigación

6.5.1. Técnicas

Las técnicas de investigación son los medios por los cuales se implementan los métodos, en este sentido, solo son valiosos si permiten seguir el procedimiento científico preconcebido y ayudan a explicar y describir los fenómenos que son objeto de investigación (Arias & Covinos, 2021). Para este estudio se consideró un conjunto de técnicas entre las que se destacan las mostradas a continuación:

6.5.1.1. Observación clínica

Inicialmente se comprende que, la observación clínica es una técnica de evaluación utilizada en el campo de la salud y la psicología, que consiste en la observación sistemática y detallada de la conducta, el comportamiento y las emociones de una persona (Steiner & Erickson, 2013; López, et al., 2019). De tal manera, se efectuó una observación clínica del adulto mayor objeto de estudio, para identificar los signos físicos y emocionales del consumo de alcohol, así como su comportamiento en el entorno social.

6.5.1.2. Entrevistas clínicas

La entrevista clínica es una herramienta de evaluación psicológica en la que un profesional de la salud mental realiza una entrevista estructurada o no estructurada con un paciente para obtener información sobre sus síntomas, antecedentes médicos y psicológicos, y cualquier otro factor relevante para su diagnóstico y tratamiento (Spitzer, 1993). En el presente trabajo se aplicó una entrevista clínica estructurada al adulto mayor seleccionado, con el fin de obtener información sobre su estado emocional y su consumo de alcohol.

6.5.2. Instrumentos

Cabe destacar que los instrumentos de investigación es una herramienta diseñada para recolectar datos de manera sistemática y estandarizada en un estudio de investigación. Pueden ser cuestionarios, entrevistas, pruebas estandarizadas, escalas de medición, entre otros (Hernández, et al., 2018). En este trabajo investigativo se aplicó un conjunto de instrumentos enfocados en coleccionar información sobre la condición del adulto mayor en relación con el consumo de alcohol y las emociones que este manifiesta. A continuación se expone el alcance del empleo de cada instrumento en este estudio.

6.5.2.1. Historia clínica

La historia clínica es un documento que registra la información sobre el estado de salud de un paciente, sus antecedentes médicos, familiares y personales, los tratamientos médicos previos y cualquier otro detalle relevante que pueda influir en su salud. Es un instrumento fundamental en la atención médica, ya que permite llevar un registro detallado de la evolución del paciente a lo largo del tiempo (Chá, 2020). Con el fin de cumplir con el objetivo del presente trabajo se revisó

la historia clínica del adulto mayor seleccionado, para conocer su historial médico y cualquier diagnóstico previo que pueda estar relacionado con su estado emocional actual.

En el contexto de la investigación planteada, la historia clínica fue empleada para recopilar información sobre el historial médico del adulto mayor, incluyendo su consumo de alcohol, cualquier problema de salud física o mental previo, y cualquier tratamiento médico que haya recibido. La historia clínica también se consideró para precisar información valiosa sobre cualquier medicamento que el paciente esté tomando actualmente, lo que podría estar relacionado con sus problemas emocionales.

6.5.2.2. Ficha de observación

La ficha de observación es un instrumento de investigación que se utiliza para registrar y sistematizar información sobre la conducta y las acciones de un individuo en un momento específico. Es una herramienta útil para recopilar datos en tiempo real sobre el comportamiento y las interacciones de un individuo con su entorno (Hernández, et al., 2018). En este caso, se utilizó una ficha de observación para registrar los signos físicos y emocionales del consumo de alcohol del adulto mayor objeto de estudio.

6.5.2.3. Test psicológico

Un test psicológico es una herramienta utilizada en el campo de la psicología para medir y evaluar diversas características psicológicas, como la personalidad, la inteligencia, el rendimiento cognitivo, la emoción, entre otras (Anastasi, 1989). Este test fue empleado como base para coleccionar datos en torno a la personalidad y emociones que presentó el adulto mayor involucrado en la investigación.

6.5.2.4. Escala de evaluación para la depresión de Hamilton

Se aplicará la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton, que es un instrumento estandarizado utilizado para evaluar el nivel de depresión en pacientes adultos. Cabe mencionar que, este instrumento mide la intensidad de la depresión en adultos, mediante la evaluación de síntomas físicos y psicológicos asociados con la depresión. Los puntajes obtenidos se clasifican en diferentes categorías, que indican el grado de depresión del paciente (Hamilton, 1960). Básicamente el interés de la aplicación de este test se centró en valorar en el adulto mayor que fue

objeto de estudio en este trabajo investigativo su nivel de depresión y que se vincula con el consumo de alcohol.

6.5.2.5. Test TMMS-24

Se aplicó el Test TMMS-24, que es un instrumento estandarizado utilizado para medir la capacidad de una persona para reconocer y regular sus emociones, mediante la evaluación de diferentes aspectos como la atención, la claridad emocional y la regulación emocional. Los puntajes obtenidos se clasifican en diferentes categorías, que indican el nivel de habilidad emocional de la persona evaluada (Salovey et al., 1995). A través de este test, se evaluó al adulto mayor de 71 años, precisando si este disponía la destreza de ser consciente de las emociones que este sentía y si era capaz de controlarlas.

6.5.2.6. Test de Audit

El test AUDIT (por sus siglas en inglés, *Alcohol Use Disorders Identification Test*) es un cuestionario diseñado para detectar patrones de consumo de alcohol y posibles trastornos relacionados con el consumo de esta sustancia (García et al., 2016). Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se utiliza en diversos contextos clínicos y de investigación para evaluar el consumo de alcohol en adultos. Este se emplea generalmente en consultas médicas, clínicas de salud mental, centros de tratamiento de adicciones, entre otros, como una herramienta para la detección temprana de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, la identificación de personas que necesitan tratamiento y la monitorización del progreso de los pacientes durante el tratamiento (Babor et al., 2001). Se buscó mediante este test, realizar un cribado o *screening* en lo que respecta al consumo de alcohol que tenía el adulto mayor de 71 involucrado en este estudio.

7. Resultado

El presente estudio de Caso fue desarrollado en una persona adulta mayor de 71 años de edad el cual reside en el cantón Babahoyo parroquia Clemente Baquerizo es viudo no tiene ninguna religión, quién acude a consulta por su propia voluntad. Nació el 26 de diciembre del año 1952. El a sitio a consulta de forma presencial fue criado en una familia nuclear.

7.1 Sesiones

Para la obtención de información referente al problema que le perturba al adulto mayor se procedió a intervenir de manera presencial o mediante cinco sesiones psicológicas coordinadas con el paciente con una duración de 40 minutos cada sección y a continuación que se describen cada una de ellas.

7.1.1 Primera sesión

Fecha 06-02-2023 Hora: 9:30-10:10

El objetivo principal de la primera entrevista con el paciente es generar un buen rapport para que el paciente pueda tener confianza durante todo el proceso y se emplean las técnicas de observación y la entrevista semiestructurada. El paciente de sexo masculino con una con textura normal vestimenta de acuerdo al tiempo y espacio el indica los siguientes. *Que hace un año atrás que terminé de trabajar a adonde laborar comencé a sentirme triste deprimido y comencé aislarme de mi familia ni con mi hijo mayor conversada, pero con mis demás familiares. Luego me refugie en consumir bebidas alcohólicas ya que cuando consumía las bebidas alcohólicas me sentía un poco alegre, conversaba con amigos y se olvida un poco mis problemas que me afecta."*

La primera sección nos ayudó a recolectar información para trabajar en el cuadro psicopatológico ya el paciente comenzó a manifestando qué; desde hace 1 años aproximadamente el viene presentado lo siguiente tristeza, aislamiento social y familiar, y comenzó a consumir bebidas alcohólicas más seguidos por ejemplos antes solo bebidas los fines de semana y ahora casi bebe 3 veces a la semana. Se agenda una nueva sesión con el paciente.

7.1.2. Segunda sesión

Fecha: 13- 02- 2023 Hora: 9:30am-10:10am

En la siguiente sesión el paciente llegó con una actitud abierta y esto me permito seguir indagado mediante una entrevista semiestructurada a que tipo de familia el pertenecía. También obtuve más averiguación sobre el tipo de vivienda a donde el habitan, él paciente en este caso viven en una vivienda que brinda todos los servicios necesarios para que él y su familia. En la misma sesión, utilizamos una batería psicológica para evaluar e identificar el nivel de síntomas depresivos se le aplicó el Test Depresión de Hamilton con una duración 15 minutos a donde yo le iba detallado cada pregunta y él me iba respondiendo cada una de ellas.

7.1.3 Tercera sesión

Fecha:20-02-2023 Hora: 9:30am-10:10am

En la tercera sección dialogamos un poco más de su vida con fue antes y después de la muerte de su esposa el manifestó los siguientes *"Antes de la muerte de mi esposa mi vida era normal no tomada, ida del trabajo a mi casa, cuando teníamos tiempos salíamos a visitar a nuestros familiares, pero cuando ella falleció cabio toda mi vida tuve que hacerme cargo de mi hogar y mis hijos, antes que mi hermana me ayuda con eso hay comencé a beber bebidas alcohólicas casi todos los fines de semana "*Después de dialogar utilizamos una batería psicológica con es el test de AUDIT para medir el consumo de alcohol, adónde yo le iba detallado cada pregunta y él me iba respondiendo y la duración del test fue de 10 minutos. Durante la sección el paciente obtuvo una conducta amistosa.

7.1.4 Cuarta sesión

Fecha:27-02-2023 Hora: 9:30am-10:10am

En esta sección comenzamos a dialogar sobre las sesiones anteriores, él paciente supo manifestar lo siguiente: *"Cada sección me ha ayudado mucho a expresar mi sentimiento y es agradable poder compartirle a alguien me escuche. Tengo a mis hijos, no cuento con la atención ni el tiempo de ellos. Estos últimos meses me he sentido bastante solo, trato de entender a mis hijos porque pasan ocupados en sus actividades laborales. Por eso me refugio en el alcohol, pero estoy consciente y tengo la voluntad de cambiar y dejar de consumir, por mí mismo y mi familia ."*

Luego comencé a utilizar una batería psicometría para evaluar sus emociones y expliqué al paciente sobre el test TMMS-24 luego, procedí aplicarlo que también constaba en leerle cada ítem respetando la duración de 20 minutos, mientras realicé el test él paciente se mostró con una conducta muy pasiva. También le indiqué que en la última sección vamos a dialogar de su posible diagnóstico.

7.2.5 Quinta sesión

Fecha:06-03-2023

Hora: 9:30am-10:10am

Durante todas las sesiones anteriores con adulto mayor de 71 años y en según los manuales DSM. -5y CIE-10 obtuve un posible diagnóstico, el cual nos brindó información sobre la patología encontrada se da información sobre la patología encontrada, para lo cual se propone un esquema terapéutico para la reducción de signos y síntomas; El paciente ha realizado toda la colaboración para su recuperación, de esta forma se ha hecho un contrato para mejorar el estilo de vida del paciente.

7.2 Situaciones detectadas (hallazgos)

mediante la técnica de la entrevista semiestructura se logró obtener información sobre lo que le afecta al paciente datos como el fallecimiento de su esposa de hacer 20 años atrás que fue una pérdida que le afectó muchos a él y sus hijos, también le afectó el cambio de residencia de su hermana ya que sentía ese apoyado de ella. También indico que tiene una relación distante con su hija menor, también influyó la culminación de labores a donde él trabajaba eso le afectó muchos porque comenzó a sentirse solo, tristes y deprimido, el manifestó que esa situación lo hizo consumir bebidas alcohólicas, actualmente esto le está afectado con su bienestar y de la su familia y creado un malestar clínicamente significativo en el paciente.

Por medio de la observación directa se pudo notar que en las sesiones en general el paciente presentaba una fuerte tristeza y estado de ánimo depresivo, pero durante la primera sección se notó un cambio diferente llegó con una actitud positiva, pero durante el incremento de las sesiones mostraba tendencia al cambio y manifestaba el diálogo que tenía con mi persona le generada tranquilidad. El análisis del estado de ánimo puede mostrar que coincidieron en lugar, tiempo y espacio. Mientras que en la historia clínica del paciente se pudo precisar cuál fue el factor

precipitante, (El fallecimiento de su esposa); cabe resaltar que estos síntomas se presentaron cuando él se jubiló.

Luego se aplicó las baterías psicométrías en el paciente se detectó lo siguiente: el Test Depresión de Hamilton en los rangos de (0 y 52), donde un puntaje mayor a 12 se considera indicativo de depresión leve, por otro lado, la prueba de AUDI con un puntaje total 21 punto equivale que paciente probable adicción, también se consideró el test tmms-24 contiene tres 3 dimensiones a donde el adulto mayor obtuvo lo siguientes atención tuvo una puntuación 25 obtuvo adecuada atención en la siguiente dimisión de claridad obtuvo una puntuación de 15 obtuvo debe mejorar su comprensión. En la última dimisión de reparación obtuvo la puntuación 16 obtuvo debe mejorar su regulación de emociones.

Cuando se organizó toda la información en la situación detectada en el transcurso de la investigación con el paciente, se establece una matriz del cuadro psicopatológico, en la que se señalan varias áreas en las que se presentan cambios.

Tabla 1

Cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Le gusta beber porque le hace olvidar de sus problemas	
Afectivo	El paciente se sentía triste, presentaba dolor, se sentía desmotivado y con desesperanza	F 10.20 alcoholismo moderado
Pensamiento	Pensamientos intrusivos por problemas con su familia	
Conducta social - escolar	No se relaciona con su familia y amigos	
Somática	No puede dormir	

Nota: Sintomatología del paciente
Elaborado por: Ninfa Vega Fernández

Los factores predisponentes son: los conflictos con su hija y el cambio de residencia de la hermana por otro lado el evento precipitante que desencadenó la problemática en el paciente fue la jubilación hace 12 meses. Posterior a todo el proceso realizado se analiza toda la información obtenida del paciente en conjunto con los manuales de diagnósticos DSM-5 y el CIE-10, los cuales dan a notar un diagnóstico presuntivo de depresión leve 296.32 - F33.0. y F 10.20 alcoholismo moderado

7.3 SOLUCIONES PLANTEADAS

Mediante todo el desarrollo, se constata que el fallecimiento de la esposa y el conflicto con la hija menor, la jubilación, el cambio de ciudad de la hermana implica directamente en el estado emocional del paciente, llevándolo un presunto trastorno depresivo; Para la reducción de signos síntomas individuales de todas las áreas como: cognitiva, afectiva y somática, Conducta se desarrolla un posible esquema terapéutico que beneficiara directamente al paciente.

La terapia utilizada para cada reducción de los signos y síntomas informados por el paciente se basa en la terapia cognitivo-conductual. Dividido en 6 sesiones de 40 minutos cada una, se puede conseguir una actitud positiva del paciente, cambiar conductas inapropiadas y reducir signos y síntomas. Las sesiones de trabajo con los pacientes incluyen:

Tabla 2*Esquema terapéutico propuesto*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Resultados Esperados
Desmotivación, dificultad para tomar decisiones, De inutilidad, frustración, preocupaciones, pensamientos intrusivos	Modificar ciertos comportamientos y pensamiento del pacientes y determinadas situaciones y prevenir ciertas recaídas	Terapia de reestructuración cognitiva	1 sesiones	Mediante esta terapia se ayudará al paciente a modificar su conducta y tomar la decisión de dejar de tomar bebidas alcohólicas.
Tristeza, dolor, desesperanza	Regular y equilibrar emociones	Ficha de autoevaluación Ficha de autoconciencia Registro de emociones	3 sesiones	Mediante las secciones se ayudará al paciente a regular sus emociones y mantener el equilibrio y mejor manejo de las mismas.
Aislamiento	Se desea fomentar la participación del paciente en actividades positivas y placenteras. Que le permitan integral a su familia y amigos	Terapia de activación conductual	1 sesiones	Mediante esta terapia se ayudarán al paciente a recuperar la motivación y el interés en actividades que disfrutaba antes como escuchar música.
Alteraciones del sueño, cansancio	Mediante las terapias de relajación podemos ayudar al paciente ya con diferentes técnicas con son la meditación; escuchar música relajante y el automasaje son prácticas que podemos realizar cuando surge la dificultad para descansar	Técnicas de Relajación progresiva	1 sesiones	Mediante estas técnicas de regulación el paciente va a mejorar su problema del sueño

Nota: Se detalla los resultados esperados ante el esquema terapéutico

Elaborado por: Ninfa Vega Fernández

8. Discusión de resultados

Es importante reconocer que los efectos de la terapia pueden ser variados debido a la predisposición del paciente. Ya que cada persona los manifiesta de diferente manera, porque hay pacientes que no aceptan que tienen un tipo de problema o también hay alguna persona que presenta diferentes signos y síntomas, otros factores que pueden influir como es la motivación, la ganas de salir de ese vicio, el tipo de intervención o la gravedad de la situación que presenta el paciente.

De acuerdo al análisis realizado al paciente durante las cinco sesiones y observados los síntomas que el presenta desde que tiempo viene consumiendo alcohol de una manera excesiva, por ende una vez concluido el proceso de evaluación del caso, obteniendo mediante la técnica de observación, la pregunta semiestructurada y las baterías psicométricas, así como la solución sugerida, se puede concluir que el consumo de alcohol afecta a las emociones del adulto mayor, además tiene que ver con el nivel de depresión leve que le generó este evento.

Durante la primera sesión el principal objetivo fue establecer un buen rapport con el paciente, ya que no permitió recolectar mucha información como datos personales, esta investigación me ayudó a seguir trabajando en el cuadro psicopatológico ya que comenzó a manifestar hace cuántos años viene pasando esta situación.

La segunda sesión el paciente llegó con una conducta alegre, se continuó recolectando información mediante la entrevista semiestructurada, lo cual me permitió seguir conociendo un poco más al paciente y a su estructura familiar y habitacional. Luego en la misma sesión se comenzó a trabajar con la primera batería psicométrica, el adulto mayor estuvo dispuesto a colaborar en la realización de la misma.

En la tercera sesión dialogamos como era su vida antes que su esposa falleciera y él me fue detallando cada detalle, luego comenzamos a trabajar con otra prueba psicológica para medir el consumo de alcohol de la persona, además el adulto mayor durante la sesión obtuvo una conducta alegre y dispuesto a colaborar conmigo.

En la cuarta sesión le pregunté cómo se había sentido durante las anteriores sesiones, él me respondió que cada una de ellas lo había ayudado mucho a expresar su problema y su sentimiento. Además, ya se podía evidenciar un cambio en el adulto mayor, como era su forma de dialogar conmigo, luego apliqué la última batería psicométrica.

En la quinta y última sesión, se realizó una interpretación de los resultados de cada una de las sesiones antiguas con el adulto mayor. Me permitió a confirmar mediante los manuales: (DSM-5), un consumo de alcohol moderado y en los criterios diagnósticos (CIE-10), Episodio depresivo leve, mediante la valoración de los signos y síntomas, con un diagnóstico presuntivo del caso. Por lo tanto, recomendado un esquema terapéutico bajo la Terapia Cognitiva Conductual, (TCC), como una posible solución al problema.

Luego de finalización del trabajo, considerando que es necesaria una adecuada intervención frente al problema que afecta al paciente, se concluye que los resultados obtenidos nos brindan una base sólida para determinar que los eventos traumáticos afectan directamente la salud mental del paciente

Por lo tanto, afecta el desarrollo del paciente en las siguientes áreas: cognitiva, afectivo, pensamiento, conducta social. Una vez que estos factores se ven afectados, las personas corren el riesgo de desarrollar una enfermedad mental. En la medida en que estos trastornos aparecen en el adulto mayor, pueden convertirse en enfermedades físicas porque el ser humano no expresa sus sentimientos hacia el exterior.

La problemática del consumo de alcohol es un inconveniente que se viven todos los días en todo el mundo, tiene efectos significativos en sus víctimas de diferentes maneras, crea indiferencia en los ojos de la familia y la sociedad y afecta a la vida, cualquiera que sea su condición física, sexual, psicológica, social y económica, edad, sexo y clase social. Con los resultados obtenidos en el estudio de caso, se puede confirmar que los recientes niveles de depresión en adulto mayor se deben a su consumo de alcohol excesivos.

9. Conclusiones

Para concluir con la investigación se realizó una revisión bibliográfica sobre el consumo de alcohol, según el estudio el adulto mayor puede comenzar consumiendo alcohol de forma sensata o bajo riesgo, pero sin percatarse puede encaminarse a la adicción y llegar al consumo excesivo, causando enfermedades crónicas como las más comunes, presión arterial, enfermedades cardíacas, hepáticas, problemas digestivos, entre otros.

Pero, además, el consumo de alcohol puede tener efectos no solo sobre la incidencia de enfermedades, lesiones y otros problemas de salud, sino también sobre sus consecuencias y el desarrollo a lo largo del tiempo de problemas sociales, culturales y biológicos que afectan el bienestar. Afectado al adulto mayor provoca emociones negativas como tristeza, ira, irritabilidad, celos, miedo y rechazo de la familia.

En este estudio con ayuda de diferentes técnicas e instrumentos se pudo detectar que los signos y síntomas del paciente adulto mayor son depresión leve y alcoholismo moderado por la circunstancia diarias que tuvo que vivir (perdida de la cónyuge, jubilación) esto repercutió directamente en el estado emocional del adulto mayor.

Para culminar, los trastornos que padece el paciente son el alcohol moderado y la depresión leve afecta negativamente a la salud provocando, síntomas que al no ser tratado pueden provocar un tipo de enfermedad catastróficas (hepáticas y cardíacas entre otros). También en lo emocional se puede manifestar en pensamientos y sentimientos perjudiciales. En la parte social le puede afectar en la relación interpersonal con sus familiares y amigos.

10. Recomendaciones

Sugerir al paciente que asista a terapia psicológica y el apoyo moral de sus familiares en el proceso de recuperación prestándole atención al adulto mayor, para reducir su ansiedad de consumo de alcohol, mejorando también así su auto estima.

Aplicar el esquema terapéutico propuesto con el objetivo de reducir los signos y los síntomas del alcoholismo moderado y depresión leve, para mejorar las capacidades psicopatológicas del adulto mayor.

Atender el problema del consumo de alcohol del paciente a tiempo con terapia de grupo, programa de ayuda, además también con actividades que disfrute el adulto mayor con su familia, así mejorar sus habilidades sociales.

11. Referencias

- Anastasi, A. (1989). *Test Psicológicos*. Alianza Editorial. https://books.google.com.ec/books?id=FV01zgFuk0cC&printsec=frontcover&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Editorial Enfoques Consulting EIRL. <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. (2 ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
- Chá, M. (2020). Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(2), 163-170. doi:<https://doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>
- Díaz, V. (2019). *Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística para Profesionales y Estudiantes de Ciencias de la Salud* (1 ed.). Editorial UEES. <https://n9.cl/vcrfm>
- García, M., Novalbos, J., Martínez, J., & O'ferral, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Revista Adicciones*, 28(4), 194-204. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289147562002.pdf>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Hernández, A., Ramos, M., Placencia, B., Indacochea, B., Quimis, A., & Moreno, L. (2018). *Metodología de la Investigación Científica* (1 ed.). 3 Ciencias. <https://n9.cl/f4e2yv>
- López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D., & Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 94-102. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014
- Mucha, L., Chamorro, R., Oseda, M., & Alania, R. (2021). Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. *Revista Desafíos*, 12(1), 44-51. doi:<https://doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253>
- Pereyra, L. (2020). *Metodología de la Investigación*. Kalik Soluciones Educativas. <https://n9.cl/u4mvs>

- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, & health*, 1(1), 125-154. doi:<https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Spitzer, R. (1993). Entrevista clínica estructurada para el DSM III-R. SCID. Guía del usuario para la entrevista estructurada para el DSM III-R. (E.-M. SL, Ed.)
- Steiner, H., & Erickson, C. (2013). Observational approaches in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 1(1), 599-618.
- Ahumada-Cortez, J., Gámez-Medina, M., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *RA XIMHAI*, 13(2), 13–24. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Alonso-Castillo, M., Yañez-Lozano, Á., & Armendáriz-García, N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions*, 17(1), 87–96.
- Antón, F. (2015). Antropología del miedo. *Methados Revista de Ciencias Sociales*, 3(2), 262–275. <https://doi.org/10.17502/m.rcs.v3i2.90>
- Barra, E. (2014). Influencia del Estado Emocional en la Salud Física Influence of Emotional State on Physical Health. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55–60.
- Bericat, E. (2012). Sociopedia.isa. *Emociones Sociopedia, Emociones*, 1–13. <https://doi.org/10.1177/205684601261>
- Butts, T. (2007). Manejando la ira en la mediación: Conceptos y estrategias. *Portularia*, 7(1–2), 17–38. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161017323002.pdf>
- Calero, A., Schmidt, V., & Bugallo, L. (2015). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions*, 16(1), 49–58. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83943611005.pdf>
- Carrillo, A. (2014). *Aversión en la modificación de la conducta*. https://www.academia.edu/36164268/Aversión_en_la_modificación_de_la_conducta
- Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., & Godoy, J. (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*, 5(1), 38–54. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.V5.N1.539>
- Corrales, A., Quijano, N., & Góngora, E. (2017). Empatía, Comunicación asertiva y seguimiento de empatía, y Seguimiento de Normas. Un programa para desarrollar las habilidades de la

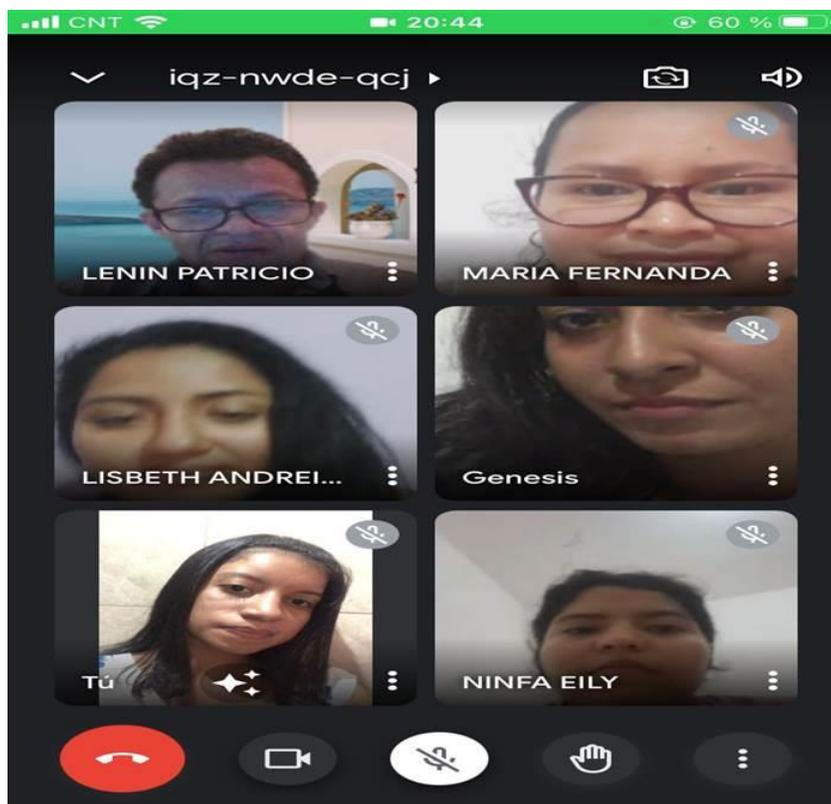
- vida. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 22(1), 58–65.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>
- Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autoregulación en niños. *Tesis Psicológica*, 2, 35–47. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- Duffy, D. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382.
<https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
- Fernández, M. (01 de 02 de 2023). *awen* . Obtenido de <https://awenpsicologia.com/emociones-basicas-cuales-son-emociones-primarias-secundarias/#:~:text=Goleman%2C%20al%20igual%20que%20Ekman,%2C%20tristeza%2C%20ira%20y%20miedo.>
- Fernández-Abascal, E., & Jiménez, M. (n.d.). *Psicología de la emoción*.
- García, J., Henríquez-Coronel, P., Pincay, J., & Herrera-Tapia, J. (2019). Analítica de Twitter para el estudio de las emociones primarias durante el terremoto de México 2017. *Iberian Journal of Information Systems and Technologies*, :479–492.
- Garza, I. (2005). *Estrés de la vida, consumo de alcohol y drogas médicas en adultos mayores.*: Vol. 12 Suppl 1 (Issue 9).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049>
<http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21918515>
<http://www.cabi.org/cabebooks/ebook/20083217094>
- Goleman. (n.d.). *Inteligencia emocional*.
- González, P., Hernández, E., Rodríguez, L., Castillo, R., Salazar, J., & Camacho, J. (2019). Percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de ciencias de la salud de Saltillo. *Enfermería Global*, 18(56), 398–422.
<https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.18.4.351381>
- González, R., & Alcalá, J. (n.d.). *Consumo de alcohol y salud pública*. Retrieved March 2, 2023, from <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000605.pdf>
- Hout, V. (2015). *Educación Emocional*.
- Luz, S. (2004). El docente y las inteligencias múltiples. *Revista Iberoamericana de Educación*,

- 34(1), 1–12. <https://doi.org/10.35362/RIE3412884>
- Mangado, E. O., Madoz-Gúrpide, A., & Muelas, N. V. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med Segur Trab*, 55(214), 26–40.
- Mayo Clinic. (n.d.). *Trastorno por consumo de alcohol - Síntomas y causas*. Retrieved March 2, 2023, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243>
- Mena, M., & Muñoz, S. (2013). *Universidad de Cuenca - Facultad de Psicología* (Vol. 54). <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21897/Capitulo2.pdf>
- Méndez, J., & Azaustre, M. del C. (2017). El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos. *Rev. Complut. Educ*, 28(3), 689–704. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n3.49725
- Moreno, J. (n.d.). *Inteligencia emocional en la etapa de Educación Infantil: de las emociones primarias a las secundarias*. Retrieved March 3, 2023, from https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/35945/MorenoFiori_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A., & Muelas, N. (2012). Tratamiento del consumo de alcohol y su prevención en prensa española desde la perspectiva del framing. *Revista Latina de Comunicación Social*, 67, 332–346. <https://doi.org/10.4185/RLCS-067-958>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Alcohol*. Notas Descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1994. [citado 2 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Pascual, F., & Guardia, J. (2012). *Monografía sobre el alcoholismo*. www.socidrogalcohol.org
- Pautassi, R. (2013). Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias. *CIENCIA E INVESTIGACIÓN*, 63(4), 25–38. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/25839/CONICET_Digital_Nro.51e4b3b0-d6b2-466f-a16f-dc2c7bf7e0c0_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pavon-León, P., Gogeoche-Trejo, M. del C., Blazquez-Morales, M., & Sanchez-Solis, A. (2018). Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. *Revista*

- Médica de La Universidad Veracruzana*, 18(228), 7–16.
https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/factores.pdf
- Salazar, A., Valencia, J., Verhelst, P., Martínez, X., Arcila, A., Escobar, L., Olaya, A., Castaño, C., & Castaño, J. (2003). Factores de riesgo y tipos de consumo de alcohol de los estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Manizales. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 7, 45–56. <https://doi.org/10.30554/ARCHMED.7.0.1518.2003>
- Sevilla, A. (2015). *Estudio de la Alegría: Análisis y Validación de un Instrumento para Medir la Alegría Estado-Rasgo en Niños (STCI for Kids)*.
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/370852/TASM.pdf?sequence=1>
- Villanueva, L., Clemente, R., & Adrián, J. (2000). La comprensión infantil de la emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 1–8. <http://reme.uji.es/articulos/avillll7280806100/texto.html>
- Braganza, E. (01 de 10 de 2017). *La Hora*. Obtenido de <https://www.udla.edu.ec/2017/10/el-alcoholismo-un-gran-problema-en-ecuador/#:~:text=En%202014%2C%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial,alcohol%20por%20habitante%20al%20a%C3%B1o.>
- Doc. Alejandra Pirco, Psc. Diego Santa, Psc. Gonzalo Erazo, Psc. Cesar Ponce. (2020). *Universidad de Nacional de Chimborazo*. Obtenido de <https://www.unach.edu.ec/proyecto-de-investigacion-estudio-de-la-personalidad-y-consumo-de-alcohol-en-estudiantes-universitarios/>
- Oportus, C. (10 de 07 de 2020). *rioenlinea.cl*. Obtenido de <https://www.rioenlinea.cl/los-rios-encuesta-revela-que-un-212-de-personas-aumentaron-consumo-de-alcohol-durante-la-pandemia/>
- tedro, D. (16 de septiembre de 2018). *oms*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=Se%20estima%20que%20hay%202300,m%C3%A1s%20del%2010%25%20desde%202010.>

12 ANEXOS

Anexo.1 tutoría del estudio de caso por el docente tutor, Msc. Lenin Mancheno Paredes junto con sus tutoradas, mediante modalidad virtual por la plataforma Meet



Anexo 2. Evaluación mediante los test psicométricos



Anexo 3**FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA****MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA****1.DATOS GENERALES****Nombre:** I.P.V**Sexo:** masculino**Edad:**71**Lugar y fecha de nacimiento:**26 de diciembre de 1952**Instrucción:** ninguna**Tiempo de observación:** 25 minutos**Hora de inicio** 10:30 hasta 10:55**Fecha:**19 de diciembre del 2022**Tipo de observación:** no participante**Nombre de observadora:** a ninfa vega**II descripción de la observación:****2.1Descripción físicas y vestimenta**

El paciente es de contextura gruesa, color de piel es blanca, color de cabello blanco, de estatura mide aproximadamente 160 cm. Su vestimenta adecuada, vestía camiseta de color azul, pantalón de color negro, zapatos casuales color negro, se observa higiene personal normal.

2.2Descripción del ambiente

El ambiente adecuado con ventilación, iluminación adecuada, silla, mesa y cumple con todo lo necesario para la aplicación de las baterías psicométricas.

2.3Descripción de la conducta

El adulto mayor, se mostró un poco nervioso, en silencio al inicio de la prueba, luego su comportamiento fue más relajado incluso se demostró participativo en relación de las pruebas psicológicas.

III. Comentario

A la persona adulta mayor se le emplearon tres baterías psicológicas como son test AUDIT, TEST MMS-24, escala de Hamilton, para detectar del problema con el consumo de alcohol y su incidencia emocional.

Anexo 4

Historia clínica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: I C P V Edad: 71

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 28/12/1952

Género: masculino Estado civil: viudo Religión

Instrucción: Ocupación: jubilado

Dirección: Babahoyo Teléfono:

Remitente: Sin remitente

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente de las iniciales I.C.P.V mediante acude a consulta manifestando que tiene problema con alcoholismo además le está afectado en la relación con sus familiares y también manifestó que se siente vences triste y solo y este último año no puedo dormir por sufre de insomnio y también un cansancio.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente adulto mayor menciona hace muchos años tiene problema con las bebidas alcohólicas este problema se radico después de la muerte de su esposa ya que ellos eran inseparable esto le afecto mucho la pérdida de su esposa. Estos afectos muchos a su familia porque fue una muerte muy rápida ya que ella no presentada algún tipo de enfermedad catastrófica. Después de la muerte de ella, no sé a vuelto a casar, crío a sus hijos con la ayudar de una hermana.

El manifestó que actualmente tiene una buena relación con hermana ya que ella siempre lo apoyado en la vida, pero como ella se casó viven en otra ciudad actualmente se siente un poco solo porque ya no cuenta con ese apoyo como era antes cuando ellos vivan en el mismo hogar.

El adulto mayor manifestó que fueron momento difícil ya que sus hijos extraña mucho a su madre además contada que tuvo bastantes problemas con sus hijos porque no pasadas mucho tiempo en casa porque el trabaja de guardia de seguridad sus horarios de trabajo le impedía estar con ellos. Esto le afecto muchos en cariños y afecto con sus hijos casi nunca ellos conversada con su padre del algún tipo de problema que les afectaría a ellos eso manifestada el adulto mayor.

Luego pasaron los tiempos sus hijos ya crecieron se fueron a estudiar a la universidad de guayaquil hasta convertirá en profesionales, además manifestó el adulto mayor que actualmente vive con su hijo mayor y su nueras y nietos

El manifiesto el que problema de consumir alcoholismo se desarrolla más cuando se jubiló ya que disponía más tiempo desocupado y así fue comenzado a consumir más de lo normal antes solo consumía los fines de semana ahora era casi todos los días eso le comenzó a tener problema con su hijo y nuera además el comentada. el paciente también manifestado que casi un año el comenzó estar deprimido y se sentía tristes, solo a veces le place llorar mucho porque recuerda cosas del pasado por eso que él se refugiate en las bebidas alcohólicas y en sus amigos de vicio.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



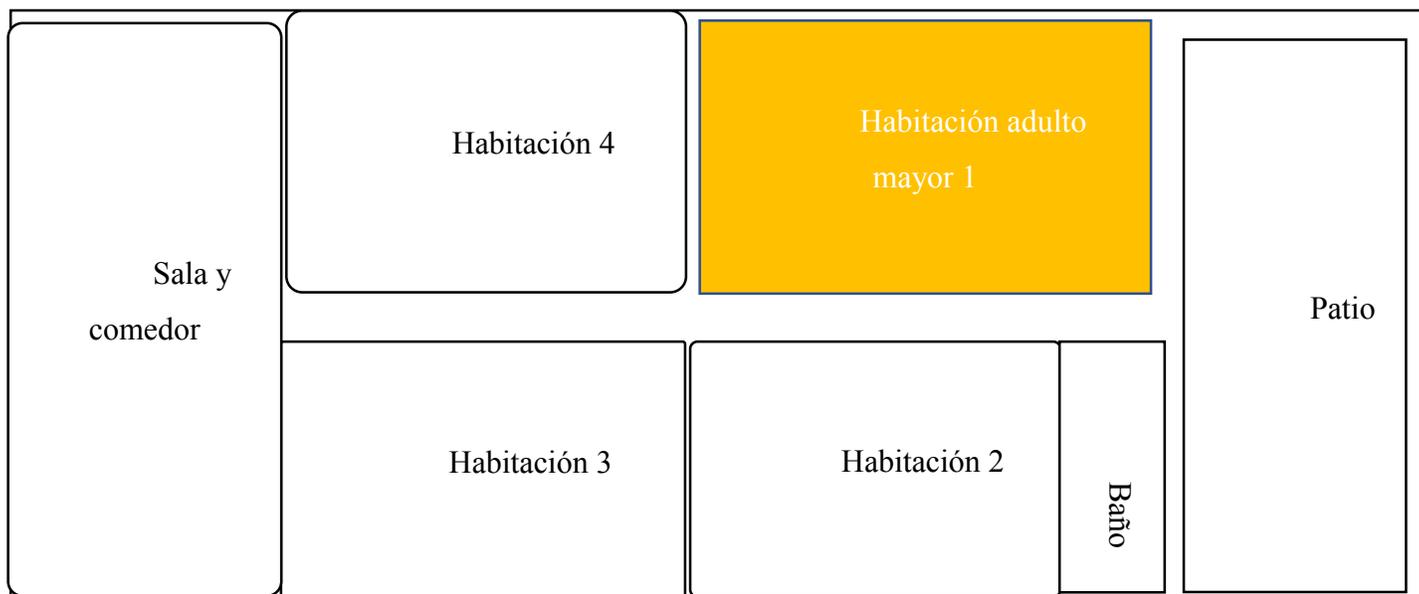
b. **Tipo de familia.**

El paciente actualmente vive con su hijo, nueras y nietos, fue criado en una familia nuclear desde que nació.

c. **Antecedentes psicopatológicos familiares.**

d. En su núcleo familiar por parte de mama presenta antecedentes de presión arterial alta y problema de glucosa y depresión

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONA

6.1. ANAMNESIS

El embarazo no tuvo complicaciones fue un parto normal, nació en casa con la ayuda de una partera.

6.2. ESCOLARIDAD

El paciente no tuvo la oportunidad de estudiar ya que creció en el campo y sus padres no tenía dinero para poderlo a estudiar

6.3. HISTORIA LABORAL

El paciente manifestó que desde pequeño trabajo con sus padres y en la adolescencia salió buscar trabajo a la ciudad comenzó a trabajar en una bananera, días después con las ayudar de un amigo encontró un trabajo con guardia de seguridad en la ciudad de Babahoyo. A donde brindo su servicio por más de 30 años de servicio a donde se jubiló.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

El paciente no tiene inconvenientes en la adaptación social ya siempre asido una persona que le gusta conversar muchos con las personas.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

La paciente no le gusta salir a ningunas partes con su familia porque prefiere salir a tomar con los amigos.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

El adulto mayor manifestó que no tiene una buena relación con su hija menor y además mantiene cierta distancia con su hermano menor.

6.7. HÁBITOS

Manifestó que solo tiene problema con consumir alcohol

6.8 ALIMENTACIÓN y sueño

La paciente no tiene una alimentación adecuada, porque a veces pasa bebiendo casi todo el día alcohol y esto le origino un desorden con los horarios de la ingesta de alimentos y se acuesta a dormir a tardes horas de la noche

6.8. HISTORIA MÉDICA

No refiere enfermedades medicas hasta la actualidad

6.9. HISTORIA LEGAL

No refiere problemas concernientes al ámbito legal

6.10. PROYECTO DE VIDA

El proyecto de vida que tiene en futuro es poder ayudar a su hermana en lo económico con es en la construcción ya ella lo ayudado mucho cuando el lo necesito

7.EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Contextura normal, ojeras, buen lenguaje expresivo.

7.2. ORIENTACIÓN

El paciente no presenta dificultades para situarse en tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN

El paciente presenta focaliza

7.1. MEMORIA

El paciente presenta problema con su memoria a corto plazo

7.3. INTELIGENCIA

El paciente el bueno en matemática y pensar que no tiene estudio

7.4. PENSAMIENTO

El paciente muestra pensamientos intrusivos ya que manifiesta que siempre tiene pensamientos repetitivos y perturbadores.

LENGUAJE

El paciente se expresa oralmente de forma rápida, fluida y un tono de voz bajo.

7.5. PSICOMOTRICIDAD

El paciente presente alteraciones en su sistema nervio No refiere problemas referentes a la psicomotricidad

7.6. SENSO PERCEPCION

No presenta problemas referentes a la sensopercepción

7.7. AFECTIVIDAD**JUICIO DE REALIDAD**

No refiere problemáticas

7.8. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No presenta conciencia de su padecimiento.

7.9. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No muestra ideas suicidas de forma poco frecuente

7. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**test AUDIT**

Con el primero instrumento, denominado test AUDIT aplicado a un adulto mayor de 71 años con problemas de alcoholismos. El puntaje total 21 punto equivale que paciente probable adicción

test de depresión Hamilton

Con respecto al segundo instrumento, denominado Test Depresión de Hamilton, aplicado a un adulto mayor de 71 años con problemas de alcoholismo. El puntaje total del test puede oscilar entre 0 y 52, donde un puntaje mayor a 20 se considera indicativo de depresión. Es así que, el puntaje de 10, determinado en el paciente se considera un nivel de depresión leve.

Test tmms-24

el test tmms-24 contiene tres 3 dimensiones a donde el adulto mayor obtuvo lo siguientes atención tuvo una puntuación 25 obtuvo adecuada atención en la siguiente dimensión de claridad obtuvo una puntuación de 15 obtuvo debe mejorar su comprensión. En la última dimensión de reparación obtuvo la puntuación 16 obtuvo debe mejorar su regulación de emociones

8. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Memoria, capacidad de tomar sus decisiones	F32.0 Episodio depresivo leve según Cie-10. F 10.20 alcoholismo moderado según DSM-5
Afectivo	Tristeza, dolor, desesperanza Desmotivación y desesperanza,	
Pensamiento	De inutilidad, frustración, preocupaciones, pensamientos intrusivos	
Conducta social – escolar	Aislamiento	
Somática	Alteraciones del sueño, cansancio, dolor de cabeza	

9.1. FACTORES PREDISPONENTES:

Fallecimiento de la esposa

9.2. EVENTO PRECIPITANTE:

Desde que se jubiló de su trabajo

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

12 meses

9. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F32.00 depresión leve

F 10.20 alcoholismo moderado según el dsm-5

10. PRONÓSTICO

EL paciente se muestra muy colaborativo y está muy consciente del problema que tiene debido al consumo de bebidas alcohólicas, y también presenta depresión leve según el test depresivo de Hamilton obteniendo una puntuación 10 punto.

11. RECOMENDACIONES

Detectado el síntoma por el cual padece nuestro paciente se recomienda asistir a las 6 sesiones programadas que van dirigido bajo el enfoque cognitivo conductual con una duración de 40 minutos cada una, para así poder llevar a un estado de mejora emocional cognitiva del paciente y también a modificar su conducta de consumir bebidas alcohólicas.

12. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Resultados Esperados
Desmotivación, dificultad para tomar decisiones, De inutilidad, frustración, preocupaciones, pensamientos intrusivos	Modificar ciertos comportamientos y pensamiento del pacientes y determinadas situaciones y prevenir ciertas recaídas	Terapia de reestructuración cognitiva	1 sesiones	Mediante esta terapia se ayudará al paciente a modificar su conducta y tomar la decisión de dejar de tomar bebidas alcohólicas.
Tristeza, dolor, desesperanza	Regular y equilibrar emociones	Ficha de autoevaluación Ficha de autoconciencia Registro de emociones	3 sesiones	Mediante las secciones se ayudará al paciente a regular sus emociones y mantener el equilibrio y mejor manejo de las mismas.
Aislamiento	Se desea fomentar la participación del paciente en actividades positivas y placenteras. Que le permitan integral a su familia y amigos	Terapia de activación conductual	1 sesiones	Mediante esta terapia se ayudarán al paciente a recuperar la motivación y el interés en actividades que disfrutaba antes como escuchar música.

Alteraciones del sueño, cansancio	Mediante las terapias de relajación podemos ayudar al paciente ya con diferentes técnicas con son la meditación; escuchar música relajante y el automasaje son prácticas que podemos realizar cuando surge la dificultad para descansar	Técnicas de Relajación progresiva	1 sesiones	Mediante estas técnicas de regulación el paciente va a mejorar su problema del sueño
-----------------------------------	---	-----------------------------------	------------	--

Anexo 5

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE HAMILTON.

Nombre: I.P.V **Estado Civil:** viudo **Edad:** 71

Sexo: masculino **Ocupación:** jubilado

Educación: ninguna **Fecha:**

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)**0. Ausente**

1. 3. Sensaciones Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2. Estas sensaciones las relata espontáneamente

no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma Espontánea

Sentimientos de culpa**0. Ausente**

1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente

2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3. Siente que la enfermedad actual es un castigo

4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

Suicidio**0. Ausente**

1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3. Ideas de suicidio o amenazas

4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

Insomnio precoz**0. No tiene dificultad**

1. Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño

2. Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

0. No hay dificultad

1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se

clasifica

en 2 (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

0. No hay dificultad

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Trabajo y actividades

0. No hay dificultad

1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y

vacilación)

3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la

productividad

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

0. Palabra y pensamiento normales

1. Ligeramente retrasado en el habla
2. Evidente retraso en el habla
3. Dificultad para expresarse
4. Incapacidad para expresarse

Agitación psicomotora

0. Ninguna

1. Juega con sus dedos

2. Juega con sus manos, cabello, etc.

3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

Ansiedad psíquica

0. No hay dificultad

1. Tensión subjetiva e irritabilidad

2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4. Expresa sus temores sin que le pregunten

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

0. Ausente

1. Ligera

2. Moderada
3. Severa
4. Incapacitante

Síntomas somáticos gastrointestinales

0. Ninguno

1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.

2. Sensación de pesadez en el abdomen

3. Dificultad en comer si no se le insiste.
4. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

Síntomas somáticos generales

0. Ninguno

1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.

2. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en

2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

0. Ausente

1. Débil
2. Grave

Hipocondría

0. Ausente
1. Preocupado de si mismo (corporalmente)

2. Preocupado por su salud

3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda

Pérdida de peso**0. Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana**

1. Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

Introspección (insight)

0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2. No se da cuenta que está enfermo

PUNTAJE TOTAL: 10 (Depresión moderada)

Anexo 6**Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol**

1) **¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?**

- Nunca (0 puntos)
- Mensualmente o menos (1 punto)
- De 2 a 4 veces al mes (2 puntos)
- De 2 a 3 veces a la semana (3 puntos)
- 4 o más veces a la semana (4 puntos)

2) **¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?**

- 1 o 2 (0 puntos)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 puntos)
- De 7 a 9 (3 puntos)
- 10 o más (4 puntos)

3) **¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?**

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

4) **¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?**

- Nunca (0 puntos)

- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

5) ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

6) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)

- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

9) ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)
- Sí, durante el último año (4 puntos)

10) ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)
- Sí, durante el último año (4 puntos)

Puntos 20

0 - 7 Puntos: Riesgo bajo

8 - 15 Puntos: Riesgo medio

16 - 19 Puntos: Riesgo alto

20 - 40 Puntos: Probable adicción

Notas

- **Riesgo bajo** (0-7 puntos) Probablemente usted no tenga un problema con el alcohol. Siga bebiendo con moderación o no beba nada en absoluto.
- **Riesgo medio** (8-15 puntos) Puede que en ocasiones beba demasiado. Esto puede ponerle a usted o a otros en riesgo. Intente reducir el consumo de alcohol o deje de beber completamente.
- **Riesgo alto** (16-19 puntos) Su consumo de alcohol podría causarle daños, si no lo ha hecho ya. Es importante que reduzca el consumo de alcohol o que deje de beber completamente. Pida a su médico o enfermera/o asesoramiento sobre cómo es mejor reducir el consumo.
- **Probable adicción** (20+ puntos) Es probable que su consumo de alcohol le esté causando daños. Hable con su médico o enfermera/o, o con un especialista en adicciones. Pida medicación y asesoramiento que puedan ayudarle a dejar la bebida. Si tiene problemas de alcoholismo, no deje de beber sin la ayuda de un profesional sanitario.

Anexo 7

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

Para la atención	1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
	2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
	3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
	4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
	5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
	6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
	7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
	8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
	9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
	10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
fuera claridad	11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
	12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
	13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
	14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
	15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
	16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
	17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
	18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
	19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
	20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
	21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
	22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
	23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
	24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. En la Tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Atención	Soy capaz de <i>atender</i> a los sentimientos de forma adecuada
Claridad	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Reparación	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales de forma adecuada

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *Atención*, los ítems del 9 al 16 para el factor *Claridad* y del 17 al 24 para el factor *Reparación*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos. Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

	Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Claridad	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
	Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35

	Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Reparación	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35

Algunas referencias sobre la utilización de la escala

- Carranque, G.A., Fernández-Berrocal, P., Baena, E., Bazán, R., Cárdenas, B., Herraiz, R., y Velasco, B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 75-79.
- Durán, A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P., y Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema*, 18, 158-164.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1-12.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clinica y Salud*, 15, 117-137.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11, 101-122.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and Incremental validity of the Trait Meta-Mood Scale.