

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



INFORME FINAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:
EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

TÍTULO DEL INFORME FINAL:

“PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN PERSONAS EN RECUPERACIÓN DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL
(25-45 AÑOS)”

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTADO POR:

ASCENCIO IGLESIAS, KATHERYNE JASMÍN.

N° CARNET: AI19005

CRUZ ARGUETA, VÍCTOR GUILLERMO.

N° CARNET: CA19005

GARCÍA PINEDA, DENNIS MAGDALENA.

N° CARNET: GP19003

DOCENTE ASESOR:

MS PC. LUIS ROBERTO GRANADOS.

OCTUBRE DE 2024

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA.

RECTOR.

DR. EVELYN BEATRIZ FARFÁN.

VICERRECTORA ACADÉMICA.

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO.

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL.

LIC. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA.

FISCAL GENERAL.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES



MSC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO

DECANO.

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA

VICEDECANA.

CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ

SECRETARIO GENERAL.

ANA CECILIA CAÑAS ZELAYA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES.

LIC. RENÉ CAMPOS QUINTANILLA.

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA.

AGRADECIMIENTOS

Katheryne Jasmín Ascencio Iglesias.

En primer lugar, expresar mi más profunda gratitud a todos los que estuvieron presentes a lo largo de todos estos años, a quienes con su apoyo y enseñanzas me animaron a culminar este proyecto.

A mi madre, quien ha sido mi mayor apoyo desde el inicio. Gracias por su amor incondicional, por creer en mí y por brindarme la motivación y el respaldo necesario para alcanzar nuestras metas.

A nuestros amigos por dedicarnos tiempo y comprensión, quienes con sus palabras de aliento nos animaban a seguir adelante para alcanzar nuestro objetivo final.

Agradecer también a nuestros docentes, quienes con su experiencia, guía y enseñanzas nos han permitido crecer tanto a nivel académico como personal, sus conocimientos y consejos han sido fundamentales para la culminación de este proyecto.

Finalmente, agradecemos a todos los que de una u otra manera, contribuyeron a nuestro crecimiento personal y académico. Su influencia ha dejado una huella imborrable en nuestro desarrollo, gracias a ustedes hoy podemos celebrar este logro con gratitud y orgullo.

Dennis Magdalena García Pineda

En primer lugar, expresar mi más profunda gratitud a todos los que estuvieron presentes a lo largo de todos estos años, a quienes con su apoyo y enseñanzas me animaron a culminar este proyecto.

A mi madre, quien ha sido mi mayor apoyo desde el inicio. Gracias por su amor incondicional, por creer en mí y por brindarme la motivación y el respaldo necesario para alcanzar nuestras metas.

A nuestros amigos por dedicarnos tiempo y comprensión, quienes con sus palabras de aliento nos animaban a seguir adelante para alcanzar nuestro objetivo final.

Agradecer también a nuestros docentes, quienes con su experiencia, guía y enseñanzas nos han permitido crecer tanto a nivel académico como personal, sus conocimientos y consejos han sido fundamentales para la culminación de este proyecto.

Finalmente, agradecemos a todos los que de una u otra manera, contribuyeron a nuestro crecimiento personal y académico. Su influencia ha dejado una huella imborrable en nuestro desarrollo, gracias a ustedes hoy podemos celebrar este logro con gratitud y orgullo.

Víctor Guillermo Cruz Argueta

En primer lugar, expresar mi más profunda gratitud a todos los que estuvieron presentes a lo largo de todos estos años, a quienes con su apoyo y enseñanzas me animaron a culminar este proyecto.

A mi madre, quien ha sido mi mayor apoyo desde el inicio. Gracias por su amor incondicional, por creer en mí y por brindarme la motivación y el respaldo necesario para alcanzar nuestras metas.

A nuestros amigos por dedicarnos tiempo y comprensión, quienes con sus palabras de aliento nos animaban a seguir adelante para alcanzar nuestro objetivo final.

Agradecer también a nuestros docentes, quienes con su experiencia, guía y enseñanzas nos han permitido crecer tanto a nivel académico como personal, sus conocimientos y consejos han sido fundamentales para la culminación de este proyecto.

Finalmente, agradecemos a todos los que de una u otra manera, contribuyeron a nuestro crecimiento personal y académico. Su influencia ha dejado una huella imborrable en nuestro desarrollo, gracias a ustedes hoy podemos celebrar este logro con gratitud y orgullo.

Índice

Resumen	7
I. Introducción	9
II. Generalidades	11
III. Diagnóstico situacional	12
IV. Objetivos	16
V. Justificación	17
VI. Metodología	19
VII. Aplicaciones	22
VIII. Descripción	23
IX. Base teórica	24
X. Base Psicoterapéutica	26
XI. Validez y confiabilidad	30
XII. Metas	31
XIII. Temas o sesiones	33
XIV. Detalle de sesiones	34
XV. Anexos de sesiones	44
XVI. Bibliografía	46
XVII. Anexos del programa	51

Resumen.

Este programa está diseñado para abordar la depresión, ansiedad y la recuperación de adicciones en un periodo de 11 semanas, utilizando un enfoque basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptada a las necesidades de los participantes. Se centra en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, el manejo del estrés, la reestructuración cognitiva y la prevención de recaídas. Además, se incorporan técnicas de relajación, mindfulness y el desarrollo de habilidades de afrontamiento para facilitar la recuperación a largo plazo.

El programa consta de 11 sesiones, que incluyen intervenciones grupales. Los objetivos están orientados a mejorar la identificación de los síntomas emocionales, reducir los síntomas de ansiedad y depresión, fortalecer la resiliencia y prevenir recaídas. A lo largo del proceso, se promueve la participación activa de los asistentes y se ajustan las estrategias según las necesidades individuales de cada participante.

La validez del programa está respaldada por la sólida base teórica de la TCC, que ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y las adicciones. Además, se basa en investigaciones recientes sobre la eficacia de la TCC en la intervención y prevención de recaídas en el contexto de la recuperación de adicciones.

Este enfoque integral y adaptativo tiene como objetivo no solo tratar los síntomas emocionales, sino también equipar a los participantes con las herramientas necesarias para mantener la estabilidad emocional y la abstinencia en el largo plazo, promoviendo su bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: *depresión, ansiedad, adicción, alcoholismo.*

ABSTRACT

This program is designed to address depression, anxiety, and addiction recovery over a 11-week period, using a Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-based approach tailored to the needs of participants. It focuses on identifying and modifying dysfunctional thoughts, stress management, cognitive restructuring, and relapse prevention. In addition, relaxation techniques, mindfulness, and the development of coping skills are incorporated to facilitate long-term recovery.

The program consists of 11 sessions, including group interventions. The objectives are aimed at improving the identification of emotional symptoms, reducing anxiety and depression symptoms, strengthening resilience, and preventing relapses. Throughout the process, active participation of participants is promoted and strategies are adjusted according to the individual needs of each participant.

The validity of the program is supported by the solid theoretical basis of CBT, which has been shown to be effective in the treatment of depression, anxiety, and addictions. Furthermore, it is based on recent research on the effectiveness of CBT in relapse intervention and prevention in the context of addiction recovery.

This comprehensive and adaptive approach aims not only to treat emotional symptoms, but also to equip participants with the tools necessary to maintain emotional stability and abstinence in the long term, promoting their well-being and quality of life.

Keywords: Depression, anxiety, addiction, alcoholism.

I. Introducción

El presente programa tiene como objetivo apoyar a adultos en recuperación de la adicción al alcohol que enfrentan desafíos adicionales de depresión y ansiedad. Reconociendo que estos trastornos emocionales pueden complicar significativamente el proceso de recuperación, el programa proporciona una serie de intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptadas a las necesidades específicas de esta población. El enfoque es brindar un apoyo integral para mejorar la calidad de vida y fomentar una recuperación sostenible.

En la ciudad de San Miguel, El Salvador, una región caracterizada por su riqueza cultural y desafíos socioeconómicos, la adicción al alcohol es un problema significativo que afecta a numerosos individuos y sus familias. Las tasas de adicción al alcohol, junto con los problemas de salud mental asociados, como la depresión y la ansiedad, requieren una intervención adecuada y adaptada a las realidades locales.

En el oriente del país se enfrenta varios retos socioeconómicos, incluyendo alta tasa de desempleo, pobreza y acceso limitado a servicios de salud mental. Estos factores pueden exacerbar los problemas relacionados con la adicción al alcohol y los trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad. La comunidad, con su fuerte sentido de cohesión y redes de apoyo, también presenta oportunidades para integrar soluciones basadas en el apoyo mutuo y la resiliencia comunitaria.

Los residentes han enfrentado problemas de adicción al alcohol a menudo se encuentran luchando con síntomas persistentes de depresión y ansiedad. La recuperación de la adicción no solo implica la abstinencia del alcohol, sino también el manejo de las emociones y el estrés que acompañan este proceso. La falta de servicios especializados y el estigma asociado a la salud mental pueden hacer que estos individuos se sientan aislados y desamparados.

El objetivo es reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en los participantes, mejorar su calidad de vida y fortalecer su capacidad para mantener la recuperación a largo plazo. Además, se busca promover un entorno de apoyo y comprensión dentro de la comunidad de San Miguel, reduciendo el estigma asociado a la salud mental y fomentando la resiliencia colectiva.

Este programa no solo aborda las necesidades individuales de los participantes, sino que también busca contribuir a la construcción de una comunidad más saludable y solidaria, que pueda enfrentar de manera efectiva los desafíos asociados con la adicción al alcohol y los trastornos emocionales.

II. Generalidades

Generalidades

Tema:

“Programa Psicológico para el Tratamiento de la Depresión y Ansiedad en Personas en Recuperación de la Adicción al Alcohol (25-45 años)”

Lugar:

Grupo Alcohólicos Anónimos “El Jute” intercepción Calle Elizabeth, San Miguel, San Miguel.

Edad y género de la población a quien se dirige:

25 a 45 años de edad, masculino.

Base teórica de referencia:

Cognitivo conductual

Docente tutor:

MS Pc Luis Roberto Granados

Autores:

Ascencio Iglesias Katheryne Jasmin

Cruz Argueta Víctor Guillermo

García Pineda Dennis Magdalena

Año de creación:

2024

Modalidad: Grupal, presencial.

Duración: 11 semanas con 11 sesiones

III. Diagnóstico situacional

Delimitación.

El programa se llevará a cabo con personas adultas de las edades de 25 a 45 años, siendo esta parte de un grupo de alcohólicos anónimos de la ciudad de san miguel, donde las sesiones se llevarán a cabo en el centro de reuniones de estos, dicho grupo de apoyo cuenta con la infraestructura necesaria para las sesiones grupales.

Necesidades específicas:

Las personas en recuperación a menudo necesitan apoyo adicional para manejar los desafíos emocionales relacionados con la abstinencia, los cambios en el estilo de vida y el estrés relacionado con la recuperación.

Recursos:

Recursos Humanos: Sujetos participantes, estudiantes egresados de la licenciatura en psicología, tutor de la materia, psicólogos y terapeutas.

Espacios: Ambientes seguros, cómodos y adecuados para sesiones grupales.

Materiales: Material educativo, hojas de trabajo y recursos digitales para apoyar el aprendizaje y la práctica, presentaciones de PowerPoint, material lúdico.

Diagnostico

El objetivo de este diagnóstico es identificar las necesidades en salud mental que los adultos (de 25 a 45 años) en el grupo de alcohólicos anónimos “El Jute”

Para obtener información relevante, se aplicaron las siguientes herramientas:

Escala de depresión Hamilton

Cuestionario de ansiedad SAS

Entrevista

Se aplicaron 10 de cada una, se realizó una visita a la institución para la aplicación de los instrumentos.

Resultados

A través de la escala de depresión Hamilton se obtuvieron los siguientes resultados que de los 10 participantes uno de ellos se encontró con depresión muy severa, dos con depresión severa, cuatro con depresión moderada, dos con depresión ligera y uno no deprimido.

El alcohol es utilizado como mecanismo de escape para enfrentar sentimientos de tristeza, pero a largo plazo agrava los síntomas depresivos. Este ciclo de automedicación y deterioro emocional incrementa el riesgo de dependencia, complicando tanto la recuperación de la depresión como el tratamiento de alcoholismo.

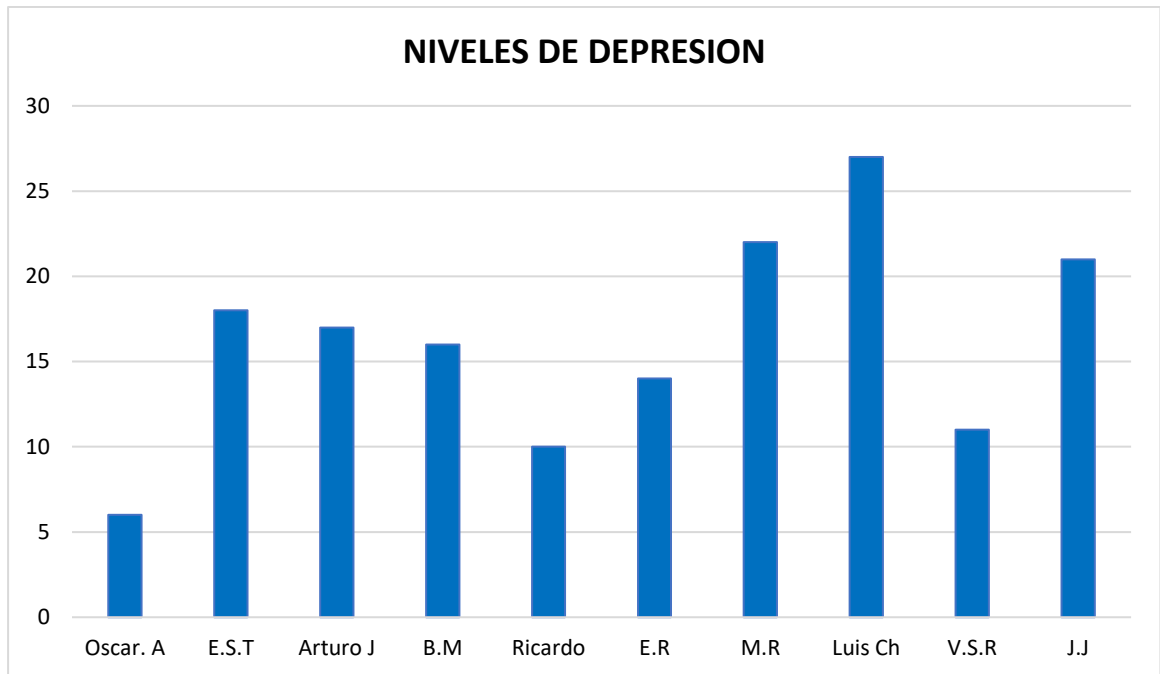
Instrumento cuestionario de índice SAS

De un total de 10 personas evaluadas se obtuvieron los siguientes resultados:

Tres personas no presentan ansiedad, seis personas presentan ansiedad mínima y una persona presenta ansiedad marcada, la mayoría del grupo obtuvo resultados en el cual se observó ansiedad leve, sin embargo, siempre es recomendable implementar medidas y monitorear al grupo, ya que un aumento en los niveles de ansiedad podría influir negativamente en el proceso de recuperación o estabilidad del alcoholismo.

Resultados de escalas aplicadas a los pacientes.

Gráfica N° 1 Escala de depresión de Hamilton



No deprimido 0 -7

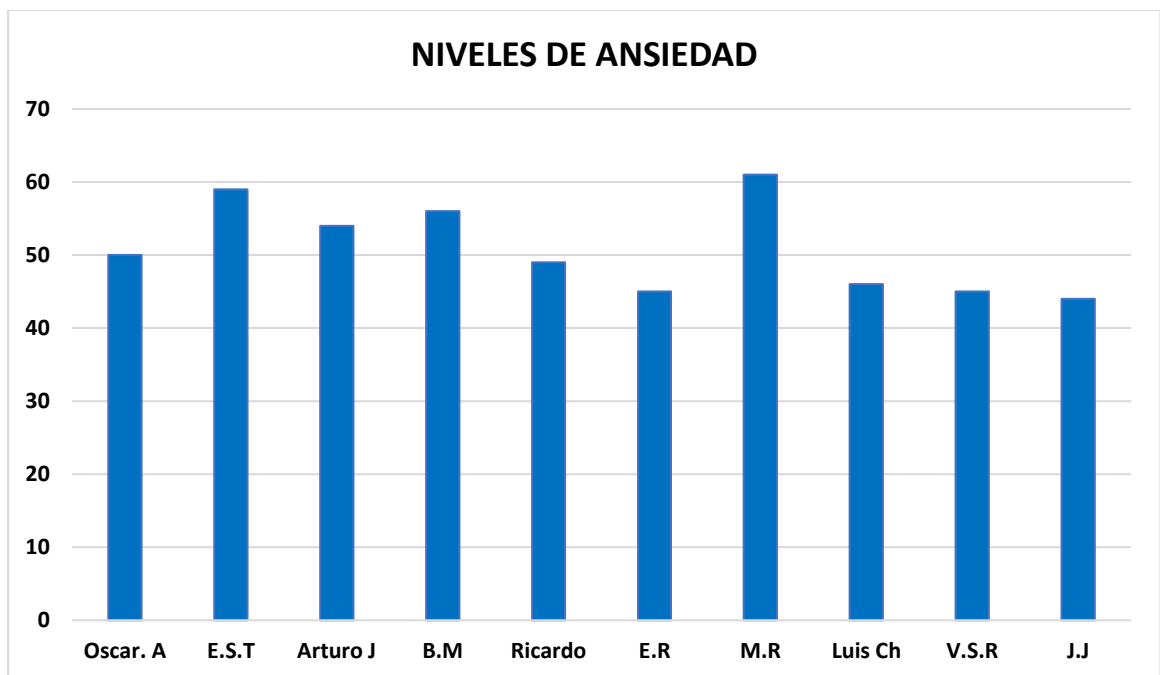
Depresión ligera/menor 8-13

Depresión moderada 14-18

Depresión severa 19-22

Depresión muy severa >23

Grafica N° 2 Escala de ansiedad SAS



Menos de 45: dentro del rango normal, ninguna ansiedad presente

45-59: presencia de ansiedad mínima a moderada

60-74: presencia de ansiedad marcada a severa

75 o más : presencia de la más extrema ansiedad

IV. Objetivos

General:

Proporcionar apoyo psicológico integral para reducir los síntomas de depresión y ansiedad, y promover una recuperación efectiva y sostenible del alcohol.

Específicos:

Modificar patrones de pensamientos negativos relacionados con la adicción a sustancias psicoactivas en los miembros del grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de San Miguel, durante el año 2024.

Desarrollar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés y las emociones asociadas con la recuperación en los individuos del grupo A.A el Jute de la ciudad de San Miguel.

Facilitar la implementación de un plan de acción para mantener el progreso en la recuperación y prevenir recaídas en los miembros de A.A. el Jute, de la ciudad de San Miguel durante el año 2024.

V. **Justificación**

La depresión y ansiedad son trastornos que tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos. La depresión puede llevar a la pérdida de interés en actividades cotidianas, dificultades en las relaciones interpersonales y disminución del rendimiento laboral. La ansiedad, por su parte, puede generar síntomas físicos y emocionales que limitan la capacidad de disfrutar de la vida. Un programa de intervención puede ayudar a restaurar el bienestar y la funcionalidad de los individuos.

La coexistencia de depresión y ansiedad con la adicción al alcohol puede hacer que la recuperación sea particularmente desafiante. Este programa aborda estas necesidades específicas al proporcionar intervenciones que no solo ayudan a gestionar los síntomas emocionales, sino que también apoyan la adaptación a una vida libre de alcohol. Al abordar los factores emocionales que contribuyen a la adicción, el programa busca reducir el riesgo de recaída y mejorar la calidad de vida de los participantes.

La importancia de este plan de intervención es, mejorar y estabilizar aquellos síntomas de depresión o ansiedad que los sujetos estén enfrentando en este proceso de recuperación, ya que estas personas atraviesan muchos cambios en el estado de ánimos como, sentirse triste, desesperanzado o irritable la mayor parte del tiempo. No querer hacer cosas divertidas ni disfrutarlas cuando se hacen. Cambios en los patrones de alimentación: comer mucho más o mucho menos de lo habitual. Cambios en los patrones del sueño: dormir mucho más o mucho menos de lo normal, por lo que ellos al presentar estos síntomas buscan refugiarse en el alcohol, lo cual podría provocarles una recaída, por ellos es importante abordar esos problemas que se presentan en la fase de recuperación, en un proceso tan delicado como lo es el alcoholismo. Además de tratar los síntomas, este programa de intervención puede incluir componentes de prevención y educación, que equipen a los

participantes con habilidades para identificar y gestionar sus emociones, promoviendo un enfoque proactivo hacia la salud mental.

Un programa de intervención psicológica centrado en la depresión y la ansiedad es esencial no solo para mejorar el bienestar individual, sino también para contribuir al bienestar social y económico. A través de enfoques basados en la evidencia, educación y accesibilidad, podemos crear un impacto positivo duradero en la vida de quienes enfrentan estas condiciones.

Se espera que este programa de intervención puede servir como un recurso valioso dentro de la comunidad, fomentando la sensibilización sobre la salud mental y disminuyendo el estigma asociado a los trastornos psicológicos; concientizando también sobre su importancia dentro de proceso de recuperación en problemas de alcoholismo.

VI. Metodología

Al inicio de la elaboración del programa se estableció el tipo de población, que instrumentos aplicar, elaboración de la entrevista, también se decidió el lugar donde se haría la recolección de los datos necesarios con la aplicación de instrumentos.

El programa está diseñado para una duración de 11 semanas, con 11 sesiones en total, las sesiones tienen una duración de 60 a 70 minutos cada uno, pero si en alguna sesión por el tipo de actividad existe un atraso tendrá una duración de 15 minutos más.

Durante la sesión habrá una persona encargada de que todo se realice de manera ordenada y de acuerdo con el plan establecido, cada sesión debe haber un encargado que este pendiente de que todo se realice de manera ordenada y de acuerdo con el plan establecido, por lo tanto, cuando una persona presente mucha mejoría aun antes de finalizar el programa se debe tomar en cuenta una evaluación con los instrumentos y dependiendo los resultados valorar si se le dará la opción de abandonar o seguir para poder ayudar a los demás miembros del grupo.

Enfoque

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se adapta para centrarse en las experiencias específicas de los individuos en recuperación del alcohol. La TCC es eficaz para tratar la depresión y la ansiedad al trabajar sobre pensamientos y comportamientos disfuncionales.

Estrategias

Reestructuración Cognitiva: Técnicas para identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos. La reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que

determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de estos (Clark, 1989)

Manejo del Estrés

Ejercicios y estrategias para reducir el impacto del estrés.

Las técnicas de relajación constituyen las herramientas de manejo del estrés más utilizadas. Su efectividad en el tratamiento de una gran variedad de trastornos físicos y psicológicos asociados al estrés ha quedado sobradamente comprobada. Además, la ausencia de relajación es una buena señal de que una persona se encuentra estresada. Hoy día los profesionales de la psicología y de la salud en general definen la relajación de una forma negativa, es decir, un estado caracterizado por la ausencia de tensión o activación fisiológica (sobre todo muscular), el cual es simplemente opuesto a la respuesta de estrés. Esta es una definición reduccionista, ya que la relajación, al igual que el estrés, es un fenómeno multidimensional en donde intervienen factores fisiológicos y psicológicos (Smith, 1993; Amutio, 1998).

Prevención de Recaídas

Estrategias para identificar y manejar factores de riesgo. La prevención de recaídas es el punto central y más original de la terapéutica de las adicciones. En este sentido hay estudios que avalan la eficacia de la terapia grupal. Objetivos: comparar la ^[11]terapia grupal de prevención de recaídas con el seguimiento habitual ^[12]de pacientes con abuso-dependencia alcohólica. Metodología: se asignaron 14 pacientes al grupo de prevención de recaídas y 10 pacientes realizaron el control ambulatorio habitual. Se recogieron el número de recaídas durante el tiempo que duró la terapia grupal y al año. Resultados: Encontramos diferencias

estadísticamente significativas ($\chi^2(2)=7,95$; $p=0,019$) en cuanto a las tasas de abstinencia y recaída entre ambos grupos en el seguimiento a 12 meses. Conclusiones: la terapia grupal de prevención de recaída es fácil de aplicar en la consulta externa, eficiente y obtiene mejores tasas de abstinencia en el seguimiento al año, que el tratamiento ambulatorio habitual.

Protocolos

Evaluación Inicial:

Determinación del estado emocional y necesidades individuales.

Seguimiento:

Evaluaciones periódicas para ajustar el enfoque y monitorear el progreso.

Adaptación:

Modificación del contenido y las estrategias en función de la respuesta del participante.

VII. Aplicaciones

Modalidades

Grupal: Sesiones donde los participantes pueden compartir experiencias y recibir apoyo mutuo.

Procedimientos

Inscripción y evaluación inicial.

Intervención psicoeducativa en relación a los temas de ansiedad y depresión.

Involucramiento activo de los participantes.

Implementación del programa con seguimiento y evaluación continua.

Intervención: Implementación de sesiones basadas en el plan de tratamiento personalizado.

Seguimiento

Monitoreo del progreso y ajustes según sea necesario.

VIII. Descripción

El programa se compone de 11 sesiones estructuradas que abordan aspectos clave de la depresión y ansiedad en el contexto de la recuperación de adicciones, a través de un enfoque integral que combine terapia cognitivo-conductual, técnicas de autocuidado y apoyo comunitario.

Cada sesión está diseñada para ofrecer un equilibrio entre la teoría y la práctica, asegurando que los participantes puedan aplicar lo aprendido a sus vidas diarias. Se utiliza un enfoque centrado en la persona, fomentando la participación activa de los asistentes y adaptando las intervenciones a sus necesidades individuales.

El enfoque es centrado en el participante, promoviendo la participación activa y el establecimiento de objetivos individuales. Se utilizarán métodos tanto individuales como grupales, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de cada persona.

IX. Base teórica

Alcoholismo

Modelo Biopsicosocial

Genética: La predisposición genética puede influir en la susceptibilidad al alcoholismo, con una prevalencia más alta en individuos con antecedentes familiares de dependencia.

Neurobiología: El consumo de alcohol afecta el sistema de recompensas del cerebro, lo que puede llevar a la dependencia y la necesidad de consumo para experimentar placer o evitar malestar.

Psicológica y Social: Factores como el estrés, trauma, y la exposición a ambientes donde el consumo de alcohol es normalizado influyen en el desarrollo de la adicción.

Teoría del Aprendizaje

Refuerzo Positivo y Negativo: El consumo de alcohol puede ser reforzado positivamente por el placer que proporciona o negativamente al reducir la ansiedad o el malestar.

Aprendizaje Social: La observación y la imitación del comportamiento de beber en familiares, amigos o figuras de autoridad pueden contribuir al desarrollo de patrones de consumo problemático.

Modelo de Dependencia

Neuroadaptación: El cerebro se adapta al consumo regular de alcohol, lo que lleva a la tolerancia y la dependencia física.

Síndrome de Abstinencia: La interrupción del consumo de alcohol puede provocar síntomas físicos y psicológicos que impulsan el deseo de reanudar el consumo.

Tratamiento

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):

Identificación de Triggers: Reconocer y manejar situaciones y emociones que disparan el deseo de beber.

Desarrollo de Habilidades: Estrategias para enfrentar las tentaciones y mantener la abstinencia.

Intervención Motivacional

Entrevistas Motivacionales: Se centra en explorar y resolver ambivalencias sobre el cambio y fomentar la motivación intrínseca para la abstinencia.

Grupos de Apoyo:

Alcohólicos Anónimos (AA): Basado en el modelo de 12 pasos, proporciona apoyo mutuo y un enfoque estructurado para la recuperación.

Terapia Grupal: Permite compartir experiencias y estrategias de afrontamiento con otros que enfrentan problemas similares.

Consideraciones Adicionales para Adultos de 25 a 45 Años:

Contexto de Vida: A esta edad, las personas pueden enfrentar desafíos como presiones laborales, responsabilidades familiares y cambios en la vida, estos factores pueden influir en el desarrollo y manejo de la depresión, ansiedad y alcoholismo.

Enfoque Integral: Es crucial un tratamiento que aborde los aspectos psicológicos, emocionales, sociales y biológicos del problema.

Prevención y Educación: Promover estrategias de manejo del estrés, habilidades de afrontamiento saludables y educación sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol puede ayudar a prevenir el desarrollo o agravamiento de estos trastornos.

Cada individuo es único y puede requerir un enfoque personalizado en su tratamiento. La intervención temprana y el seguimiento continuo son clave para un manejo efectivo y una recuperación.

X. Base Psicoterapéutica

Enfoque.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptada a la recuperación de adicciones.

Razonamiento.

La TCC se enfoca en identificar y cambiar pensamientos disfuncionales y proporcionar estrategias prácticas para el manejo del estrés y las emociones. Esta adaptación es crucial para abordar los desafíos específicos de las personas en recuperación de adicciones, proporcionando un apoyo efectivo y basado en evidencia.

El programa se fundamenta en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que ha demostrado ser eficaz para tratar la depresión y la ansiedad. La TCC se centra en la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, y se adapta para abordar los desafíos específicos que enfrentan las personas en recuperación de adicciones. La inclusión de técnicas específicas para el manejo del estrés y la prevención de recaídas es esencial para apoyar la estabilidad emocional y la recuperación a largo plazo.

Depresión.

Teoría Biopsicosocial:

Biológica: La depresión se ha asociado con desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina. Alteraciones en la estructura cerebral, como el tamaño reducido del hipocampo, y factores genéticos también juegan un papel crucial.

Psicológica: Los patrones de pensamiento negativos, como el pensamiento todo o nada, la generalización excesiva y el catastrofismo, contribuyen al mantenimiento de la depresión. La teoría del aprendizaje social también sugiere que las experiencias tempranas y los patrones de comportamiento aprendidos influyen en la predisposición a la depresión.

Social: Factores como el estrés crónico, el aislamiento social, las relaciones interpersonales conflictivas y la falta de apoyo social pueden exacerbar los síntomas depresivos.

Teoría Cognitivo Conductual (TCC).

Distorsiones Cognitivas: La TCC identifica distorsiones en el pensamiento, como el enfoque en lo negativo y la minimización de lo positivo. Las personas con depresión a menudo tienen una visión pesimista de sí mismas, su futuro y el mundo.

Conductas de Evitación: La depresión puede llevar a la evitación de actividades placenteras y el aislamiento social, lo cual perpetúa el estado de ánimo bajo y la sensación de inutilidad.

Modelo de Estrés y Vulnerabilidad

Vulnerabilidad Individual: Incluye predisposiciones genéticas y neurobiológicas que hacen a un individuo más susceptible a la depresión.

Estresores Ambientales: Situaciones estresantes como pérdidas, fracasos y cambios significativos en la vida pueden actuar como desencadenantes para el desarrollo de la depresión en personas vulnerables.

Tratamiento

Psicoterapia Cognitivo-Conductual (TCC):

Reestructuración Cognitiva: Ayuda a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos.

Técnicas de Activación Conductual: Se enfoca en aumentar la participación en actividades agradables y gratificantes para contrarrestar la inactividad y el aislamiento.

Terapia Interpersonal (TIP)

Focalización en las Relaciones: Aborda problemas en las relaciones interpersonales y trabaja en la mejora de la comunicación y resolución de conflictos.

Manejo del Duelo: Ayuda a las personas a afrontar pérdidas y cambios en su vida.

Terapias Basadas en la Atención Plena (Mindfulness):

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT): Combina la meditación mindfulness con la TCC para prevenir recaídas.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Se centra en aceptar los pensamientos y sentimientos negativos sin dejar que interfieran con los valores personales.

Ansiedad

Modelo de Procesamiento de Información

Sesgo Atencional: Las personas con ansiedad tienden a enfocarse en señales de amenaza y a interpretar situaciones neutrales o ambiguas como peligrosas.

Interpretación Catastrófica: La tendencia a anticipar el peor resultado posible y exagerar la gravedad de las situaciones.

Teoría del Aprendizaje

Condicionamiento Clásico: Las experiencias traumáticas pueden llevar a la asociación de ciertas situaciones o estímulos con una respuesta de ansiedad.

Condicionamiento Operante: Las respuestas de evitación pueden ser reforzadas si se experimenta alivio temporal del malestar.

Teoría Biológica

Desequilibrio Neuroquímico: Los neurotransmisores como la serotonina y la GABA (ácido gammaaminobutírico) están implicados en la regulación de la ansiedad.

Eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal (HHA): El estrés crónico puede alterar la función del eje HHA y contribuir a la ansiedad.

Tratamiento

Psicoterapia Cognitivo-Conductual (TCC):

Exposición Gradual: Permite a los individuos enfrentarse de manera controlada a sus miedos, reduciendo la evitación.

Reestructuración Cognitiva: Cambia creencias y pensamientos disfuncionales sobre el peligro y la capacidad de afrontarlo.

Terapias Basadas en la Atención Plena (Mindfulness):

MindfulnessBased Stress Reduction (MBSR): Técnicas de meditación para reducir el estrés y mejorar la regulación emocional.

ACT: Ayuda a aceptar la ansiedad en lugar de luchar contra ella y se centra en tomar acciones basadas en los valores personales.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):

Aceptación: Permite a las personas aceptar pensamientos y sentimientos sin dejar que controlen sus comportamientos.

Compromiso con la Acción: Fomenta la toma de decisiones y acciones alineadas con los valores personales.

XI. Validez y confiabilidad

Teórica: La TCC está respaldada por una extensa literatura que demuestra su efectividad en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, así como en la recuperación de adicciones.

Aaron T. Beck: Considerado el padre de la TCC, su obra "Cognitive Therapy of Depression" (1979) es fundamental para entender la teoría y la práctica de la TCC en el tratamiento de la depresión.

Judith S. Beck: Su libro "Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond" (2011) proporciona una visión comprensiva de la TCC, así como evidencias sobre su efectividad y aplicación en diferentes trastornos.

David M. Clark: Su investigación sobre la TCC en el tratamiento de trastornos de ansiedad, como se detalla en "Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice" (1999), respalda su validez y efectividad.

Christopher G. Fairburn: En "Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders" (2008), se explora cómo la TCC se puede adaptar a diferentes trastornos, incluyendo los problemas relacionados con la adicción y la recuperación.

John H. Riskind: Su trabajo en "Cognitive Behavioral Therapy in a Nutshell" (2004) discute la aplicabilidad y la validez de la TCC para diferentes trastornos psicológicos.

Stephen F. Hayes: Fundador de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), su libro "Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change" (1999) ofrece evidencia sobre la efectividad de enfoques basados en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión.

M. Davidow et al.: En "Evidence-Based Practices in Mental Health" (2017), se revisa la evidencia sobre prácticas basadas en la TCC y su efectividad en el tratamiento de trastornos mentales, incluyendo adicciones.

Constructo:

Para desarrollar el plan de intervención psicoterapéutico, se optó por un formato plan que proporciona una organización específica y precisa, lo que facilita la implementación del programa.

El formato por el que nos inclinamos a desarrollar garantiza una mejor comprensión de lo que se prevé realizar, debido a la amplia información específica y detallada que se presenta en cada una de sus partes, además es un programa confiable ya que fundamenta sus bases científicas en la Terapia cognitivo- conductual, a través de técnicas diseñadas precisamente para cumplir con el objetivo del programa, que es intervenir y mejorar cada uno de los aspectos a tratar; dichas técnicas son efectivas en los problemas de depresión y ansiedad, que son los factores que necesitamos gestionar, ya que estas son la problemáticas que están afectando a la población que ha sido evaluada.

En este programa también se desarrollan habilidades de afrontamiento para el manejo de estrés y las emociones relacionadas que estén generando una problemática en cada uno de ellos y no permita avanzar en el proceso de recuperación

Expertos:

Modificación de la presentación de las sesiones tipo carta didáctica

Modificación de los objetivos

Docente: Cambiar las metas y poner un porcentaje a lograr.

Adecuación de los apartados del trabajo.

XII. **Metas**

Corto plazo:

Mejorar la identificación y gestión de los síntomas de depresión y ansiedad en un lapso de tiempo de 4 semanas.

Iniciar el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas en la primera semana.

Mediano plazo:

Lograr una reducción significativa del 80% en los síntomas emocionales.

Establecer y seguir un plan de manejo del estrés y prevención de recaídas.

Largo plazo:

Mantener la estabilidad emocional y prevenir recaídas hasta en un 90%.

Integrar las habilidades aprendidas en la vida diaria y en el proceso de recuperación a largo plazo.

XIII. Temas o sesiones

1. Introducción al Programa y Evaluación Inicial
2. Comprendiendo la Depresión y la Ansiedad en la Recuperación
3. Identificación de Pensamientos Negativos Relacionados con la Adicción
4. Reestructuración Cognitiva en el Contexto de la Recuperación
5. Técnicas de Relajación y Mindfulness Adaptadas a la Recuperación
6. Manejo del Estrés en la Recuperación del Alcohol
7. Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento en la Recuperación
8. Establecimiento de Metas y Planificación en la Recuperación
9. Estrategias de Resolución de Problemas Relacionados con la Adicción
10. Construcción de Resiliencia y Mantenimiento de la Recuperación
11. Prevención de Recaídas, Manejo de Desafíos y Cierre de Programa

XIV. Detalle de sesiones

Sesión 1: Introducción al Programa de Recuperación					
<i>Objetivo:</i> Establecer una conexión inicial entre los participantes y el programa, identificando sus expectativas y evaluando su estado emocional y necesidades individuales.					
Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
5 minutos.	Inicio / Presentación.	Técnica: “Con el cambio de canal.	Los participantes serán preparados sensorialmente para la atención al tema. Se entrega un Post-it y se organizan por colores.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Post-it de colores. ➤ Sillas. ➤ Mesas. ➤ Proyector, presentación en PowerPoint. ➤ Espacio para discusión grupal. ➤ Espacio cómodo para diálogo. 	Se evaluará el nivel de conexión y comodidad de los participantes con el grupo, así como la claridad sobre sus expectativas y necesidades a través de la retroalimentación durante la discusión y la revisión de cuestionarios
10 minutos.	Presaberes.	Preguntas simples.	“El Ban”: Indagar conocimientos sobre la recuperación y expectativas. Respuestas reforzadas con aplausos.		
25 minutos.	Desarrollo del Tema: Programa y Objetivos.	Expositivo, Diálogo Socrático.	Presentación sobre el programa, sus objetivos y lo que se cubrirá en las sesiones.		
10 minutos.	Desarrollo del Tema: Expectativas.	Conversación en pares.	Los participantes conversan sobre sus expectativas del programa.		
10 minutos.	Cierre: Preguntas y Respuestas.	Reflexión grupal.	Espacio para resolver dudas y concluir la sesión		
Recursos relacionados: Técnicas de Relajación. (https://www.mentalhealth.gov/whattoexpect/relaxationtechniques) Introducción al Mindfulness. (https://www.mindful.org/whatismindfulness/)					

Sesión 2: Comprendiendo la Depresión y la Ansiedad					
<i>Objetivo:</i> Facilitar la comprensión de cómo la depresión y la ansiedad afectan la recuperación de la adicción al alcohol, promoviendo un espacio de diálogo y apoyo.					
Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos.	Inicio / Reflexión	Técnica: "Rueda de emociones"	Los participantes comparten una emoción relacionada con la recuperación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Material para la "Rueda de emociones" ➤ Sillas. ➤ Mesas. ➤ Proyector, presentación en PowerPoint. ➤ Espacio para discusión grupal. ➤ Espacio cómodo para diálogo. 	Se evaluará la comprensión de los participantes sobre la relación entre la adicción, la depresión y la ansiedad mediante preguntas y reflexiones en grupo, así como su capacidad para compartir experiencias.
20 minutos.	Desarrollo del Tema: Impacto de la Adicción	Expositivo, Video	Presentación sobre cómo la adicción afecta la salud mental, usando un video ilustrativo.		
20 minutos.	Desarrollo del Tema: Experiencias Personales	Discusión en grupo	Los participantes comparten sus experiencias con la depresión y la ansiedad en un diálogo abierto.		
10 minutos.	Cierre: Reflexiones Finales	Preguntas y respuestas	Resumen de aprendizajes y espacio para aclarar dudas		
Recursos relacionados: Manejo del Estrés. (https://www.apa.org/topics/stress) Estrategias de Manejo del Estrés. (https://www.verywellmind.com/stressmanagement2795593)					
Sesión 3: Identificación de Pensamientos Negativos					
<i>Objetivo:</i> Ayudar a los participantes a identificar y comprender sus pensamientos automáticos negativos relacionados con la adicción, fomentando la auto reflexión.					
Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos.	Inicio / Ejercicio de Escritura	Técnica: "Pensamientos en papel"	Los participantes escriben pensamientos negativos sobre la adicción.		Se evaluará la capacidad de los participantes para identificar y

20 minutos.	Desarrollo del Tema: Pensamientos Automáticos	Expositivo	Presentación sobre los pensamientos automáticos y su impacto en la recuperación.		registrar sus pensamientos automáticos negativos, así como su disposición a compartir y reflexionar sobre ellos en la discusión.
30 minutos.	Desarrollo del Tema: Influencia Emocional	Conversación grupal	Discusión sobre cómo los pensamientos afectan el estado emocional y la motivación.		
10 minutos.	Cierre: Reflexiones Compartidas	Compartir en grupo	Espacio para que los participantes compartan sus reflexiones sobre el tema.		

Recursos relacionados: Habilidades de Afrontamiento. (<https://www.psychologytoday.com/us/basics/copingskills>).

RolePlaying en la Terapia. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6681226/>).

Sesión 4: Reestructuración Cognitiva

Objetivo: Enseñar a los participantes a desafiar y reestructurar sus pensamientos disfuncionales, promoviendo una mentalidad más positiva y realista.

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos.	Inicio / Ejercicio de Cambio de Pensamiento	Técnica: “Reformulación”	Los participantes reformulan un pensamiento negativo en uno positivo.	➤	Se evaluará la efectividad de los participantes para desafiar y reestructurar sus pensamientos disfuncionales mediante ejercicios prácticos y la calidad de sus intervenciones en el RolePlaying.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Identificación de Pensamientos Negativos	Expositivo	Presentación sobre la reestructuración cognitiva y su aplicación en la recuperación		
20 minutos	Desarrollo del Tema: RolePlaying.	Juego de roles	Los participantes practican habilidades de afrontamiento en situaciones simuladas.		

5 minutos	Cierre: Evaluación de Aprendizajes	Reflexiones en grupo.	Discusión sobre la utilidad de la reestructuración cognitiva en sus vidas.		
Recursos relacionados: Establecimiento de Metas SMART. (https://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_90.htm). Planificación de Metas. (https://www.verywellmind.com/howtosetgoals2795119).					
Sesión 5: Técnicas de Relajación y Mindfulness					
<i>Objetivo:</i> Introducir a los participantes en técnicas de relajación y mindfulness que les ayuden a manejar el estrés y la ansiedad en su proceso de recuperación.					
Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio / Ejercicio de Respiración.	Técnica: “Respiración profunda”	Se enseña a los participantes a realizar respiraciones profundas para relajarse.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toalla. ➤ Almohada ➤ Espacio cómodo. ➤ Pacientes. ➤ Radio o bocina. ➤ Música relajante. 	Se evaluará la comprensión y aplicación de las técnicas de relajación y mindfulness a través de la participación activa en los ejercicios y su capacidad para describir cómo estas técnicas pueden ayudarles.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Técnicas de Relajación	Expositivo, Práctico	Presentación sobre varias técnicas de relajación y su importancia en la recuperación.		
30 minutos	Desarrollo del Tema: Mindfulness	Práctica guiada	Los participantes realizan ejercicios de mindfulness para centrar su atención.		
10 minutos	Cierre: Reflexiones sobre la Práctica	Conversación en grupo	Discusión sobre cómo las técnicas aprendidas pueden aplicarse en su vida diaria		
Recursos relacionados: Técnicas de Relajación. (https://www.mentalhealth.gov/whattoexpect/relaxationtechniques). Introducción al Mindfulness. (https://www.mindful.org/whatismindfulness/).					
Sesión 6: Manejo del Estrés en la Recuperación del Alcohol					
<i>Objetivo:</i> Desarrollar estrategias prácticas para identificar y manejar el estrés que acompaña la recuperación, fortaleciendo su capacidad de afrontamiento.					

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos.	Inicio / Identificación de Estrés	Técnica: “Rueda del Estrés”	Los participantes identifican fuentes de estrés en su vida diaria.		. Se evaluará la identificación de factores estresantes y la efectividad de las estrategias de manejo del estrés propuestas, así como la capacidad de los participantes para compartir sus experiencias y estrategias en grupo.
20 minutos.	Desarrollo del Tema: Estrategias de Manejo	Expositivo	Presentación sobre diversas estrategias para manejar el estrés durante la recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plumones ➤ Lápices. ➤ Proyector. ➤ Rueda del estrés. 	
20 minutos.	Desarrollo del Tema: Taller de Estrategias	Ejercicio práctico.	Los participantes trabajan en grupos para desarrollar y compartir estrategias de manejo del estrés.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Material informativo y lúdico. ➤ Espacio para la presentación grupal. 	
10 minutos	Cierre: Evaluación de Estrategias	Compartir en grupo.	Espacio para que cada participante comparta la estrategia que considera más útil.		

Recursos relacionados: Manejo del Estrés. (<https://www.apa.org/topics/stress>).
 [Estrategias de Manejo del Estrés. (<https://www.verywellmind.com/stressmanagement2795593>).

Sesión 7: Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento en la Recuperación

Objetivo: Fomentar y practicar habilidades de afrontamiento útiles, preparando a los participantes para enfrentar desafíos en su vida diaria.

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio / Definición de Habilidades	Técnica: “Brainstorming”	Los participantes definen y discuten qué son las habilidades de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PC. ➤ Proyector. ➤ Sillas. ➤ Espacio cómodo. ➤ Mesas 	Se evaluará la capacidad de los participantes para aplicar habilidades de afrontamiento

15 minutos	Desarrollo del Tema: Tipos de Habilidades	Expositivo.	Presentación sobre diferentes tipos de habilidades de afrontamiento y su importancia.		en situaciones simuladas durante el RolePlaying y la calidad de sus planes de acción desarrollados.
25 minutos	Desarrollo del Tema: RolePlaying.	Juego de roles	Los participantes practican habilidades de afrontamiento en situaciones simuladas.		
10 minutos	Cierre: Reflexiones sobre las Habilidades.	Conversación grupal.	Discusión sobre qué habilidades han encontrado más útiles y cómo pueden aplicarlas.		

Recursos relacionados: Habilidades de Afrontamiento. (<https://www.psychologytoday.com/us/basics/copingskills>).
RolePlaying en la Terapia. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6681226/>).

Sesión 8: Establecimiento de Metas y Planificación en la Recuperación

Objetivo: Ayudar a los participantes a definir metas de recuperación utilizando el enfoque SMART, y elaborar un plan de acción concreto para alcanzarlas.

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio / Reflexión sobre Metas.	Técnica: “Metas en papel”.	Los participantes escriben una meta personal relacionada con su recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarra. ➤ Papel. ➤ lápices. ➤ Proyector. ➤ presentación en PowerPoint. ➤ Hojas de trabajo para planificar soluciones, pizarra. 	Se evaluará la claridad y realismo de las metas establecidas por los participantes utilizando el enfoque SMART, así como la efectividad de sus planes de acción para alcanzarlas.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Metas SMART.	Expositivo.	Presentación sobre el establecimiento de metas usando el enfoque SMART.		
20 minutos	Desarrollo del Tema: Planificación	Taller Practico.	Los participantes elaboran un plan de acción		

			con pasos concretos para alcanzar sus metas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacio para la presentación grupal. 	
10 minutos	Cierre: Compartir Metas	Compartir en grupo.	Espacio para que los participantes compartan sus metas y planes con el grupo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas y bolígrafos 	
Recursos relacionados: Establecimiento de Metas SMART. (https://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_90.htm). Planificación de Metas. (https://www.verywellmind.com/howtosetgoals2795119).					
Sesión 9: Estrategias de Resolución de Problemas Relacionados con la Adicción					
<i>Objetivo:</i> Desarrollar habilidades para identificar problemas específicos relacionados con la recuperación y proponer soluciones efectivas.					
Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio: Análisis de Problemas	Técnica: “Mapas Mentales”	Introducción sobre la importancia de identificar problemas comunes en la recuperación utilizando mapas mentales para visualizarlos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarra. ➤ Papel. ➤ lápices. ➤ Proyector. ➤ presentación en PowerPoint. ➤ Hojas de trabajo para planificar soluciones, pizarra. ➤ Espacio para la presentación grupal. 	Observación de la participación en la elaboración del mapa.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Problemas Comunes	Expositivo	Presentación sobre los problemas más frecuentes que enfrentan los participantes en su proceso de recuperación.		Comprensión de los problemas discutidos mediante preguntas al final.
30 minutos	Desarrollo del Tema: Planificación de Soluciones	Técnica: “Grupo de Solución”	Los participantes trabajan en grupos para seleccionar un problema y desarrollar un plan de acción con posibles soluciones		Evaluación de las soluciones propuestas y su viabilidad.

			utilizando la técnica de grupo de solución.	
10 minutos	Cierre: Presentación de Soluciones	Técnica: “Presentación de Grupos”	Espacio para que cada grupo presente su problema y las soluciones propuestas al resto del grupo.	Reflexión sobre la aplicabilidad de las soluciones compartidas.

Recursos relacionados: Resolución de Problemas en la Adicción. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156743/>).

Técnicas de Resolución de Problemas. (<https://www.verywellmind.com/problem-solving-techniques-2795956>).

Sesión 10: Construcción de Resiliencia y Mantenimiento de la Recuperación

Objetivo: Fomentar la resiliencia y proporcionar herramientas para mantener la recuperación a largo plazo.

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio: Introducción a la Resiliencia	Técnica: “Lluvia de Ideas”	Introducción sobre qué es la resiliencia y su importancia en la recuperación, comenzando con una lluvia de ideas sobre experiencias personales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Material informativo sobre resiliencia. ➤ Proyector, presentación en PowerPoint. 	Observación de la participación en la discusión. Comprensión del concepto mediante preguntas al final. Evaluación de los recursos identificados y su aplicabilidad.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Ejemplos de Resiliencia	Expositivo	Presentación sobre ejemplos de resiliencia en diferentes contextos y cómo aplicarlos en la recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas de trabajo para la identificación de recursos, pizarra. 	Reflexión sobre el valor de las estrategias compartidas. Se evaluará la comprensión de los participantes sobre la resiliencia y la efectividad de las estrategias
30 minutos	Desarrollo del Tema: Identificación de Recursos	Técnica: “Técnica de Role-Playing”	Los participantes trabajan en grupos para identificar recursos personales y sociales que apoyen su	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacio para discusión grupal. 	

			resiliencia, practicando a través de escenarios.		desarrolladas para fortalecerla, así como su disposición para identificar recursos de apoyo.
10 minutos	Cierre: Reflexión Final	Técnica: “Círculo de Reflexión”	Espacio para que cada participante comparta una estrategia de resiliencia que les gustaría implementar en un círculo de discusión.		

Recursos relacionados: Construcción de Resiliencia. (<https://www.apa.org/topics/resilience>).
Estrategias de Resiliencia. (<https://www.verywellmind.com/how-to-build-resilience-2795365>).

Sesión 11: Prevención de Recaídas, Manejo de Desafíos y Cierre de Programa

Objetivo: Revisar el progreso de cada participante a lo largo del programa, celebrando logros y planificando los próximos pasos en su proceso de recuperación.

Tiempo	Actividad / Tema	Técnica	Metodología	Recursos	Evaluación
10 minutos	Inicio / Identificación de Riesgos	Técnica: “Lista de Riesgos”	Los participantes crean una lista de factores de riesgo que pueden llevar a recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarra. ➤ Papel. ➤ lápices. ➤ Proyector. 	Se evaluará la efectividad de los planes de prevención de recaídas desarrollados por los participantes, así como su capacidad para identificar factores de riesgo y estrategias para manejarlos.
20 minutos	Desarrollo del Tema: Estrategias de Prevención	Expositivo.	Presentación sobre estrategias para prevenir recaídas y cómo manejarlas si ocurren.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ presentación en PowerPoint. ➤ Hojas de papel bond. 	Además, se evaluará el nivel de progreso alcanzado por los
20 minutos	Desarrollo del Tema: Taller de Estrategias	Ejercicio práctico	Los participantes trabajan en grupos para desarrollar estrategias de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacio para la presentación grupal. 	

10 minutos	Cierre: Plan de Prevención Personal y grupal	Compartir en grupo.	Cada participante comparte su plan de prevención personal y recibe retroalimentación.		participantes en relación con sus objetivos de recuperación, así como la efectividad de la planificación futura a través de discusiones grupales y encuestas finales.
<p>Recursos relacionados: Prevención de Recaídas. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6078652/).</p> <p>Estrategias para Manejar Desafíos. (https://www.verywellmind.com/howtopreventrelapse2795107/).</p>					

XV. Anexos de sesiones

Material de trabajo

Materiales incluidos:

Hojas de trabajo para la identificación y modificación de pensamientos.

Guías para ejercicios de relajación y mindfulness.

Planificadores para el establecimiento de metas y la resolución de problemas.

Recursos educativos sobre depresión, ansiedad y recuperación de adicciones.

Recursos digitales:

Acceso a plataformas en línea con contenido educativo adicional y foros de apoyo.

Aplicaciones recomendadas para el seguimiento del progreso y la práctica de habilidades.

XVI. Bibliografía

Alcoholismo.

Modelo de Enfermedad: Jellinek, E. M. (1960). "The Disease Concept of Alcoholism." Hillhouse Press. Modelo Biopsicosocial: Engel, G. L. (1977). "The Biopsychosocial Model and the Future of Medicine." *Journal of the American Medical Association*, 238(1), 36-40.

[Link](<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/352463>) Modelo de

Condicionamiento Operante: Skinner, B. F. (1953). "Science and Human Behavior." Free Press.

Depresión y Ansiedad.

Teoría Cognitivo-Conductual (TCC): Beck, A. T. (1976). "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders." International Universities Press. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés:

Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2005). "Depression from Childhood through Adulthood: A Vulnerability-Stress Perspective." In D. K. H. & J. S. (Eds.), *Developmental*

Psychopathology (pp. 258-280). Wiley. Modelo de Aversión al Estrés: Herman, J.

P., & Cullinan, W. E. (1997). "Neurocircuitry of Stress: Central Control of the Hypothalamo-Pituitary-Adrenocortical Axis." *Trends in Neurosciences*, 20(2), 78

84.[Link](<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166223697000173>)

Ejercicios de Relajación y Mindfulness:

KabatZinn, J. (1990). "Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness." Bantam Books. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M.,

& Congleton, C. (2011). "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density." *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 3643.

[Link](<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925492710003183>).

Estrategias de Intervención.

Reestructuración Cognitiva: Beck, A. T. (1967). "Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects." Harper & Row.

Estrategias para el Manejo del Estrés.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). "Stress, Appraisal, and Coping." Springer. Gordon, E. J., & Kravitz, R. L. (2015). "Stress Management: The Use of Behavioral Strategies in the Treatment of Alcohol and Drug Dependency." **Substance Use & Misuse**, 50(10), 12521260. [Link](<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2015.1005856>)

Evaluación del Progreso y Planificación Futura.

Kazdin, A. E. (2008). "Research Design in Clinical Psychology." Pearson.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). "Motivational Interviewing: Helping People Change." Guilford Press.

Evaluación Inicial de los Síntomas y Necesidades.

Referencia: Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). "Beck Depression Inventory." Psychological Corporation. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). "A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD7." *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 10921097.

[Link](<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1035540>)

Habilidades de Afrontamiento y RolePlaying: Linehan, M. M. (1993).

"CognitiveBehavioral Treatment of Borderline Personality Disorder." Guilford Press.

Montgomery, R. J. V., & Duffy, M. E. (2015). "Coping Strategies for Addiction Recovery: A Review." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 55, 3846.

[Link](<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547215000656>).

Impacto de la Adicción en la Salud Mental.

Meyer, R. E., & Bischof, G. (2016). "Alcohol Use Disorders and Depression: A Review of Their Comorbidity and the Effectiveness of Treatments." *Alcohol Research: Current Reviews*,

38(1), 99114. [Link](<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr384/99114.htm>) Jaffe,

A. (2016). "The Effects of Substance Abuse on Mental Health and the Role of Treatment."

Journal of Substance Abuse Treatment, 61, 15.

[Link](<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547216302059>)

Identificación de Pensamientos Automáticos.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). "Cognitive Therapy of

Depression." Guilford Press.

Wells, A. (2000). "Emotional Disorders and

Metacognition: Innovative Cognitive Therapy." Wiley. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M.

(2005). "Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive

Behaviors." Guilford Press.

Heather, N., & Rollnick, S. (2004). "Motivational

Interviewing and the Relapse Prevention Model." British Journal of Addiction, 89(3),

295309. [Link](<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13600443.1994.tb00506.x>).

Metas SMART y Planificación: Doran, G. T. (1981).

"There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives." Management

Review, 70(11), 3536.

[Link](https://www.researchgate.net/publication/235603545_There's_a_SMART_Way_to_Write_Management's_Goals_and_Objectives).

Locke, E. A., & Latham, G. P.

(2002). "Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A

35Year Odyssey." American Psychologist, 57(9), 705717.

[Link](<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003066X.57.9.705>).

Mindfulness y Técnicas de Relajación.

Kabat-Zinn, J. (1990). "Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind

to Face Stress, Pain, and Illness." Bantam Books. Terapia de Resolución de Problemas:

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2007). "Problem-Solving Therapy: A Positive

Approach to Clinical Intervention." Springer.

Prevención de Recaídas:

Prevención de Recaídas: Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). "Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors." Guilford Press. Gabbard, G. O. (2005). "Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice." American Psychiatric Publishing. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis." *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

[Link](<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>)

Resiliencia y Mantenimiento de la Recuperación.

Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). "Resilience in Development." En Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation (pp. 74102). Wiley. Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). "Functional Roles of Social Support within the Stress and Coping Process: A Theoretical and Empirical Overview." *International Journal of Stress Management*, 14(4), 266288.

[Link](<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10725245.14.4.266>).

Resolución de Problemas y Estrategias.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. R. (2001). "Problem Solving Therapy: A Treatment Manual." Oxford University Press. Karoly, P. (1993). "Mechanisms of Self Regulation: A Systems View." *Annual Review of Psychology**, 44, 2352.

[Link](<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ps.44.020193.000323>).

Técnicas de Reestructuración Cognitiva.

Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). "Cognitive Theory and Therapy: Current Status and Future Directions." *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 125.

[Link](<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurevclinpsy032210104549>) Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). "The Efficacy of

Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses."Cognitive Therapy and Research, 36, 427440. [Link](<https://link.springer.com/article/10.1007/s1060801294761>).

XVII. Anexos del programa

Documentos adicionales:

Formularios de evaluación inicial y de seguimiento.

ENTREVISTA

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Estado Civil: _____

Lugar de referencia: _____

Nivel Educativo: _____

A continuación, se le presentan una serie de preguntas para lo cual se le solicita contestar con total sinceridad, sin dejar de lado que los datos obtenidos son de suma confidencialidad y con el fin de ser aprovechados en la investigación.

1. ¿Cuándo fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas?

2. _____

3. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

4. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día típico de cuándo bebe?

5. ¿Ha intentado reducir o dejar de ingerir bebidas alcohólicas alguna vez?

¿De qué manera?

6. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia cuando intenta dejar de beber?

¿Cuales?

7. ¿A qué edad comenzó a beber regularmente?

8. ¿Ha tenido algún episodio grave o leve de intoxicación por alcohol?
Describa el suceso.

9. ¿Ha experimentado cambios en su estado de ánimo o comportamiento relacionado al alcohol?
¿Cuales?

10. Alguna vez ha tenido lagunas mentales (no recordar lo que hizo mientras o después de beber)

11. Su consumo de alcohol ha afectado sus relaciones

Personales: _____

Familiares: _____

Social: _____

Laboral: _____

12. ¿Cree que su consumo de alcohol es problemático?

13. ¿Está interesado en recibir ayuda para reducir, controlar o dejar de beber bebidas alcohólicas?

ÍNDICE SAS

Nombre:

Edad:

Sexo:

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.				
2. Tengo miedo sin ningún motivo.				
3. Fácilmente me pregunto o siento pánico.				
4. Siento que voy a estallar.				
5. Siento que todos están bien y que nada malo va a pasar.				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7. Sufro dolores de cabeza, y nunca de espalda.				
8. Me siento débil y me canso fácilmente.				
9. Me siento tranquilo y puedo estar quieto fácilmente.				
10. Siento que el corazón me late con rapidez.				
11. Sufro atontamientos.				
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.				
13. Puedo respirar con facilidad.				
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies.				
15. Tengo dolores de estómago o indigestión.				

16. Tengo que orinar muy a menudo.				
17. Por lo general tengo las manos tibias y secas.				
18. La cara se me pone caliente y roja.				
19. Me duermo rápido y amanezco descansado.				
20. Tengo pesadillas.				

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamiltondepresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].

- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión

severa: 19-22

Depresión

muy severa:

>23

- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2

- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
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)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
	3
	4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1
	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2

Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
	2
- No se da cuenta que está enfermo	3

Ciudad de San Miguel , 27 de agosto del 2024



Estimada.

Licdo. **Fredis Alexis Gomez Umaña**.

Nos dirigimos a usted primeramente esperando que se encuentre bien y deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

Somos estudiantes egresados de Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental.


El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración en la revisión de nuestro programa de intervención psicológica que estamos creando y desarrollando, dicho programa lleva por nombre **“Programa Psicológico integral para el Tratamiento de la Depresión y Ansiedad en Personas en Recuperación de la Adicción al Alcohol (25-45 años)”**.

Ya que sabemos de su amplio conocimiento y experiencia en el área psicológica y en la aplicación y creación de instrumentos, acudimos a usted para que haga una revisión exhaustiva a nuestro programa, con la finalidad de obtener mejoras y observaciones que ayuden a recopilar la información necesaria, de forma que nuestro programa sea validado y utilizado por todos los profesionales que nos dedicamos a cuidar y brindar una atención psicológica de calidad humana.


Sin más que agregar, quedamos a la espera de una respuesta favorable a nuestra petición estamos infinitamente agradecidos

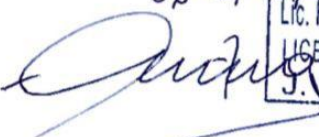
Atentamente.

F. 
Dennis Magdalena García Pineda.

F. 
Kathyryne Jasmin Ascencio Iglesias

F. 
Víctor Guillermo Cruz Argueta.

F. 
Ms Pc. Luis Roberto Granados

06-09-24

Lic. Fredis Alexis Gómez Umaña
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
J.V.P.P. No. 8978

Ciudad de San Miguel, 27 de agosto del 2024



Estimada.

Licda. **Claudia Carolina Funes de Arévalo**.

Nos dirigimos a usted primeramente esperando que se encuentre bien y deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

Somos estudiantes egresados de Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental.

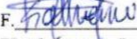
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración en la revisión de nuestro programa de intervención psicológica que estamos creando y desarrollando, dicho programa lleva por nombre "**Programa Psicológico integral para el Tratamiento de la Depresión y Ansiedad en Personas en Recuperación de la Adicción al Alcohol (25-45 años)**".

Ya que sabemos de su amplio conocimiento y experiencia en el área psicológica y en la aplicación y creación de instrumentos, acudimos a usted para que haga una revisión exhaustiva a nuestro programa, con la finalidad de obtener mejoras y observaciones que ayuden a recopilar la información necesaria, de forma que nuestro programa sea validado y utilizado por todos los profesionales que nos dedicamos a cuidar y brindar una atención psicológica de calidad humana.

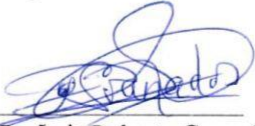
Sin más que agregar, quedamos a la espera de una respuesta favorable a nuestra petición estamos infinitamente agradecidos

Atentamente.


F. 
Dennis Magdalena García Pineda.

F. 
Katheryne Jasmin Ascencio Iglesias

F. 
Víctor Guillermo Cruz Argueta.

F. 
Ms Pc. Luis Roberto Granados

Licda. Claudia Carolina Funes Porcillo
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
J.V.P.P. No. 3914


06/09/2024



Ciudad de San Miguel, 27 de agosto del 2024

Estimado.

Licdo. **Simeí Otoniel Rodríguez Martínez.**

Nos dirigimos a usted primeramente esperando que se encuentre bien y deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

Somos estudiantes egresados de Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental.


El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración en la revisión de nuestro programa de intervención psicológica que estamos creando y desarrollando, dicho programa lleva por nombre **“Programa Psicológico integral para el Tratamiento de la Depresión y Ansiedad en Personas en Recuperación de la Adicción al Alcohol (25-45 años)”**.

Ya que sabemos de su amplio conocimiento y experiencia en el área psicológica y en la aplicación y creación de instrumentos, acudimos a usted para que haga una revisión exhaustiva a nuestro programa, con la finalidad de obtener mejoras y observaciones que ayuden a recopilar la información necesaria, de forma que nuestro programa sea validado y utilizado por todos los profesionales que nos dedicamos a cuidar y brindar una atención psicológica de calidad humana.


Sin más que agregar, quedamos a la espera de una respuesta favorable a nuestra petición estamos infinitamente agradecidos

Atentamente.

F. 
Dennis Magdalena García Pineda.

F. 
Kathyne Jasmin Ascencio Iglesias

F. 
Víctor Guillermo Cruz Argueta.

F. 
Ms Pc. Luis Roberto Granados

