

81

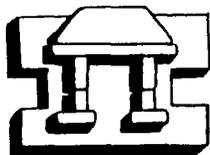


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ALCOHOLISMO DEPENDENCIA Y CODEPENDENCIA: UNA PROPUESTA DE TRABAJO CON MUJERES.

T E S I S T E O R I C A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CLAUDIA ERIKA GOMEZ RANGEL
MARIANA BECERRA ARZATE



IZTACALA

ASESORES: MTRA. MARIA GUADALUPE HERNANDEZ CORTES
LIC. ROSA ISELA RUIZ GARCIA
MTRA. NORMA COFFIN CABRERA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

ABRIL 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"Agradezco al universo todo lo que me sucede porque siempre es una oportunidad para poder crecer más."

Esta tesis no es solamente el trabajo arduo que durante 7 meses llevé a cabo detrás hay muchos días de batalla, que con cada uno de mis seres queridos viví, este es un regalo para mí y para todos ustedes.

A mis Padres:

Porque siempre con amor, paciencia y esfuerzos, me brindaron lo mejor de ustedes día a día, por estar a mi lado cuando la montaña que había que escalar se veía muy lejana, porque cuando caía eran mi aliento y luz para seguir mi camino, por enseñarme a vivir día a día con la cabeza en alto y enfrentar los problemas, por enseñarme a reír, a llorar, a luchar...a vivir.

Gracias y recuerden que los amo.

A mis Hermanas.

A Issa y Gaba por las noches de plática, por su ayuda incondicional, por los secretos guardados, por las risas nocturnas y las peleas de muñecas, Gracias hermanas por existir, y créanme sin ustedes tal y como son mi vida no sería igual, Recuerden que siempre estarán en mi corazón porque las amo. LAS 3 MOSQUETERAS.

A Mis Abis:

A Doña Lourdes, A Don Jacobo y Don Miguel. Que aunque ya no están en este mundo terrenal, siguen existiendo en mi corazón su amor, sus enseñanzas como uno de mis más valiosos tesoros que nunca nadie podrá quitarme Gracias y nos veremos después.

A Doña Aurora. Por estar siempre a mi lado, por llenar mi memoria de bellos recuerdos, de amor y sapiencia. Gracias y que Dios me la deje muchos años más.

A Neto.

Gracias por existir, porque hoy tengo a mi lado a una persona simplemente excepcional con quien tengo metas y sueños, por estar en mis tristezas y alegrías, por darle sentido a mi existencia. Porque día a día crecemos juntos, y las metas se ven más cercanas, por enseñarme a ser paciente para lograr lo que quiero. Recuerda que te Amo

A mis tías.

Paty, Lidia, Irma, y Aurora por darme su amor, y apoyo, y por darme como primos a unos seres maravillosos con quienes he compartido mi vida.

A mis Primos.

Jime, Dana e Ila, porque en ustedes pensé mucho para llevar a cabo este proyecto, y es un regalo que les quiero dar. Gracias por las charlas, por las peleas de muñecas, por las travesuras de cuando niñas, las quiero mucho.

A Roca y Rick. Gracias primos porque juntos en días difíciles salimos adelante, por compartir alegrías, enojos y tristezas, por enseñarme a que el amor no se acaba por la distancia. Ocupan en mi vida un lugar muy especial.

A mi amiga Clauss..

Gracias por existir, por estos años que hemos crecido juntas, por cacharme cuando lo necesito, por ser honesta cuando cometo mis errores y aciertos,

*porque contigo puedo ser simplemente y está bien. Te quiero Mucho
Amiga*

A mi amiga Ale.

*Por estar día a día mostrando una sonrisa que aliviaba mi dolor o alentaba
mi alegría, Gracias por crecer conmigo por existir y recuerda que la
distancia no corta la amistad.*

*A Maricela, Daniel, David e Ivonne por compartir conmigo alegrías y
penas, por la charla cotidiana, por los juegos y las bromas. Los quiero y
Gracias por estar.*

Mar.

AGRADECIMIENTOS

Al Sr. José Rangel por enseñarme a vivir en vida.

A mis Padres:

Gracias por darme su apoyo, comprensión, cariño y todo lo necesario para alcanzar mis metas; gracias por darme las bases para ser lo que soy. Gracias por darme una familia donde he podido aprender mucho y crecer como ser humano. Pero sobretodo, gracias por amarme tanto como yo a ustedes.

A mis Hermanos:

Rósy: gracias por enseñarme el verdadero valor del ser humano y por estar conmigo.
Carlos: gracias por enseñarme el verdadero significado de familia y por estar conmigo.

Dr. Lorenzo Martín Chapa

Gracias por apoyarme, por alentarme, por confiar en mi y por regalarme mucho de su sabiduría y cariño. Gracias por ser mi ángel de la guarda.

Sylvia y Guity

Gracias por acompañarme en mi crecimiento profesional y en mi crecimiento personal. Gracias por apoyarme y quererme tanto como yo a ustedes.

A mi Familia:

A mi abuelita Carmelita porque me ha enseñado muchas cosas con su gran experiencia. A mis tíos, tías, primos y primas por estar siempre tan cerca, por su apoyo, por su aliento y por su amor. Gracias porque seguimos y seguiremos siendo familia.

Man

Gracias por ser mi amiga, por estar ahí cuando te necesito, por ser quien eres, por todo este tiempo juntas que llenó mi vida de aprendizajes nuevos y de muchas alegrías, gracias por ser mi familia y por dejarme ser parte de tu vida. Gracias por enseñarme el verdadero significado de la amistad, de la voluntad y sobretodo de la sensibilidad.

Ale

Gracias por ser mi amiga, por permitirme estar contigo en las buenas y en las malas, por quererme tanto como yo a ti y enseñarme el verdadero significado de la humildad y del respeto al ser humano. Gracias por traer al mundo a Daniela.

A mis Amigos:

A Carlos Villa, Carlos Anibal, Charlie, Ernesto, Daniel, David e Ivonne, Enrique, Claudia Ivett, Sr. Toño, al andador 28, al grupo Gayol, a la Funda, a la familia de Mariana que también es mi familia y a los que no menciono pero que saben y se que son también mis amigos.

Y a todos aquellos que me quieren, que apoyan y me alientan a alcanzar mis metas, a todos los que dejaron huella en mi corazón porque en algún momento de nuestras vidas se cruzaron nuestros caminos.

Gracias Dios porque hoy soy muy feliz con lo que llevo recorrido de mi gran camino.

Claudia Erika.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM por darnos el lugar y el ambiente adecuado para formarnos como profesionistas y como seres humanos. A la FES Iztacala por ser un lugar de crecimiento y aprendizaje.

A la Mtra. Guadalupe Hernández por regalarnos un poco de su tiempo y mucho de su sabiduría; por acompañarnos de manera sensible, constante y alentadora en este proceso. Gracias por el esmero con que nos apoyó.

A la Lic. Isela Ruíz por apoyar este trabajo y ayudarnos a mejorarlo con sus valiosas opiniones.

A la Mtra. Norma Collín por creer y confiar en nosotras y por apoyar este trabajo.

Mariana y Claudia.

RESUMEN

El presente trabajo surge como una necesidad de las autoras de conocer más sobre la dependencia y codependencia al alcohol y así proponer un taller educativo-terapéutico para mujeres como una alternativa de cambio.

Los objetivos planteados para la elaboración de esta investigación fueron: analizar el comportamiento alcohólico dependiente y codependiente en hombres y mujeres desde las perspectivas del psicoanálisis, la teoría del aprendizaje social, los estudios de género y la teoría de los sistemas. Así mismo proponer un taller para mujeres que provienen de familias disfuncionales alcohólicas.

En el capítulo uno se hace mención de diversas definiciones sobre este comportamiento para hablar de la etiología y diferencias genéricas. De igual manera, en el capítulo dos se dan a conocer definiciones de codependencia, de su etiología y de cómo se llega a dar en hombres y mujeres.

En el capítulo tres se propone el taller "Rompiendo las Cadenas del Alcoholismo", en donde se analicen, aprendan y reaprendan creencias o conceptos erróneos en la forma de relacionarse con la familia y en la elección de pareja.

En el taller se propone un marco psicoterapéutico corporal, ya que las autoras consideran al ser humano como un todo, es decir, es mente y es cuerpo lo que permite cubrir el objetivo del taller.

El presente trabajo es una aportación relevante para el cambio equitativo de constructos genéricos, para un crecimiento personal y profesional, para mejorar las relaciones de pareja y finalmente para hacer conciencia de que la dependencia y codependencia al alcohol es un problema vivido día a día en una cultura donde el consumo de esta sustancia es todo un ritual aceptado.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. DEPENDENCIA AL ALCOHOL.....	11
1.1 Definiciones.....	14
1.1.1 Dependencia de sustancias.....	18
1.1.2 Dependencia del alcohol.....	20
1.1.3 Abuso del alcohol.....	22
1.1.4 Intoxicación por alcohol.....	23
1.2 Etiología.....	26
1.2.1 Psicoanálisis.....	27
1.2.2 Estudios de Género.....	31
1.2.3 Teoría del Aprendizaje Social.....	34
1.2.4 Teoría de los Sistemas.....	38
CAPÍTULO 2. CODEPENDENCIA AL ALCOHOL.....	47
2.1 Definiciones.....	53
2.2 Etiología.....	55
2.2.1 Psicoanálisis.....	55
2.2.2 Estudios de Género.....	62
2.2.3 Teoría del Aprendizaje Social.....	63
2.2.4 Teoría de los Sistemas.....	66
CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE TALLER.....	78
3.1 Grupos de Autoayuda.....	78
3.2 Taller "Rompiendo las Cadenas del Alcoholismo".....	87
3.2.1 Módulo 1. Autoestima y Autoconcepto.....	87
3.2.2 Módulo 2. Dependencia y Codependencia al Alcohol.....	101
3.2.3 Módulo 3. Elección de Pareja.....	116
3.3 Cartas Descriptivas.....	126
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA.....	145
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN.

El alcoholismo conlleva a una dependencia de la ingestión en sí misma del alcohol y a una codependencia cuando no se consume directamente, como es el caso de las mujeres que son esposas de alcohólicos. La dependencia y codependencia al alcohol están permeadas con normas y valores sociales a partir del género, de esta forma se abordará la relación existente entre estos comportamientos y las diferencias genéricas y proponer un taller preventivo para evitar relaciones de pareja, donde las mujeres sean codependientes al alcohol.

El individuo es un ser social que no puede prescindir de convivir o interactuar con otros. Aún cuando la sociedad es algo externo a él, vive dentro de ella y ubicado en sectores específicos del sistema social; esta ubicación determina gran parte de la vida del ser humano: sus creencias, costumbres, hábitos, y lenguaje. La sociedad confiere al individuo una posición dentro de ella y espera que se conduzca de una manera determinada a partir de las expectativas acordadas culturalmente con respecto a la conducta en determinadas situaciones y según estatus que se ocupe. En la medida en que se acomoda y acata las reglas de funcionamiento que la sociedad le impone, será aceptado, encontrando consideración y prestigio, pero si viola estas reglas se convertirá en acreedor a las múltiples sanciones negativas con que cuenta la sociedad para controlarlo: el ridículo, el aislamiento y las penas legales (Covarrubias, Muñoz, Reyes, 1983).

Sin embargo, el ser humano adquiere una estabilidad en la sociedad a través de la actuación y el repudio, según Fuller (1997). La actuación es la reiteración obligatoria de las normas culturales que definen la manera de ser, actuar y sentir de cada persona a partir del estatus que ocupe en la sociedad, por ejemplo el género que lleva a lo que es ser "un varón o una mujer". Y el repudio se refiere a la manera en que el sujeto rechaza las expectativas sociales para mantener sus fronteras individuales y se expresa de diversas formas como son la agresión, la evasión y el contra control; de esta forma se puede llegar a lo abyecto, que es el punto en el que el sujeto pierde condición del "deber ser".

Entonces podemos entender que la cultura es la dimensión de la vida, producto de la relación dialéctica entre los modos o estilos de vida y las concepciones del mundo, históricamente constituidos. La cultura es la distinción humana resultado de diversas formas de relación dialéctica entre las características biológicas y sociales de los seres humanos así como de la relación de los seres humanos entre ellos mismos, en su acción sobre la naturaleza y la sociedad. Es decir, son características propias, comunes y diversas de los seres humanos frente a todos los seres vivos; los distingue de ellos, les permite actuar sobre la naturaleza y, en esa interacción construir la sociedad y la misma cultura. Se reconoce pues, que cada ser humano como único que es tiene una concepción del mundo y una forma de influir en este (Lagarde, 1990).

Al hablar de la concepción del mundo, nos referimos al conjunto de normas, valores y formas de aprehenderlo, conscientes e inconscientes, que elaboran culturalmente los grupos sociales. La concepción del mundo particular de los sujetos se conforma de manera central con los elementos de su entorno socio-cultural, estructurados en general por ejes de la ideología dominante, con los que se entrelazan elementos de construcciones diversas, y en distintos grados de cohesión e integración (Lagarde, 1990).

Para que el hombre interactúe dentro de la cultura, es importante la identidad, que es el conjunto de representaciones del yo por el cual él comprueba que es siempre igual a sí mismo y diferente de los otros, esta unidad es corroborada por el reconocimiento de los otros. La identidad desempeña un rol estructurador que no solo da coherencia a la existencia sino que establece un puente entre la experiencia individual y la vida social siendo este el eje de interés de la psicología social. Esta identidad es recreada a diario a través de la actuación cotidiana y del relato de sí mismo. Es decir, la identidad refleja las diferentes posiciones que los sujetos han ocupado a través de la vida y quienes han sido los otros en sus interacciones, así como sus definiciones y normas relativas a su contexto (Fuller, 1997).

La simbolización cultural de las diferencias anatómicas toma forma en un conjunto de prácticas, discursos y representaciones sociales que definen la conducta y la subjetividad

de las personas en función de su sexo (Fuller, 1997); así el individuo actúa con una identidad de género.

La constitución de género requiere una identificación con el fantasma normativo del sexo, es decir, el ingreso a un orden simbólico que prescribe que los sexos/géneros son polares, discretos y heterosexuales; llevando esto como lo "antinatural" las formas de identificación sexual no vinculados con la vida reproductiva y con la reproducción del sistema de género heterosexual y patriarcal. En este caso, el repudio permite al sujeto contrastarse contra algo y así definir sus contornos y lo abyecto es una amenaza para la pérdida de la identidad genérica (Fuller, 1997).

Pero, ¿cuál es el origen de las diferencias genéricas?: la división de los sexos se ha dado en función de las actividades de cada uno de ellos. La mujer poseía la extraordinaria capacidad para dar a luz, mientras que el varón con toda su fuerza, su potencia muscular no la tenía. En el momento en el que la mujer se embaraza, su cuerpo le demanda mayor reposo y cuidados, que de otra manera no necesitaría con tanto apego, lo que de algún modo hizo representar el papel de "sexo débil", mientras que la ausencia de embarazo en el varón, ocupar el papel de "sexo fuerte"; esto también estableció la separación primitiva en cuanto a valores, relaciones interpersonales y las capacidades individuales, pero esto no es lo único, se juegan relaciones de poder y sometimiento, de roles estereotipados. Compartimos 46 cromosomas que tienen todos los seres humanos; sin embargo con 2 nos basta para una desigualdad (XX mujer o XY varón). Todo esto nos da una idea de la importancia de la historia de la genética humana que nos hace tan parecidos, pero tan diferentes (Ocaña, 1995).

La palabra sexo proviene del latín "sexus" o "scare" (dividir). Se define como la condición orgánica (anatómico-fisiológica) que distingue al macho de la hembra. En la especie humana existe un sexo gonadal (testículos u ovarios), genital (pene o vagina), sexo del esquema corporal (según la forma del cuerpo), sexo hormonal (en función de mayor presencia de hormonas masculinas o femeninas) y un sexo cromosómico (cromosoma sexual

XY para el hombre y XX para la mujer) (Katchadourian, 1979); aunque pareciera que el de mayor peso es el "sexo social", o actualmente llamado género.

Por las características físicas, el hombre se convirtió en el proveedor del grupo familiar; y la mujer (por la reproducción) es quien debe permanecer más cerca del hogar y asumir las labores domésticas, de esta forma adquiere mayor peso el género o sexo social (Covarrubias et al, 1983). Por lo tanto, tradicionalmente, los roles femeninos y masculinos han estado ligados a la función biológica (reproductora) en la mujer, y a los primitivos conceptos de la división del trabajo. Para el hombre salir, ser el "proveedor", es decir, el sector público; las mujeres se quedan en casa, es decir, el sector privado (Sauri, 1998). Este ordenamiento adjudica, culturalmente, mayor valor a la categoría masculina y le confiere derechos sobre la categoría femenina. Así la masculinidad está asociada al poder o autoridad, aunque de manera implícita ambos estatus tienen un poder en las relaciones interpersonales al actuar los roles genéricos (Fuller, 1997).

Sin embargo, la disciplina que por primera vez habla de la distinción entre sexo y género es la psicología, ya que Robert Stoller, en 1968 (en Lamas, 1996), en su obra "Sex and Gender" menciona que es a raíz de los trastornos de la identidad sexual por los que pasan las personas con un desorden genético, como cuando al nacer se les identifican por ejemplo como niñas, pero cuando al realizar análisis más específicos, se encuentra que bioquímicamente son hombres. De esta forma Stoller concluye en sus investigaciones que la asignación a partir de los caracteres sexuales primarios y la adquisición de una identidad genérica es mayor que la carga genética, hormonal y biológica.

Desde la perspectiva psicológica, género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

- ✓ La asignación (rotulación, atribución) del género, la cual se realiza en el momento en el que nace el bebé a partir de la apariencia externa de sus genitales.

- ✓ La identidad de género se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje y es anterior a un conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.
- ✓ El papel (rol) de género, que se conforma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino (Lamas, 1996).

De esta forma, el género se refiere a la construcción social y cultural que se da como connotación a cada sexo. Lo que la sociedad espera de hombres y mujeres, que genera las expectativas que cada individuo tendrá de sí mismo al identificarse con las características asignadas a su género (Sauri, 1998). El tener definida tanto la situación, como las expectativas de la conducta que de ella se derivan, facilita la vida social puesto que se libera al individuo de la responsabilidad de decidir en cada situación nueva, qué es lo que debe hacer, facilitando también su interacción con otros individuos en la medida que se especifica qué debe esperar de los demás y cómo actuar con relación a ellos (Covarrubias, et al., 1983).

Para Butler (citada en Cuentas, 1998), el género aparecía como el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos. De ahí que, para ella, elegir el género significa que una persona interprete las normas de género recibidas de tal forma que las reproduce y las organice de nuevo.

Por lo tanto, la identidad de género corresponde al sentimiento de pertenencia al sexo femenino, masculino u homosexual y está constituido por el conjunto de saberes que adjudica significados a las diferencias corporales asociadas a los órganos sexuales y a los roles reproductivos, con sus variaciones dentro del continuo que va de la masculinidad a la femineidad pasando por la homosexualidad (Fuller, 1997).

El género es pues una especie de "filtro" cultural con el que interpretamos al mundo y a nosotros mismos y una estructura psicológica con la que construimos nuestra vida. A

pesar de ser un producto cultural, la identidad de género no está abierta a la elección; las personas se ven forzadas a entrar en el esquema normativo del sistema de sexo y género de su cultura (Fuller, 1997). Por la identidad de género se deben representar roles, los cuales son un conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un estatus determinado; están formados por el conjunto de normas, principios y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino, femenino y homosexual (Sauri, 1998).

Hay que destacar que en el proceso de socialización, por el que atravesamos todas las personas, se encarga, por medio de las diferentes instancias ideo-socializadoras (familia, escuela, religión, medios masivos de comunicación), de transmitir, reforzar y mantener esta división de géneros (Bustos, 1989).

Con ayuda de los medios masivos de comunicación y de cualquier forma de aprendizaje, se van reproduciendo los estereotipos de género. El concepto "estereotipo" fue creado para definir la unidad de análisis de la opinión pública. Considerando que la representación del mundo y de las cosas se compone de conocimientos indirectos que hemos extraído de otras fuentes que no son nuestra propia experiencia ni reflexión personal, como por medio de la televisión. Frecuentemente los estereotipos van acompañados de prejuicios, de una predisposición favorable o desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión (Sauri, 1998).

Los estereotipos sólo llegan a ser sociales cuando son compartidos por un gran número de personas dentro de grupos o entidades sociales. Cumplen dos funciones: a) individuales: que ayudan a defender o preservar el sistema de valores, y b) sociales: que contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías de grupo que explican y justifican diversas acciones sociales; también ayudan a conservar y crear diferenciaciones valoradas positivamente en un grupo con respecto de otros grupos sociales, como los estereotipos de género que reflejan las creencias populares sobre las actividades, roles, o atributos que

caracterizan y distinguen a los hombres de las mujeres. Procesan información sobre sí mismos y sobre los demás (Sauri, 1998).

Al referirnos a la masculinidad y feminidad no hablamos de categorías fijas y universales sino de conceptos y/o ideas que se construyen, entretienen y cambian en el proceso dinámico que constituye la vida social. Para analizar esas construcciones y su articulación, la antropología ha incorporado el género como categoría de análisis, considerándolo como "principio de la vida social humana" (Moore, 1991, citado en Diez, 1996).

Entender esta circunstancia, investigar cómo desarticular sus mecanismos, avizorar las peripecias de su historia e imaginar construcciones nuevas plenas de perspectivas para los géneros, es la labor final que persiguen trabajos como este.

El enfoque de "género", es una herramienta de análisis que nos permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad (Sauri, 1998). El alcoholismo por ejemplo es una conducta socialmente aceptada en los hombres y no así en las mujeres, lo cual habla de una de tantas diferencias genéricas.

El alcoholismo es un comportamiento crónico y habitualmente progresivo pero controlable, producida por la ingestión excesiva de alcohol, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. El alcoholismo es producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Se caracteriza por el resultado de un trastorno emocional y de una privación temprana de necesidades afectivas que generalmente debieran cubrirse en el núcleo familiar que al no satisfacerse producen en el sujeto inmadurez y una necesidad orgánica (Alonso-Fernández, 1988). De esta manera el espacio familiar forma el campo psicológico más importante de un individuo, debido a que funge como un refugio, una fuente de afectos, de identidad e identificación, como el alcoholizarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El alcoholismo a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable del alcohol, ha sido considerado en el pasado, un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, como una conducta compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de los años, los primeros síntomas muy sutiles, incluyen, la preocupación por la disponibilidad del alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del alcohólico de sus amistades y su actividad económica se ve mermada. El alcoholismo se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo y menos como una parte de la alimentación, pero nunca sin dejar de lado la costumbre social, el rito religioso, o los bien llamados roles genéricos (Machorro, 1989).

Para entender el alcoholismo, debemos mirar no solo al alcohólico, sino observar este comportamiento como si estuviéramos sentados entre la audiencia de una obra teatral, y contempláramos cuidadosamente las actuaciones de los actores del drama. De esta forma consideramos que debemos observar las relaciones interpersonales, específicamente la relación de pareja, de la persona alcohólica. Es decir, ver desde las diferencias genéricas los comportamientos dependiente y codependiente al alcohol.

La pareja coadicta, al reaccionar a la conducta del alcohólico y tratar de controlarlo, justificarlo, sobreprotegerlo, se convierte en un sistema de supervivencia del alcohólico, organizando su vida alrededor de él, descuidando y abandonando la vida propia. Esta organización de pareja se caracteriza por relaciones interpersonales dependientes que son síntoma de la coadicción. A medida que el comportamiento alcohólico en la pareja progresa, ésta se va involucrando en un patrón destructivo y autodestructivo de situaciones negativas repetitivas (Moreno, 2000).

Sin embargo, las personas quieren a menudo una clase de matrimonio diferente al de sus padres, pero la mayoría escogerá siempre lo conocido por más incómodo que resulte, y no lo desconocido aunque sea mucho mejor; por lo general buscan matrimonio similares al

de sus propios padres, no por herencia, si no por seguir modelos familiares, de manera inconsciente (Satir, 1990).

Esto es un eslabón que permite explicar la "herencia" de familias disfuncionales, estas se caracterizan porque los miembros juegan roles rígidos; en este tipo de familias la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles, son incapaces de discutir problemas de raíz. Los miembros no tienen libertad para expresar todo un espectro de experiencias, deseos, necesidades y sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia. Estos problemas y desajustes pueden ir desde el hermetismo, inestabilidad y comportamiento agresivo, hasta desembocar incluso en la violencia (Norwood, 1985).

Es evidente que el alcoholismo es un tema trascendental para cualquier ciencia humana, dado que el alcoholismo es un problema complejo con determinantes de origen bioquímico, médico, psicológico, social y cultural, por lo tanto requiere de un análisis multifuncional para su cabal comprensión y solución. Ahora bien, el objetivo del presente trabajo es analizar el comportamiento alcohólico dependiente y codependiente en hombres y mujeres desde las perspectivas del aprendizaje social, el psicoanálisis, la teoría de sistemas y los estudios de género, así mismo proponer un taller para mujeres que provienen de familias disfuncionales alcohólicas, donde se analizará, aclararán, aprenderán y reaprenderán creencias o conceptos erróneos en la forma de relacionarse en la familia y en la elección de pareja.

Se plantearán tres capítulos para cubrir el objetivo. En lo subsecuente se hace una breve semblanza de las partes que integran este trabajo.

En el primer capítulo se darán definiciones de alcoholismo, así como una muestra de diversos enfoques psicológicos que explican el comportamiento alcohólico dependiente.

En el segundo capítulo se darán definiciones de codependencia al alcohol así como la explicación desde los cuatro enfoques psicológicos de esta conducta.

La solución más adecuada para el comportamiento alcohólico es un tratamiento de rehabilitación del individuo adicto y de su sistema familiar. Una rehabilitación integral, donde cada miembro tenga que participar y tomar sus propias responsabilidades. Sólo así la familia, y los hijos específicamente, tendrán la oportunidad de enfrentar y modificar en sus propias relaciones de pareja, la dependencia y codependencia al alcohol.

De esta forma, en el tercer capítulo se propuso un taller educativo-terapéutico para hijos de uno o ambos padres alcohólicos en donde se analizarán, aprenderán y reaprenderán creencias o conceptos erróneos en la forma de relacionarse con la familia y en la elección de pareja.

Finalmente puede señalarse que este trabajo es una propuesta de interés para diversas disciplinas como la medicina, la antropología, la psicología y la sociología, así como para cualquier persona que tenga deseos de conocer más sobre el comportamiento alcohólico dependiente y codependiente, reconociendo también que hay alternativas de cambio como es la propuesta de este taller.

CAPÍTULO I. DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

A través de numerosas investigaciones con relación a los mitos del alcohol, se ha encontrado que existen muchas fantasías asociadas al uso de esta droga; antes y durante el tiempo que se utiliza, la gente ha revelado que se siente más fuerte, con más capacidad de influencia sobre los que le rodean, más agresiva, relajados, con más capacidad sexual. La fantasía es que beber les da poder y mitiga el dolor.

Mucho ha imaginado el ser humano en relación al alcohol, sus efectos, sus usos y el significado de éstos. Existen leyendas históricas, mitos y falacias alrededor de las propiedades de esta droga.

Hay una leyenda que relata que, al principio de los tiempos, las fuerzas del bien y del mal luchaban por sobrevivir; finalmente, ganaron las fuerzas del bien. Cuenta que durante la contienda, muchas fuerzas del mal cayeron en el campo de batalla, y ahí donde una hubiera caído siempre surge una vid (Moreno de Quiros, 2001).

Algunas civilizaciones pensaron que el alcohol y sus efectos eran dones divinos; así, se veneraba a los dioses del vino: los egipcios a Osiris, los griegos a Dionisio y los romanos a Baco. La Biblia también contiene referencias al vino; aún hoy los sacerdotes lo utilizan en rituales y ceremonias de tipo religioso como estimulante y animador: "Alabado sea Dios, que ha hecho surgir fruta de la tierra y vino que alegra el corazón del hombre" (Moreno de Quiros, 2001).

El uso del alcohol se extendió como elemento constitutivo de la convivencia humana. En un largo proceso, se fue estableciendo la costumbre de beber durante las comidas, en eventos importantes como aperitivo para celebrar, animar y premiar. A los hebreos se le ofrecía al regresar de una batalla triunfante, en Grecia era parte esencial de las reuniones familiares y con amigos, y en Roma era usado para la diversión, por ejemplo en

las orgías. La historia narra que Ramsés III distribuía cerveza entre sus súbditos y les decía que la sensación que experimentaban irradiaba de él (Moreno de Quiros, 2001).

Durante la Edad Media el alcohol permeaba prácticamente toda la actividad del hombre: bodas, funerales, nacimientos, coronaciones de reyes, firmas de tratados comerciales y de relaciones entre las diferentes naciones. Los monasterios se convirtieron en tabernas y albergues para los viajeros (Moreno de Quiros, 2001).

Posteriormente, el alcohol se utilizó como medicina antiséptica, anestésica y tónica; por ejemplo, como cura para el hipo. Al mismo tiempo, se le atribuyeron las propiedades de alterar el estado de ánimo y de tranquilizante.

Las diferentes culturas explicaron el origen de esta droga en diferentes formas: en el siglo X, Rhazes, un científico árabe, descubrió los licores en su búsqueda del “espíritu del vino”. Los filósofos europeos lo llamaron “la fuente de la juventud” y los galeses “usige-beath”, que significa sopro de vida, de donde también se deriva la palabra “whisky” (Moreno de Quiros, 2001).

La palabra alcohol originalmente proviene del árabe “alkohl”, que se refiere al polvo de antimonio que los árabes utilizaban como maquillaje para los párpados. Al evolucionar los conceptos otros estudiosos han tratado de probar que la palabra alcohol proviene del término árabe “alghul”, que significa fantasma o espíritu malo.

De cualquier forma, llama la atención el valor que las civilizaciones le han dado a esa sustancia, así como la fuerza y la influencia que ésta ha ejercido sobre las mismas; prueba de ello es la gran cantidad de usos que se le han dado, los poderes que se le han atribuido, su presencia en la literatura, las fantasías y leyendas a su alrededor.

En efecto, quién no podría recordar la primera vez que probó el alcohol, muchas veces a muy temprana edad, las sobras en una botella después de una cena familiar, una probadita de la cerveza del abuelo o de las copas de una boda. La experiencia con el alcohol

se inicia desde que por primera vez el niño observa los preparativos para una fiesta, el recibimiento y la atención a los invitados; todo lo cual gira alrededor de creencias y mitos que son parte de las culturas: "Tómame una copa para animarte"; "Algo más de beber para que no decaiga la fiesta"; "Él no bebe, es muy aburrido"; "Lo mejor de mi casa para los amigos, esta botella de ..."; "Que se tome un café, para que se le baje"; "Se le subió porque salió al aire"; "Se siente mal porque no sabe beber".

Además, sin importar el tipo de experiencias que se hayan tenido con el alcohol, la mayoría decide volver a buscar lo que experimentó, lo que desea encontrar, pero finalmente lo que ha llegado a "crear" que puede obtener.

Sin embargo, la pregunta subyace: ¿Por qué se utiliza al alcohol? ¿Por qué bebe la gente? ¿Para huir de la ansiedad? ¿Para adquirir seguridad? ¿Para sentirse fuerte y exitosa? ¿Para experimentar una sensación de poder? A lo largo de la historia podemos observar que desde tiempos primitivos el alcohol se utiliza ritual y socialmente para aliviar la ansiedad. El gran mito es que constituye la llave universal para resolver y enfrentar los momentos, no sólo desagradables, sino también aquellos que son de alegría y satisfacción. El mito es: poder personal, poder social y poder sexual (Moreno de Quiros, 2001).

A pesar de ser una antigua costumbre, el alcoholismo ha sido considerado como un pecado, como una debilidad moral o falta de fuerza de voluntad. Desde el punto de vista legal ha representado durante varias centurias un delito.

El uso de sustancias es una condición incierta y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión, existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, psicológicas y legales.

1.1 Definiciones.

Para muchas personas la realidad acerca del alcoholismo no está muy clara. ¿Qué es el alcoholismo exactamente? ¿Cómo se puede diferenciar el alcoholismo del abuso de alcohol? ¿Cuándo debe una persona buscar ayuda para un problema relacionado con sus hábitos de consumo de alcohol?. Éstas y otras preguntas son las más comunes acerca de los problemas relacionados con el alcohol.

Para la mayoría de las personas, el alcohol es un acompañamiento placentero para las actividades sociales. El uso moderado del alcohol --hasta dos tragos por día para los hombres y hasta un trago por día para las mujeres y personas mayores (La medida normal de un trago es una botella de 12 onzas de cerveza o bebida a base de vino, un vaso de 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor de 80° prueba) -- no es dañino para la mayoría de los adultos. Sin embargo, un gran número de personas tienen problemas serios con sus hábitos de consumo de alcohol (Bazán, 2001).

El problema radica principalmente en:

1. Ignorancia.
2. Mitos y creencias erróneas.
3. La actitud de la sociedad donde el abuso se tolera y hasta se celebra, donde la abstinencia es mal vista.
4. La presión social que lleva a buscar formas fáciles en apariencia de evadir falsamente el estrés, los conflictos, las angustias, etcétera, a través del uso de las drogas.

Es importante ser realistas: el alcohol ha estado presente desde hace siglos; en la actualidad cabe preguntarnos, ¿a qué mitos en relación a esta sustancia, aún se adhiere nuestra cultura y nuestra sociedad?.

Enumeremos algunos:

1. "Le dio el aire y por eso se le subió, no había bebido tanto": FALSO.

Al contacto con temperatura más baja, el ambiente más fresco causa vasoconstricción en el organismo; la circulación en el torrente sanguíneo se acelera y ocasiona que el tejido cerebral reciba con mayor rapidez el alcohol que circula en la sangre.

2. "Tomemos unas copas para entrar en calor": FALSO.

Debido a que el alcohol es vasodilatador, los vasos sanguíneos en la piel se expanden y la persona experimenta una sensación de tibieza, pero en realidad el cuerpo pierde calor.

3. "Yo sólo bebo cerveza porque es bebida de moderación": FALSO.

No existen bebidas de moderación ni siquiera podemos definir la palabra moderado el contenido de alcohol en una bebida está en proporción a su concentración. Es aproximadamente lo mismo una cerveza que un vaso de vino o un highball. Una cerveza (385ml.) equivale a un vaso de vino (160cc) y a un whisky (5cc).

4. "Me emborraché porque me crucé con vodka y whisky": FALSO.

Lo que sucede es que se acumulan los efectos del alcohol. El alcohol es el mismo, o se hizo uso de diferentes sustancias.

5. "Dale un café para que se le baje la borrachera": FALSO.

El alcohol ingerido requiere de un tiempo para ser metabolizado por el hígado en un 90% aproximadamente. El café mantiene a la persona despierta, pero igualmente intoxicada; la diferencia es que el borracho estará despierto.

6. "Con una copa es más sociable, resuelve su timidez y ansiedad": FALSO.

El alcohol no es mágico, temporalmente desinhibe y anestesia la ansiedad pero no la resuelve.

7. "Con tres tequilas conquistó a ...": FALSO.

La persona puede desinhibirse, pero aunque el alcohol "hace nacer el deseo, evita el buen desempeño".

8. "La bebida le ayuda a inspirarse, es más creativo cuando bebe": FALSO.

Cuando existe, la capacidad creativa surge de cualquier forma; cuando no la hay no se puede estimular.

9. "La bebida alegre, estimula": FALSO.

El alcohol es depresor del sistema nervioso central y actúa sobre los centros de control en el cerebro, por lo que la persona se desinhibe; pero no es un estimulante.

10. "Fulano sabe beber, lleva más copas que ninguno y no se emborracha": FALSO.

El aumento de la tolerancia al alcohol indica que el organismo ha aprendido a manejar la sustancia, lo cual más bien constituye un signo de alarma puesto que puede existir ya un problema de dependencia o adicción.

11. "Lávate la boca o toma un chicle para que no huelas a vino": FALSO.

El olor a alcohol proviene de los pulmones y de los intestinos, no de la boca.

En relación al concepto del comportamiento alcohólico también existen creencias. Señalemos un puñado:

1. "No es alcohólico, sólo bebe vino": FALSO.

Lo importante no es cual bebida alcohólica se ingiere, sino cuánto y por qué se bebe. Además, si existe una pérdida de control en el uso de la sustancia, o alguna de las áreas de la persona (familia; estabilidad emocional, física; situación laboral, social, económica) se ve afectada como consecuencia de la forma de beber, esto es un signo de dependencia al alcohol.

2. "Fulano no es alcohólico, no anda tirado por las calles": FALSO.

Solamente un pequeño porcentaje de los alcohólicos, aproximadamente el 5%, llega a la indigencia, esto es, que hay alcohólicos que pueden quedarse en las calles sin ser indigentes.

3. "A su familia no le falta nada; tienen dinero, viajes, lo mejor siempre": FALSO.

Existen familias que aunque tienen todo lo material, carecen del afecto, del apoyo emocional y de la tranquilidad familiar como consecuencia de los hábitos del alcohólico.

4. "Es responsable, nunca falta a su trabajo, no es alcohólico": FALSO.

No basta con asistir al trabajo si el desempeño y la calidad de relación en el ambiente laboral son deficientes y conflictivos debido a su forma de beber, sin embargo el "san lunes" es frecuente.

Niños, jóvenes y adultos se enfrentan cada vez con más frecuencia a la toma de decisiones respecto al uso o abstención de alcohol y otras drogas. El tener información correcta acerca de los efectos, consecuencias y riesgos que se corren, puede ayudar a decidir adecuadamente. Con cada decisión personal los individuos construyen o destruyen su vida. Cuando las decisiones son conscientes y responsables la persona está en camino de construir.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol, realizada por la Secretaría de Salud, un 65 por ciento de mexicanos, con edades entre 12 y 65 años, ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y más del 12.4 por ciento de los consultados podrían considerarse bebedores problema, por sus hábitos episódicos y explosivos.

Se trata de personas de todas las edades que probablemente toda la semana no consumen bebidas embriagantes, pero el fin de semana se exceden; o de personas que todos

los días consumen pequeñas cantidades y con ello llegan a incurrir en conductas de riesgo para su salud, su trabajo o sus relaciones sociales.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se reconocen cinco categorías diferentes para aquellos sujetos que consumen alguna sustancia. Para el presente trabajo se describirán brevemente dependencia a sustancias y dependencia, abuso e intoxicación al alcohol.

1.1.1 Dependencia de sustancias.

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

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

Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Criterio 1: Tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se

desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio (p. ej., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia).

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

Criterio 2a: La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

Criterio 2b: Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p. ej., los que tienen dependencia de la Cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia.

Criterio 3: Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida).

Criterio 4: El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.

Criterio 5: Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia.

Criterio 6: Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia.

Criterio 7: También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia. El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

1.1.2 Dependencia del alcohol.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de

grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

La ingesta de alcohol puede provocar los siguientes trastornos a nivel fisiológico:

- Ψ **SANGRE:** El abuso del alcohol que aumenta la resistencia al flujo sanguíneo y puede provocar trastornos en el aparato circulatorio y hemorragias.
- Ψ **CEREBRO:** Como se modifica la fluidez de las membranas neurales, el funcionamiento del sistema nervioso queda deteriorado. El alcohol es excitante y sedante a la vez.
- Ψ **CORAZÓN:** Se han hecho estudios sobre las bonanzas cardíacas del consumo moderado de vino. En grandes dosis, sin embargo, aumenta el riesgo de sufrir infartos.
- Ψ **APARATO DIGESTIVO:** Aumenta hasta 18 veces el riesgo de contraer cáncer de boca, garganta o esófago. Inhibe la absorción de algunas vitaminas vitales como la B.
- Ψ **HÍGADO:** Uno de los males más comunes entre los alcohólicos es la cirrosis hepática. Aparecen fibras y nódulos que colapsan el hígado y pueden causar la muerte del paciente.
- Ψ **SEXUALIDAD:** Los hombres borrachos pierden la potencia sexual y a las mujeres se les inhibe el deseo. Beber provoca grandes desarreglos hormonales y menstruales.

En la dependencia hay tres grupos de síntomas fundamentales: el primero se relaciona con la tolerancia, que es una resistencia adquirida a los efectos que produce el alcohol en el organismo. En la medida que el consumo sea crónico, el efecto de la sustancia disminuye, llevando al sujeto a que consuma mayor cantidad de sustancia para conseguir el efecto deseado o la intoxicación.

El segundo conjunto de síntomas se relaciona con la abstinencia, que se define como un cambio de comportamiento, que se caracteriza por ser desadaptativo. Tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuyen en una persona que ha mantenido un consumo prolongado en grandes cantidades. Una vez que

aparecen los síntomas desagradables de la abstinencia ante la interrupción del uso de la sustancia, el sujeto vuelve a consumir alcohol para eliminarlos o aliviarlos. En el caso de la abstinencia del alcohol los síntomas que se presentan son, por ejemplo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones táctiles, visuales o auditivas, ansiedad, y crisis epilépticas.

El tercer conjunto de síntomas se relaciona con el uso compulsivo de la sustancia, que es característico de la dependencia. Esto implica que consume la sustancia en cantidades mayores y por un periodo de tiempo mayor de lo que originariamente pretendió. También expresa el deseo persistente de abandonar el consumo.

Muchas veces las actividades de la persona giran en torno a la sustancia; es posible que dedique mucho tiempo en conseguir la sustancia, a tomarla y a recuperarse de los efectos. A pesar de que vea las consecuencias, tanto físicas como psicológicas que le provoca el consumo continúa consumiéndola.

Lo que cabe destacar del concepto de dependencia, es el hecho de no poder abstenerse del consumo de la sustancia, aun siendo consciente de las dificultades que le causa.

Para desarrollar la dependencia es necesario abusar del alcohol. Para definir el comportamiento adictivo, se evalúa el desarrollo de la tolerancia, dependencia y la aparición del síndrome de abstinencia.

1.1.3 Abuso de alcohol.

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños).

Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

En la definición de abuso se incluye a un conjunto de conductas desadaptativas de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro y malestar significativos.

El abuso se caracteriza por, el consumo recurrente de alcohol que conduce al incumplimiento de las obligaciones, como por ejemplo en el trabajo y las obligaciones familiares. Se relaciona con el consumo en situaciones donde hacerlo podría poner en peligro su vida, (por ejemplo manejar un automóvil) y también conduce a problemas legales e interpersonales.

1.1.4 Intoxicación por alcohol.

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B).

Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiacepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de

conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

Las consecuencias del consumo excesivo del alcohol son serias en muchos casos, de amenaza o peligro a la vida. Las personas que beben mucho alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, especialmente del hígado, el esófago, la garganta, y la laringe (caja de la voz). El consumo del alcohol también puede causar cirrosis del hígado, problemas en el sistema de inmunidad, daño cerebral, y hasta puede dañar el feto durante el embarazo. El beber alcohol aumenta los riesgos de muertes por accidentes automovilísticos, accidentes durante actividades recreativas, accidentes en el trabajo, y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios. En términos estrictamente económicos, los problemas relacionados con el uso del alcohol le cuestan a la sociedad aproximadamente 100 billones de dólares por año. En términos de vida humana, el costo es incalculable (Bazán, 2001).

Para Bazán (2001), hay una gran diferencia entre el alcoholismo y el abuso del alcohol: el alcoholismo, también conocido como "síndrome de dependencia al alcohol," es una conducta que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Ψ Deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.
- Ψ Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- Ψ Dependencia física: la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un periodo de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- Ψ Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse endrogado o intoxicado.

El alcoholismo es un problema que tiene poco que ver con el tipo de alcohol que se consume, cuanto tiempo se ha estado bebiendo, o la cantidad exacta de alcohol que se consume. Sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona. Esta definición de alcoholismo nos ayuda a entender porque para la mayoría de los alcohólicos un "poco de fuerza de voluntad" no es suficiente para dejar de beber.

El alcohólico o la alcohólica se encuentran frecuentemente bajo el control de un deseo poderoso o necesidad de ingerir alcohol, una necesidad que puede sentirse tan fuerte como la necesidad de agua o comida. A pesar de que algunas personas se pueden recuperar sin ayuda, la mayoría de las personas alcohólicas necesitan ayuda externa para recuperarse de este comportamiento. Con ayuda, apoyo y tratamiento, muchas personas son capaces de dejar de beber y de rehacer sus vidas (Bejos, 2001).

Por otra parte, el abuso de alcohol se diferencia del alcoholismo en que éste no incluye el deseo o la necesidad compulsiva de beber alcohol, la pérdida de control o la dependencia física. Además, el abuso de alcohol es menos probable que incluya síntomas de tolerancia (la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse drogado o intoxicado).

El abuso de alcohol es definido como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un periodo de 12 meses:

- Ψ No cumplir con responsabilidades mayores del trabajo, de la escuela o del hogar;
- Ψ Beber alcohol durante actividades que son físicamente peligrosas tales como operar maquinarias o manejar un carro (coche);
- Ψ Tener problemas frecuentemente relacionados con el alcohol tales como ser arrestado por manejar bajo la influencia de alcohol o por lastimar físicamente a alguien mientras está borracho (embriagado);
- Ψ Continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol (Bazán, 2001).

A pesar de que el abuso del alcohol es básicamente diferente al alcoholismo, es importante mencionar que muchos de los efectos del abuso del alcohol son sufridos por los alcohólicos.

Para el presente trabajo entenderemos por conducta alcohólica (dependencia al alcohol o alcoholismo) la presencia de una necesidad fuerte y compulsiva de ingerir alcohol; la falta de control en la ingesta una vez iniciado el consumo; el aumento progresivo de la cantidad de alcohol ingerida para llegar a la intoxicación y para aliviar malestares como: vómitos, temblores, sudor y ansiedad cuando se ha dejado de beber después de consumir grandes cantidades

1.2 Etiología.

La adolescencia es un momento particularmente vulnerable en la vida de un sujeto, debido a todo el proceso de duelo por las figuras parentales de la infancia, por ser un momento de "transición" entre la pérdida de estas figuras de identificación y la búsqueda o el encuentro de otras nuevas.

A lo anterior se suman: la actual crisis de los valores y el enfrentamiento con un mundo cada vez más complejo.

Existe además un verdadero "bombardeo" de la publicidad dirigido hacia este grupo etario, apetecible para el mercado; basta ver por ejemplo, al respecto, las publicidades de cerveza destinadas a jóvenes y el "encuentro" entre ellos si se le consume juntos.

Los adolescentes también afrontan en esta etapa la salida exogámica y el erotismo genital que los atemoriza. En diferentes pueblos y culturas, encontramos ceremonias y rituales de iniciación como forma de marcar en lo simbólico este pasaje de la niñez al "mundo adulto", en muchos casos como marcas en lo real y en todos poniendo en juego lo real del cuerpo expuesto al sufrimiento y a la muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde el *psicoanálisis*, Freud en 1905 (citado en Barrionuevo, 2000), se refirió a las drogas definiéndolas como "quitapenas" que permitirían esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones de sensación, planteando que el hombre necesitaría recurrir a lenitivos para poder soportar el dolor que la existencia plantea.

Y en 1912 (citado en Barrionuevo, 2000), en "Sobre la degradación de la vida erótica", texto incluido en "La psicología de la vida amorosa", hace una alusión directa al alcoholismo, diciendo que la relación del bebedor con el vino evocaría la armonía más pura, "como un modelo de matrimonio feliz", preguntándose por qué la relación del amante con su objeto sexual sería diferente.

1.2.1 *Psicoanálisis*.

Otras teorías psicoanalíticas atribuyen a la droga el valor de un objeto transicional, al suponer un yo que ya ha emprendido vínculos objetales -la madre en primer lugar-. El concepto de objeto transicional fue desarrollado por Winnicott (1972). Se trata de la construcción de un objeto que, para el aparato psíquico, tiene una doble inscripción: externo e interno, objetivo y subjetivo a la vez. Debido a esta doble inscripción simultánea en el aparato psíquico, es un objeto que participa de una lógica transicional que no refrenda la clásica diferenciación sujeto-objeto, yo/no-yo. El objeto transicional tiene una investidura libidinal según la cual es y no es una posesión del sujeto, a la vez que forma parte de él. Como objeto sostenido por una lógica transicional, es un objeto precursor de las diferencias sujeto-objeto.

La teoría de las relaciones objetales también nos da una explicación acerca del alcoholismo, esta considera al desarrollo en cuanto al objeto de las pulsiones durante las diversas fases las cuales toman sus denominaciones a partir de las zonas corporales primordialmente asociadas con gratificación (oral, anal y genital). Así la "sexualidad

infantil" se hallaba referida a la finalidad de una pulsión, las "relaciones objetales" a su objeto.¹

El niño, al nacer, no es capaz de considerarse a sí mismo como separado de su madre. Ambos coexisten en un estado de unidad mutua que ha sido designado por Benedek "simbiosis emocional" y por Mahler "fase simbiótica" (citados en Turner, 1986). Freud denominó a este estado "narcisismo primario" ya que el lactante sentiría placer o dolor, pero sin saber si se originan interna o externamente. De un modo gradual llega a establecer la distinción entre lo interno y lo externo y al hacerlo transferirá parte de sus sensaciones que en un principio eran indiferenciadas, al objeto externo.

Así por ejemplo la sensación interna de placer que siente un lactante cuando recibe alimento se transformaría en amor hacia el objeto que lo proporciona por el pecho o por el biberón. En este estadio el lactante ve tan sólo el pecho (objeto parcial), sin saber aún que es parte de la madre (objeto total). Aquí las pulsiones que buscan placer (por ejemplo la de mamar) son satisfechas "apoyándose" en las pulsiones conservadoras de la vida (la nutricia).

Entonces podemos decir que el lactante tiene un Yo unitario, que se desarrollaría normalmente, si recibía cuidados maternos suficientemente "buenos" pero de no ser así se escindiría como autodefensa, por el entorno insatisfactorio; y podría serlo según Winnicott, de cuatro modos:

- Ψ La necesidad de amor por parte del lactante no sería satisfecha y el niño se apartaría.
- Ψ El lactante teme el choque con el objeto malo y se apartaría.
- Ψ El bebé es descuidado o abandonado.

¹ El objeto de una pulsión es aquello mediante lo cual la pulsión es capaz de lograr sus finalidades. Es lo más variable que hay en relación a una pulsión y, en principio, no está conectado con ella, sino asignado a la misma consecuencia tan sólo de ser peculiarmente adecuado para posibilitar la satisfacción. El objeto no tiene que ser forzosamente algo exterior, sino puede pertenecer igualmente al propio cuerpo del sujeto (Freud 1915).

Ψ El niño se aparta como respuesta a la vulnerabilidad de su madre (Winnicott, 1955).

Para Fairbairn (citado en Turner, 1986), los cuidados maternos suficientemente buenos que son precisos para un desarrollo unitario del Yo, poseen dos componentes: uno de "ser" y otro de "hacer"; así pues lo que el lactante necesitaría es experimentar un "sentimiento básico de ser" o de "ser en relación" mediante la simbiosis con un adulto que le resulte asequible, una vez establecido esto, ese Yo puede comenzar a evolucionar y a interactuar con el entorno animado e inanimado, desarrollando su sentimiento de sí mismo.

Podemos entonces decir a partir de esta postura psicoanalítica que el alcoholismo representa una fijación en la etapa oral y de esta forma es un objeto transicional que intenta saciar las necesidades básicas del Yo primitivo representando así la leche materna. Tal como lo describe Winnicott, se recurre al objeto transicional para conciliar el sueño, para calmar la angustia por la ausencia de la madre como fuente de amparo.

Es interesante notar que existen formas diversas para el género masculino y femenino de alcoholizarse. Un aspecto sobre la relación de las mujeres con el alcohol es el que se refiere a la especificidad de las necesidades autoeróticas femeninas. Para alcoholizarse, no se requiere más que el acto solitario de la mano con la boca y esta soledad de la ingesta del alcohol. Esta especificidad de las mujeres de alcoholizarse en soledad -a diferencia de la perspectiva masculina que habitualmente propone alcoholizarse como un acto comunitario, cuyo componente imprescindible es que sea compartido con alguien más- podríamos interpretarla como la necesidad de una actividad autoerótica, en la cual habría imaginariamente otra figura significativa con quien se entra en contacto. Por lo general, esa otra figura significativa alude a una figura materna que se necesitó muy tempranamente en el desarrollo psíquico, con la cual hubo un anhelo insatisfecho del vínculo de apego.

Luce Irigaray (1978) llevó a cabo un estudio desde la perspectiva de género de este aspecto. Este vínculo de apego insatisfecho permanece en el aparato psíquico como un clamor de un registro pulsional-deseante, que no encuentra palabras para expresarse. La

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

imposibilidad de decir, la dificultad para construir un lenguaje que dé cuenta de este anhelo insatisfecho, constituye uno de los elementos claves para el alcoholismo en mujeres. Asimismo, las actividades autoeróticas de las mujeres tendrían como destino mitigar temores correspondientes a una etapa muy temprana del desarrollo del yo, de esta forma, la imagen de una madre buena es identificada proyectivamente en el alcohol.

En el hombre, la imagen de la madre buena que calma la ansiedad proyectada en el alcohol es igual que en la mujer. La diferencia se debe a que para la mujer el comportamiento alcohólico es una actividad autoerótica y por tanto debe realizarse en soledad, y para el hombre es una actividad de pertenencia.

Sabemos, a partir de las investigaciones de Stoller y Herdt (1992) que el supuesto freudiano de una identidad masculina inicial en el varón ha sido suplantado por la teoría que sostiene que la fase más temprana en el niño no es de masculinidad sino de profeminidad, inducida por la fusión que se produce en la simbiosis madre-hijo. Cuanto más prolongada sea esta fusión y menos presente esté la figura del padre para interrumpirla y servir de modelo de identificación, mayor será la femineidad de un varón. Por su lado, el niño debe erigir barreras intrapsíquicas que lo resguarden del deseo de "ser uno" con la madre, en las que colaboran, de manera privilegiada, el desarrollo de sus funciones yóicas. La identidad masculina es secundaria y se define por la negativa: ser hombre es no ser mujer y el hacerse hombre es una ardua tarea, nunca concluida totalmente, porque el peligro de la regresión a la simbiosis con la madre está siempre al acecho.

El género, en tanto construcción socio-histórica y por lo tanto perteneciente a una dimensión simbólica, estructura en forma diferente los sistemas narcisistas Yo-ideal, Ideal del yo y al Superyo que legitimará, o no, la puesta en acto de las pulsiones tanto agresivas como sexuales en cada sexo. En nuestra cultura, y en la mayoría de las culturas estudiadas por la antropología, la agresividad está indicada para la masculinidad y contraindicada para la femineidad al igual que el consumo del alcohol. En la mujer, la conducta alcohólica recibe una doble sanción: moral y de género (Dio, 1997). No es tolerada y provoca en la alcohólica sentimientos de culpa.

Este yo "impregnado de género" se ve compelido a diseñar defensas de un matiz especial, que eviten el conflicto con lo que es propio de sus atributos genéricos. En otros términos, diríamos que el género actúa como un marco, o un guión al que el yo deberá ceñirse para desarrollar los mecanismos defensivos. Si pensamos que para la mujer el mandato cultural prohíbe el libre ejercicio de sus pulsiones sexuales y agresivas, no es de extrañar que la represión sea el mecanismo principal del yo femenino (Quirici, 2000).

El actuar cotidiano, las representaciones que se tienen del mundo, las construcciones afectivas, los encuentros y desencuentros sociales, los deseos reprimidos, los impedimentos del goce, las necesidades individuales, los objetivos del querer ser, las negaciones de ser lo que no se quiere ser, las carencias de pertenencia y las vivencias desde la pertenencia, conforman el conglomerado de la subjetividad humana, tan compleja como el ser social mismo.

Desde *los estudios de género*, el consumo de alcohol se presenta como parte de las representaciones de los roles sexuales. En el hombre, la ingesta de alcohol es parte de la convivencia con otros varones que les permite pertenecer al grupo y expresar sus sentimientos sin sanciones, ya que socialmente esto es reprimido ("los hombres no lloran"). En las mujeres no es aceptado, y por tanto, no es en grupo el consumo de alcohol.

1.2.2 Estudios de Género.

Decir género es decir "jerarquía", ordenamiento asimétrico. Es hablar en clave del poder que ejerce el grupo de todos los hombres, frente al grupo de todas las mujeres. Restando creatividad, alegría y comprensión entre los géneros.

Las situaciones de conflicto y negociación entre géneros pueden ser instancias para la producción y reproducción de las identidades de género ya que, en dichas situaciones, se redefinen alternativas y se recrean los bordes de las identidades (Fuller, 1997).

Para estudiar la constitución de la identidad de género hay que tomar en cuenta:

1. Los discursos (ciencia, religión, tradición, educación, político, legal) que establecen lo que es y debe ser un hombre o una mujer.
2. Las representaciones de género.
3. Las instituciones de socialización que transmiten, refuerzan o difunden los discursos de roles, normas, valores, estereotipos concernientes a la masculinidad y femineidad (familia, grupos vecinales, escuela, medios de comunicación, centros de trabajo, centros religiosos, normatividad jurídica).
4. Relaciones sociales en las que las representaciones de género son reproducidas, revisadas o cuestionadas por los actores sociales.

Hoy día, la segregación de tareas por sexo se mantiene en términos generales, hay una mayor flexibilidad en cuanto a la posibilidad de ambos sexos de compartir o asumir ciertas actividades que estuvieron tradicionalmente definidas como exclusivamente masculinas o femeninas (Covarrubias, et al., 1983).

Spence (1993, citado en Fuente, et al., 1997), afirma que la identidad de género (el sentido psicológico básico de pertenencia a su propio género), en la mayor parte de las personas, se desarrolla en la primera infancia y se mantiene a lo largo del ciclo vital como un aspecto central de la identidad. Sin embargo, incluso aquellas personas que tienen una identidad de género fuerte y consistente, no exhiben todos los atributos, habilidades, intereses, actitudes, conductas, pensamientos, emociones, sentimientos, que podrían esperarse de acuerdo con las descripciones y prescripciones que la sociedad asigna a su género.

Así, los hombres y las mujeres tenderían a usar las características que poseen congruentes con su género, para mantener su identidad, mientras que conceden menos importancia a las características que no poseen o a las que sí poseen, pero son incongruentes con su género (Fuente, et al., 1997).

La justificación de esta diferenciación de los roles sexuales apuntaba al supuesto de que cada sexo tiene capacidades o atributos propios y que a cada uno le corresponde desempeñar roles distintos dentro del grupo familiar y de la sociedad. Por las características físicas, el hombre se convirtió en el proveedor del grupo familiar, y la mujer (por la reproducción) es quien debe permanecer más cerca del hogar y asumir las labores domésticas, quedando así marginada de las funciones económicas (Covarrubias, et al, 1983).

En lo que se refiere al consumo de sustancias tóxicas por parte del género femenino, giran una gran cantidad de estereotipos, que tienen su origen en los dobles estándares que prevalecen en la sociedad, la cual se empeña en hacer que la mujer se construya roles que favorecen la creación de prejuicios y estigmas que no hacen más que dificultar su desarrollo personal y complicar la problemática a la que se enfrentan.

De esta manera, no es difícil que las mujeres se refugien en el consumo de sustancias tóxicas o en la adquisición de patologías, que aparentemente dan cobijo a la soledad y frustración que suelen sentir al no ser lo suficientemente comprendidas y apoyadas por las personas que las rodean (Romero y Sinto 2000).

El análisis de un gran número de estudios revela que los padres estimulan las actividades típicas de género en los juegos y en los diversos quehaceres. El aprendizaje social es tal vez la base de la adquisición de la identidad de género y de los patrones de comportamiento incluso desde esta postura el comportamiento alcohólico, pero la simple imitación y el refuerzo no parecen explicar por completo como ocurren estos procesos.

Para la *teoría del aprendizaje social*, la conducta alcohólica puede adquirirse meramente por la observación y la imitación de la conducta de modelos y no requiere necesariamente la existencia de un estado de frustración previa. Según esta concepción no existiría algún elemento de tipo innato ni tampoco existen estímulos específicos

desencadenantes de la conducta alcohólica, sino que sería el resultado de procesos de aprendizaje (Mayor, 1985).

1.2.3 Teoría del Aprendizaje Social.

Esta teoría acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios en el funcionamiento psicológico; reconoce el rol de la observación influyendo notablemente en los pensamientos, afectos y conducta humana. Por otra parte, enfatiza la importancia del aprendizaje social dado que destaca el rol de los procesos de autorregulación, es decir, la capacidad de las personas de discriminar, seleccionar, organizar y transformar los estímulos que les afectan, concibiendo al individuo como agente de su propio cambio.

Por lo tanto esta teoría explicaría a la conducta humana, como la interacción recíproca de tres elementos: cognitivos, comportamentales y ambientales; lo cual permite que los individuos puedan influir en su destino y en la autodirección de sus límites. En general existe coincidencia al concebir la interacción entre la experiencia y los factores fisiológicos determinantes de la conducta.

Existen distintos procesos que dirigen el aprendizaje por observación:

- ψ Procesos Atencionales: El niño, para aprender presta atención a los rasgos significativos de la conducta de sus padres (o del modelo alcohólico). La atención prestada al modelo está delimitada por la atracción interpersonal. El observador se identifica con el modelo por sus cualidades atrayentes
- ψ Procesos de Retención Compulsiva: La capacidad de procesar la información a partir de sus experiencias anteriores y de las exigencias de la situación, y la capacidad de recordar cosas, conductas, hechos, permite que estos puedan influir a

las personas mediante la representación de imágenes, representación verbal y la técnica de repetición, el aprendizaje y la retención resultan mejor. En el caso del niño pequeño, las acciones de los modelos provocan directamente respuestas de imitación, siendo capaces de reproducir estas respuestas aunque el modelo no esté presente mucho después de haber observado la conducta.

- ψ **Procesos de Reproducción Motora:** transformar las representaciones simbólicas en acciones, lo que es posible cuando se organizan temporal y espacialmente las propias respuestas.
- ψ **Procesos Motivacionales:** el niño aprende a adoptar conductas dependiendo de las consecuencias de éstas. Tenderá a reproducir conductas cuando sus consecuencias sean valiosas y por el contrario, cuando tengan efectos poco gratificantes tendrá menor probabilidad de adoptarlas.

En el caso del niño, este carece de la facultad de integrar distintos atributos o hechos que le permitan establecer la contingencia necesaria entre una acción y sus consecuencias, por lo cual se constituye en un sujeto receptivo que replica lo observado potencialmente. Con el tiempo podrá desarrollar la capacidad de autoevaluación, por lo tanto habrá desarrollado la capacidad de integración lo que será determinante en la ejecución o no de lo aprendido por observación.

En la niñez el aprendizaje es imitativo instantáneo, generalizando lo aprendido a otras situaciones, en ello va a influir las características del modelo y la frecuencia con que ocurre el modelado. Es por esto, que el niño acabará por reproducir conductas alcohólicas con mayor facilidad, cuando esté sujeto a una invasión masiva y frecuente de estímulos de comportamiento alcohólico, emanados especialmente de sus padres (modelos de gran poder afectivo).

Los procesos, desde la teoría del aprendizaje social, que se dan en la conducta alcohólica son: identificación afectiva del niño con el padre y/o la madre; retención y repetición de lo observado, e identificación de consecuencias. El efecto que predomine

dependerá del modelo con el cual se identifique el niño, de la acción que realice el modelo y la forma como lo haga.

Según Kagan (citado en Papalia y Wendkos 1997) cuatro procesos interrelacionados establecen y fortalecen la identificación. En primer lugar los niños desean ser como el modelo. En segundo lugar creen que son como el modelo con comentarios de otras personas como: "eres tan parecido(a) a tu madre/padre". En tercer lugar los niños experimentan emociones iguales a las de su modelo, y finalmente los niños actúan como el modelo. Así a través de la identificación, los niños creen que tienen las mismas características del modelo, en consecuencia se sienten contentos y orgullosos cuando encuentran un modelo que los estimule.

Al final de la primera infancia estas lecciones son ampliamente adoptadas en su interior; entonces el niño no necesita de recompensas, castigos frecuentes o modelos para comportarse de una manera socialmente aceptada. Como podemos ver el ser humano aprende, desde esta teoría, a partir de modelos y los primeros modelos con los cuales tenemos generalmente las primeras interacciones son los padres y hermanos, o sea: la familia que es el primer grupo social en el que participamos como elemento de un sistema, aprendemos por ejemplo, qué importancia tienen para nuestra familia ciertos rituales como una gran fiesta donde es imprescindible una botella de alcohol para poder "estar en sintonía".

En términos de tradición y de cultura, el alcohol es para las familias mexicanas un importante ingrediente en las fiestas y reuniones; no es raro escuchar que la fiesta de los quince años de la hija, para la que se ahorró durante un largo periodo, terminó con una balacera o por lo menos en pleito a raíz de la borrachera, dejando un desagradable sabor de boca, posiblemente a vino. La boda en la que el novio se quedó dormido en la fiesta porque no hizo más que beber y la novia viviendo la primera de muchas batallas perdidas contra su mayor rival: la botella.

El alcohol permite "la convivencia" diluyendo el temor a ser comido por los demás y acrecienta el impulso canibalístico, es decir, que a medida que los individuos se intoxican pierden el miedo a ser criticados y se autoperciben con mayor seguridad como para defender su honor e integridad ante enemigos reales o fantaseados. Este es el uso paradójico del alcohol a nivel social y por lo tanto peligroso.

El criterio más funcional para definir si el uso de alcohol en una familia es o no alcoholismo, radica en los efectos que ejerce en sus integrantes, tanto a nivel particular como a la familia en sí. El alcohol no afecta sólo a quien lo bebe, su efecto trasciende a todos los miembros de la familia aun sin que éstos beban. Es decir que una familia es alcohólica cuando el consumo de alcohol por parte de uno o más de sus miembros afecta el funcionamiento cotidiano y sus integrantes cambian las modalidades del rol que habitualmente desempeñaban dentro del ámbito familiar.

El alcoholismo en la familia es un problema de fusión en las relaciones interpersonales, donde se confunden las responsabilidades, las emociones y la posibilidad de ser de cada miembro. La fusión emocional y la no diferenciación de los individuos, promueve que unos a otros se cancelen y se nulifiquen en la familia. Con este patrón de descalificación mutua, se sostiene el alcoholismo en la familia, la disfunción es cada vez mayor y los individuos son cada vez más vulnerables (Moreno, 2000).

Desde la *teoría de los sistemas*, se considera a la familia un sistema, y de esta forma se observa la participación de cada uno de los miembros dentro de la misma. Desde esta perspectiva, el alcoholismo, puede surgir a partir de una familia psicósomática que se definiría como aquella que parece funcionar óptimamente cuando alguno de sus miembros presenta algún comportamiento desadaptativo (como el comportamiento alcohólico).

1.2.4 Teoría de los Sistemas.

La familia y su influencia en el desarrollo integral del niño no debe ser entendida solamente en términos de las personalidades de sus integrantes, sino de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, es decir, que la familia como unidad es un grupo en el cual las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo.

Desde la esta teoría, para analizar la relación que existe entre el comportamiento individual y grupo familiar, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, esto es, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

Un sistema es un conjunto de unidades que interactúan entre sí en procesos y en cambios, y el movimiento de una unidad afecta a todos los miembros del sistema. Es un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. (Bertalanffy, 1976).

Así, la familia es un sistema, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior.

Es por ello que cuando algún miembro de la familia se intoxica con alcohol, el efecto se expande al resto de los miembros; como si fuera vapor, ocupa todo el espacio. La dinámica familiar se reacomoda en función de la intoxicación de alguno de sus miembros. El resto de la familia se "intoxica" con las emociones, sentimientos, resentimientos, temores, ideas y actitudes que les provoca la forma de beber de su ser querido.

Como ya se ha mencionado, el espacio familiar forma el campo psicológico más importante del individuo, debido a que funge como un refugio, una fuente de afectos, de

identidad e identificación. Se encarga de proporcionar patrones sólidos de amor, amistad y afectos que permite una adecuada formación de personalidad (Vilchis, 1996).

En este enfoque, es importante observar aspectos básicos de los sistemas como son: valores, normas, reglas, jerarquías y comunicación. Las familias alcohólicas tienen como características: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, rigidez extrema o rigidez frágil. Así, un sistema familiar adicto establece un estilo de vida que permite que el comportamiento alcohólico continúe de generación en generación (Minuchin y Fishman, 1991).

Bejos (2001) y González (1993), comentan que hay ejes específicos que tomar en cuenta para hablar de la estructura familiar:

- A) Límites: Se trata de evaluar si los límites entre el subsistema de los padres y los hijos son funcionales así como entre la familia de origen del adicto y su cónyuge con su núcleo familiar actual. La importancia de los límites radica en que son reglas que definen quiénes y cómo participan en los derechos y obligaciones de padres e hijos. Los límites funcionarán cuando los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- B) Alianzas: Son las asociaciones abiertas o encubiertas de dos o más miembros de la familia. Estas serán funcionales si incluyen a miembros de la misma generación, si sucede lo contrario y se encuentran persistentes o en forma de coalición contra un tercero, se trata más bien de una asociación patológica.
- C) Coaliciones: relaciones que se establecen entre uno o más miembros de diferentes o mismos subsistemas en contra de otro de los miembros del grupo familiar (por lo general son connotadas de forma negativa, como cuando los miembros de una familia alcohólica se unen en contra del alcohólico).
- D) Territorio o Centralidad: Se refiere al espacio emocional o afectivo que cada quien ocupa dentro del contexto familiar (puede ser cuando el padre del alcohólico tiene poco territorio o centralidad por su actitud periférica, su interacción escasa,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- cumpliendo su rol parental desde lo económico solamente y delegando la responsabilidad a la esposa o hijo mayor).
- E) Geografía o Mapa: Se refiere al esquema que representa en forma gráfica la organización de la familia, es decir, el espacio físico que se ocupa en relación a los otros miembros de la familia (el alcohólico y los demás miembros de la familia ocupan un determinado espacio a partir de la dinámica familiar).
 - F) Jerarquía: Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad. Lo más funcional es que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible y con posibilidad de negociación. Esto no sucede en las familias donde el padre o la madre son alcohólicos.
 - G) Dinámica Familiar: puede explicarse como un conjunto de pautas transaccionales donde se establece de qué manera, cuándo y con quién se relacionan cada miembro del sistema familiar en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que se está atravesando.
 - H) Roles: expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrán cada uno de los otros participantes en la relación familiar. Son otorgados y asumidos.
 - I) Comunicación: intercambio de información que comprende el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual las personas se relacionan con los demás.
 - J) Normas: son las reglas que rigen la conducta de los miembros del sistema familiar. Propician una estructura estable. Pueden ser implícitas o explícitas.
 - K) Valores: representan el significado y la coherencia de las actividades de cada uno de los miembros dentro de una familia. Son la base para juzgar el comportamiento entre ellos. Las normas permiten que estos valores se perpetúen.

Por otro lado, la familia atraviesa por un ciclo vital a partir del cual la estructura familiar se ve modificada y cuentan con expectativas y problemáticas específicas (Minuchin y Fishman, 1991):

1ª Etapa: la Pareja en Formación. Esta etapa es usualmente vista por las personas como una transición al gozo y al placer sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades.

Este evento es visto por muchas personas como una meta, más que como un proceso y una meta en la se que llega a la felicidad eterna.

2ª Etapa: la Familia con Hijos Pequeños. En esta etapa hay una modificación sustancial de los roles y tareas a desarrollar con su pareja. Ahora forma un nuevo subsistema parental y parte de sus funciones consiste en el establecimiento de una relación con sus hijos sin perder su relación de pareja. Al nacimiento del hijo, además de los problemas de sobreinvolucración, la pareja tiene que adaptarse a una realidad diferente a la falta de prevacía temporal y de necesidades de un tercero que tiene que ser asimilado al sistema.

3ª Etapa: La Familia con Adolescente. Esta etapa es crítica en el desarrollo de la familia ya que la estabilidad del sistema se pone a prueba porque una de las características de los adolescentes es el reto a los valores establecidos de sus padres y de la sociedad en general. La presencia de los adolescentes implica un mayor intercambio de información del sistema con el medio externo.

4ª Etapa: La Salida de los Hijos del Hogar. Aunque esta etapa tiene un gran rango de edades y es sumamente variable dependiendo de la clase social y cultural a la que pertenecen, es común en todas, y como en las etapas anteriores, puede ser fuente de problemas o de enriquecimiento de experiencias familiares e individuales. Con la disminución del número de hijos y con el incremento de la longevidad, esta etapa llamada "nido vacío", se ha incrementado continuamente.

5ª Etapa: La Familia en los Últimos Años de Vida de la Pareja. En esta etapa se le presenta a la pareja un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones debidas al cambio en el estilo de vida por imposibilidades físicas, laborales, enfermedades y viudez. Pueden presentarse una baja autoestima.

También Bejos (2001) se refirió al término Dinámica Familiar, como el comportamiento sociodinámico, que da luz acerca de la forma en que se aborda o se evita el problema del alcoholismo específicamente:

- A) Amalgamada: Es la familia con perturbación en la formación y mantenimiento de los límites, siendo demasiado permeables, invadiendo el subsistema fraternal (hijos) al subsistema parental con el permiso de éstos, sin permitir la integración de los roles sociales establecidos, la autonomía de sus miembros y sin la identidad personal de cada uno de ellos.
- B) Archipiélago: Aquí los límites tienden a ser rígidos y sus miembros no logran establecer y mantener relaciones duraderas entre sí.
- C) Distante: Es la familia que no necesariamente convive con el adicto, pero a pesar de su ausencia seguirá involucrada con una preocupación enferma que denota la necesidad de control por parte de la familia sobre lo que el adicto haga o deje de hacer.
- D) Resistente: Es la familia con dificultades para la aceptación de la enfermedad a pesar de haber recibido la información pertinente. Intentarán controlar la situación, al paciente, al terapeuta o simplemente pondrán distancia, desertarán del tratamiento y buscarán distintas opiniones especializadas pero sin comprometerse con ninguna.
- E) Incapacitadora: Es una variante de la anterior en la cual observamos una actitud que puede estar enmascarada con un comportamiento aparentemente colaborador, pero con la intención de mostrar una buena imagen para no comprometerse a fondo en el tratamiento, ni mucho menos en lo referente a la exploración de las causas.

Las autoras piensan que estas descripciones de la estructura y la dinámica familiar son importantes para ver más al alcohólico como un portavoz de la problemática familiar, y no como el culpable de los problemas de los otros miembros de la familia. En el sistema familiar del adicto, cada hijo trata de sobrevivir en el medio caótico, desarrollando conductas que a la larga les provoca sufrimiento.

Guzmán (2001) habla de que estas condiciones se deben a estilos de vida en este tipo de familias, y estos estilos pueden mencionarse como:

1. **NEGACIÓN DEL ALCOHOLISMO.** La falta de aceptación del alcoholismo es el factor determinante para el desarrollo de la familia adicta. En efecto, hablamos de unos sistemas defensivos familiares que resultan útiles para manejar y neutralizar el impacto de sucesos estresantes. Así como el adicto maneja sus mecanismos de defensa, la familia utiliza los propios y en esta forma el proceso se prolonga. En una familia adicta podría decirse que la adicción es mantenida por la conducta de todos los miembros del sistema, y frecuentemente se ve reflejada también por unos patrones de conducta de larga duración.
2. **INCOMUNICACIÓN.** La familia adicta, por lo general, tiene una pobre o nula comunicación. Esta comunicación es superficial y se utiliza para crear conflictos; es una comunicación agresiva, unidireccional, que evita el diálogo. Esta comunicación se realiza en una forma defensiva ya que se evitan las confrontaciones y la responsabilidad sobre la conducta de sus miembros. La falta de comunicación representa no tener con quien compartir sus emociones, con lo que se incrementa el no confiar, no hablar y no sentir, que lleva a reprimir todas las emociones.
3. **CONDUCTA IMPREDECIBLE.** En la familia adicta existe la conducta impredecible originada por el alcohólico, la mayor parte de la familia sabe que esta utilizando sustancias, sabe que no llegará a la hora que se estipuló, que llegará intoxicado por cualquier tipo de sustancias que el adicto esté utilizando, pero la conducta impredecible se presenta cuando el alcohólico llega... ¿Cómo va a reaccionar? ¿triste, enojado, agresivo, autoconmiserativo?. Por otro lado, cuando el adicto no llega a casa los familiares viven una zozobra... qué es lo que le pasó, lo asaltaron, chocó, se peleó, estará en un hospital, dónde se habrá quedado?. Estas interrogantes en el familiar del adicto crean diversos sentimientos como ansiedad, miedo, pánico, depresión, angustia, sentimiento de desesperación y otros más. Esta es una de las conductas alcohólicas que causa más daño y confusión en el sistema familiar.

En otro tipo de familias, la botella está en la mesa y la familia alrededor. Todo comienza con un brindis, el miembro alcohólico bebe más que los otros y éstos para poder tolerarlo aumentan también su consumo, los resentimientos comienzan a emerger y se dice lo que había permanecido en silencio, las palabras salen de bocas intoxicadas y son escuchadas por oídos intoxicados también, la realidad se perdió y la familia en su totalidad entró a otra dimensión.

En algunas ocasiones, el alcohol despierta a los fantasmas, las borracheras se convierten en una especie de sesiones espiritistas en las que, a través de la conversación, se habla "del que se fue", se le recuerda, se le llora, se le teme, se le idealiza y se le extraña. Sólo el alcohol les permite a muchas familias recordar a sus muertos; sólo estando intoxicados se les llora y se vive su ausencia.

El alcohol funciona como "facilitador" de la integración familiar ante la dificultad para hablar directamente de lo que se siente. Una vez intoxicados, todos se pueden decir lo que sienten (aunque agrandado y acompañado de reclamo), o bien pueden olvidarlo y seguir guardándolo y usándolo como pretexto para la próxima borrachera.

El alcohólico genera en el resto de los miembros de la familia un fuerte conflicto entre el deseo y el temor a la muerte. Las fantasías destructivas con respecto al alcohólico representan este conflicto: "Ojalá y esté bien... espero que no haya tenido un accidente... que por lo menos esté vivo". Estas son frases que los familiares se repiten a si mismos para mitigar sus propios deseos inconscientes de que el alcohólico desaparezca de sus vidas.

El alcohol, como hasta aquí se ha visto, forma parte del sistema familiar y cumple con determinadas funciones. En la práctica clínica se observa que cuando el paciente alcohólico inicia su proceso de rehabilitación, la familia se siente amenazada y hace lo posible por bloquear su recuperación. La familia aprendió a funcionar en torno a alguien que se intoxica y cuando ese alguien ya no lo hace le es intolerable la sensación de que ya nada grave pasa, así que, inconscientemente, se elige a otro miembro para que se sacrifique y satisfaga la necesidad de los demás de depositar el resentimiento y la hostilidad en algún

otro, y para estos fines, ¿quién mejor que un alcohólico? La conducta alcohólica cambia de piel.

El alcoholismo anestesia el crecimiento emocional de la familia e impide que sus integrantes logren su independencia, imposibilitándoles la creación de una nueva familia con características e identidad propias, es decir, que los individuos que provienen de familias alcohólicas experimentan serias dificultades para sentirse seguros en su nueva familia, y en algunas ocasiones logran que alguno de sus miembros se convierta en alcohólico o eligen parejas alcohólicas para así reencontrar el sentido que de inicio tuvo su vida: vivir en torno a los efectos que el alcohol provoca en el propio cuerpo y en el de otros. Por ese "beber mucho" se convierte en la única manera de beber para muchas familias, porque lo difícil es disfrutar con rituales en los que reine la prudencia y la moderación.

Como hemos observado, la familia es el grupo más importante en el desarrollo del ser humano. En las cuatro teorías, la relación padres-hijos es la que forma el carácter de la persona. Desde el psicoanálisis, la relación de la madre con el hijo(a) es el vínculo más importante del recién nacido y, justo en las primeras etapas del infante, este vínculo es el que puede llevar a la dependencia del alcohol, si las necesidades afectivas primarias no son cubiertas.

Desde el aprendizaje social vemos que los padres son los primeros modelos a seguir, y desde los estudios de género, estos modelos representan los roles para cada género. Cuando los padres son alcohólicos, los niños ven estos modelos, además de ir reforzando estas conductas socialmente aceptadas o sancionadas para hombres o para mujeres. Dentro de cada familia hay normas, valores, creencias, una forma de comunicación, una jerarquía y una organización, que permite que comportamientos como la dependencia y la codependencia al alcohol se sigan dando de generación en generación con las mismas características. Estas peculiaridades "heredadas" llevan a determinada forma de expresión de emociones, de relación madre/padre-hijo/hija y de repetición de patrones de conductas genéricas.

Al igual que la dependencia al alcohol, la codependencia debe ser estudiada en su etiología y en comportamiento, ya que como hemos visto, "atrás de un gran dependiente hay un gran codependiente (o varios)". En el siguiente capítulo se darán conceptos de codependencia (o coadición) y se revisará la etiología de la codependencia al alcohol.

CAPÍTULO 2. CODEPENDENCIA AL ALCOHOL.

El problema del alcoholismo y la farmacodependencia no sólo provoca daño al individuo que consume la sustancia, no es el único que sufre. Por estadísticas sabemos que por cada adicto activo mínimo siete personas en su entorno resultan afectadas en mayor o menor grado (Guzmán, 2001).

El término codependiente no fue acuñado por profesionales, surgió en el contexto de los individuos que luchaban contra el propio alcoholismo. En los primeros grupos de alcohólicos que trataban de autoayudarse, el alcoholismo fue entendido como una debilidad de la persona afectada. Se suponía que alguien se recuperaba mejor del alcohol en compañía de otros que padecían el mismo problema, fuera del contexto familiar. Después se reconoció que el alcoholismo afectaba también a aquellos con quienes el alcohólico estaba en contacto. Pero la mayoría creía que el alcohólico debería estar "curado" antes de reintegrarse con éxito en un contexto doméstico (Giddens, 1995).

No obstante, quedó claro que los alcohólicos tienen pocas posibilidades de estar sobrios si al volver a sus antiguas relaciones o familias allí todo sigue igual. Habitualmente, todas estas relaciones vuelven a facilitar la adicción a los alcohólicos.

El alcohólico ha perdido el control de su manera de beber y sufre del caos y desorden producidos por su adicción. Él vive en una trampa de negación de sus sentimientos verdaderos de soledad, vergüenza y culpa. La trampa es un ciclo vicioso de compulsión y negación. Él toma compulsivamente para salir del dolor de su vida y sólo encuentra las consecuencias dolorosas de su manera de beber. Ahora en su vida, lo que era una solución es un problema. Él depende del alcohol, pero también depende del codependiente para cuidarlo, para hacerse responsable de él. No existe un alcohólico sin un codependiente o una serie de codependientes.

El codependiente trata de controlar o cambiar su entorno, incluyendo aquí a las personas. Puede pensar que de esta manera ella (o él) se sentirá más tranquila(o), es decir la solución la busca afuera de ella, no dentro de ella (cambiar a los demás, en lugar de un cambio personal). Esto puede resultar sumamente desgastante y frustrante.

Todo esto con el tiempo se vuelve una forma habitual de actuar, buscando en forma inconsciente gente que la "necesite" o a la cual ella pueda ayudar. Esto permite que su baja autoestima reciba ciertas "inyecciones" de bienestar, porque se siente útil o incluso es importante para los demás. Aquí el problema radica en que el codependiente es capaz de anteponer las necesidades de otros antes que las propias, y cuando se relaciona con personas químico dependientes esto es sumamente agotante y frustrante. Es muy frecuente que hijas o hijos de alcohólicos sean codependientes. En un inicio un hijo(a) de un alcohólico(a) desarrolla actitudes dentro del núcleo familiar, que le sirven a un propósito: adaptarse y sobrevivir.

Posteriormente puede involucrarse emocionalmente con algún químico dependiente o con alguna persona conflictiva, en donde su hipertolerancia se pone en juego. Conforme el codependiente va manejando su hipertolerancia, la somete a un gran estrés, y llega un momento en donde presenta crisis, que la puede llevar a trastornos tales como: depresión, trastornos de ansiedad, trastornos en el apetito, fobias, enfermedades psicosomáticas y es hasta entonces cuando busca ayuda personal. La diferencia de una relación sana a una codependiente la podemos entender en el siguiente cuadro más claramente:

La relación sana: Soy responsable de	La relación codependiente: Soy responsable de
Mis pensamientos	Tus pensamientos
Mis sentimientos	Tus sentimientos
Mis acciones	Tus acciones
Eres responsable de:	Eres responsable de:
Tus pensamientos	Mis pensamientos
Tus sentimientos	Mis sentimientos
Tus acciones	Mis acciones

Según la Dra. G-Paullada (2001), la característica principal del codependiente es la hipertolerancia, refiriéndose a la capacidad de soportar emociones o situaciones que otras personas no tolerarían y por tiempo prolongado; sin embargo menciona que hay actitudes maladaptativas:

Ψ BAJA AUTOESTIMA

Buscan desesperadamente amor y aprobación.

Se culpan y critican por todo, aún por su manera de pensar, de sentir, de verse, de actuar y de comportarse.

Rechazan cumplidos o halagos y se deprimen por la falta de ellos (privación de caricias).

Se sienten diferentes del resto del mundo.

Temen al rechazo y al abandono.

Se victimizan.

Les cuesta trabajo tomar decisiones, no confían en sus decisiones.

Esperan la perfección de sí mismos y se culpan y se avergüenzan de ser lo que son.

Ayudan a otros a vivir su vida y obtienen sentimientos artificiales de autoestima ayudando a los demás.

No tienen confianza en sí mismos, no confían en sus sentimientos.

No confían en los demás o tratan de confiar en gente poco digna de confianza.

Piensen que Dios los ha abandonado, pierden la fe y la confianza en Dios.

Ψ REPRESIÓN

Empujan sus pensamientos y sentimientos fuera de su conciencia a causa del miedo y la culpa.

Se atemorizan de ser como son.

Ψ OBSESIÓN

Sienten ansiedad por los problemas y por la gente.

Piensen y hablan mucho acerca de otras personas.

Vigilan a la gente.

Tratan de sorprender a la gente en malas acciones.

Se sienten incapaces de dejar de hablar, de pensar y de preocuparse acerca de otras personas o de problemas.

Abandonan su rutina por estar tan afectados por alguien o por algo.

Enfocan toda su energía en otras personas y problemas.

Ψ CONTROL

Viven en situaciones y con personas que están fuera de control causando a los codependientes penas y desengaños.

Tienen miedo de permitir que los demás sean como son y no dejan que las cosas sucedan de manera natural.

No pueden manejar el miedo que experimentan frente a la pérdida de control.

Piensan que ellos saben cómo deben ser las cosas y cómo debe comportarse la gente.

Tratan de controlar los sucesos y a la gente por medio de su desamparo, de sentimientos de culpa, de coerción, amenazas, manipulación, dominio o de dar consejos.

Intentan provocar la ira de los demás (aunque eventualmente fracasan en sus intentos), sienten frustración y enojo; se sienten controlados por los eventos y por las personas.

Ψ NEGACIÓN

Ignoran o minimizan los problemas.

Fantasean sobre cómo las cosas mejorarán mágicamente.

Se confunden, se deprimen o enferman.

Acuden con doctores o toman tranquilizantes.

Se vuelven fanáticos del trabajo.

Gastan dinero en forma compulsiva, comen en exceso.

Niegan lo que sucede.

Creen en mentiras y se mienten a sí mismos.

Sienten que se están volviendo locos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ψ DEPENDENCIA

No se sienten felices, contentos ni en paz consigo mismos.

Buscan la felicidad fuera de sí mismos.

Se pegan a cualquier cosa o persona que ellos piensen que les pueda brindar felicidad y se sienten amenazados por la pérdida de aquellos.

Creen que los demás nunca están cuando ellos los necesitan.

Relacionan el amor con el dolor.

Más que amar a las personas, las necesitan.

No se toman el tiempo para juzgar si otras personas les convienen.

Tampoco investigan si ellos aman a otras personas o si estas les caen bien.

Centran sus vidas alrededor de otras personas.

Concentran todos sus sentimientos de bienestar de sus relaciones en los demás.

Pierden interés en sus propias vidas cuando aman.

Dudan en su capacidad de cuidarse a sí mismos.

Toleran el abuso para sentir que la gente aún los ama.

Se sienten atrapados en las relaciones.

Ψ COMUNICACIÓN DÉBIL

No dicen lo que sienten, no sienten lo que dicen, no saben lo que sienten.

Piden lo que desean y necesitan de manera indirecta, suspirando por ejemplo.

No están seguros de saber cuál es el camino correcto.

Hablan demasiado a fin de no comunicar lo importante.

Evitan hablar sobre sí mismos, de sus problemas, sentimientos y pensamientos.

Mienten para protegerse a sí mismos.

Se les dificulta expresar sus emociones de manera honesta, abierta y apropiada.

Creen que la mayor parte de lo que tienen que decir es irrelevante.

Comienzan a hablar con cinismo, de manera autodegradante u hostil.

Ψ LÍMITES DÉBILES

Dicen no tolerar ciertas conductas en los demás y poco a poco incrementan su tolerancia hasta que permiten y hacen cosas que habían dicho que jamás harían.

Incapacidad de decir no.

Renuncian a sus propias necesidades.

Permiten que otros los lastimen, y se preguntan por qué se sienten lastimados.

Se enojan y se vuelven completamente intolerantes.

Ψ IRA

Se sienten asustados, heridos y enojados y reprimen estos sentimientos.

Viven con gente atemorizada, herida y llena de ira.

Tienen miedo de su propia ira y de la ira de otras personas.

Piensan que otras personas los hacen sentirse enojados.

Se sienten controlados por el enojo de otras personas.

Hacen cosas "malas" y "sucias" para vengarse, actúan de manera hostil o tienen estallidos violentos.

Sienten cantidades crecientes de ira, resentimiento y amargura.

Se sienten más seguros con su ira que con sus sentimientos heridos.

Ψ PROBLEMAS SEXUALES

Tienen relaciones sexuales cuando preferirían que los abrazaran, los protegieran y los hicieran sentirse amados.

No disfrutan del sexo porque están muy enojados con la pareja.

Se alejan emocionalmente de la pareja.

Reducen el sexo a un acto técnico.

Pierden interés por el sexo.

Inventan razones para abstenerse de él.

Fantasean o tienen un romance extramarital.

En resumen, el codependiente pierde el control de su propia vida y sus propios límites, e invierte toda su energía en el resto de las personas, tiene una gran necesidad de

pertenecer, de ser útil y paga un precio muy alto por ello. Emocionalmente los codependientes sufren, y principalmente se observa en ellos culpa, miedo y resentimiento.

Podemos ver que el alcoholismo y la codependencia son la misma "enfermedad"; ambos, como cualquier proceso de adicción, comparten las mismas características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control. El codependiente mantiene una ilusión de control, pero su vida es ingobernable (Lyles de Reagan, 2001).

2.1 Definiciones.

El concepto de coadición o codependencia sigue siendo objeto de múltiples investigaciones; se ha buscado describir la codependencia del cónyuge, de los hijos, de los compañeros de trabajo, de las empresas, de los médicos, e incluso de la sociedad, haciendo alusión al cómo cada uno de éstos sostiene al alcohólico, le ayuda a mantener su propia conducta, lo sobreprotege, lo justifica y lo encubre aún a costa de su propio perjuicio de experimentar pérdidas y deterioro personales (Moreno, 2001).

La codependencia es una condición específica que se caracteriza por una preocupación y una dependencia excesivas (emocional, social y a veces física), de una persona, lugar u objeto. Eventualmente el depender tanto de otra persona se convierte en una condición patológica que afecta al individuo en todas sus relaciones (Lyles de Reagan, 2001).

Para Coddou y Chadwick (2001), la codependencia se puede definir como un trastorno individual específico, configurador de la identidad del individuo, caracterizado por intenso temor al abandono.

La codependencia es la falta de identidad propia. El codependiente pierde la conexión con lo que siente, necesita y desea. Si es dulce y agradable aunque no lo sienta, es porque busca aceptación. Cree que su valor como persona depende de la opinión de los demás. Da más importancia a los demás que a sí mismo. Se crea un yo falso, pues en

realidad no está consciente de quien es y está tan desconectado de sus propios sentimientos, que asume la responsabilidad por las acciones de los demás. Se avergüenza por lo que hacen otras personas y toma las cosas de una manera personal. Invierte una enorme cantidad de energías en mantener una imagen o un estatus para impresionar porque su autoestima es muy baja, ya que depende del valor que los demás le otorgan (Lyles de Reagan, 2001).

Para Giddens (1995), la persona codependiente es alguien que, para reforzar cierto sentido de seguridad, necesita otro individuo o conjunto de individuos para definir qué es lo que él o ella desean; es decir, él o ella no pueden sentir confianza sin dedicarse a las necesidades de los demás.

Se considera codependiente aquella persona que tiene algún familiar o relación cercana con la conducta químico-dependiente (alcoholismo y/o farmacodependencia), llegando a desarrollar actitudes maladaptativas dentro de la relación, y sufrimiento emocional (G-Paullada, 2001).

La codependencia también se usa para denominar el ámbito familiar en donde hay alguna dependencia. El sistema familiar codependiente es un problema de fusión en las relaciones interpersonales, donde se confunden las responsabilidades, las emociones y la posibilidad de ser de cada miembro. La fusión emocional y la no-diferenciación de los individuos, promueve que unos a otros se cancelan y se nulifiquen en la familia. Con este patrón de descalificación mutua, se sostienen la coadición de la familia, la disfunción es cada vez mayor y los individuos son cada vez más vulnerables. La codependencia progresa y surgen síntomas como enfermedades físicas, o como el uso de drogas en los miembros coadictos de la familia.

De esta forma, una relación codependiente, es aquella en la que un individuo queda ligado psicológicamente a un compañero cuyas actividades se gobiernan por la compulsividad de alguna forma (Giddens, 1995).

Para fines del presente trabajo, se entenderá por codependencia al alcohol el comportamiento de una persona que gira en torno a la dependencia al alcohol de otra y que lleva a una pérdida de la identidad para ocuparse de la vida del alcohólico, con la peculiar característica de la hipertolerancia al sufrimiento emocional.

2.2 Etiología.

La codependencia se origina en las familias disfuncionales ante un determinado tipo de enfermedad o trastorno de otro de sus miembros, y convierte a los miembros de esas familias en personas hipervigilantes. Al estar en ambiente familiar tan lleno de estrés debido a la violencia, la adicción al alcohol o a las drogas, los dolores emocionales de sus miembros; la persona codependiente enfoca su atención hacia su entorno para defenderse de algún peligro real o imaginario. El estado de alerta es una defensa de nuestro cuerpo, algo temporal que nos ayuda a defendernos en momentos de peligro. Pero cuando ese estado se vuelve crónico, la persona pierde el contacto con sus reacciones internas, ya que todo el tiempo su atención está afuera de sí misma (Wegscheider, 2001).

Los niños necesitan seguridad y tener modelos saludables para imitar, para poder entender sus propias sensaciones internas. También necesitan aprender a separar los sentimientos de los pensamientos y a generar autoestima ellos mismos desde su interior. Si el niño pierde el contacto con sus sentimientos, tratará de llenar sus necesidades con estímulos externos y se convertirá en un adulto codependiente. La codependencia nace de un hambre malsana de amor, quizás provocada por un ambiente familiar en donde no se sentía amado. Se puede tener un hambre tan desordenada de amor, que nos impida dejar una relación humana negativa (Wegscheider, 2001).

2.2.1 Psicoanálisis.

En sus trabajos Bowlby (citado en Castelló, 2001), describe un tipo especial de tipo de apego, en el que el niño tiene un miedo constante a la separación de una figura vinculada

(por ejemplo, la madre), protesta enormemente cuando se aleja y se aferra a ella de una manera excesiva. Como su propio nombre lo indica el vínculo que mantienen estos niños no es seguro y esto produce en ellos un continuo estado de alerta ante la temida separación y desprotección. Según el citado autor la explicación radica en que estos miedos son justificados a causa de la frecuente historia de separaciones como internamientos en orfanatos, hospitalizaciones, guarderías o todas aquellas situaciones en las que el niño experimenta abandono, que como bien describe Bowlby, pueden revestir infinidad de formas: desde llevar a un niño a un castillo de "monstruos", hasta dejarlo solo en un lugar desconocido.

Diversos autores han expuesto muy acertadamente que lo patógeno no es en sí una separación temporal, sino la pérdida de vínculos afectivos creados, mucho más cuando no hay oportunidad de tener otros nuevos o se producen situaciones de indefensión (peligros, soledad, entorno desconocido). Tanto las experiencias repetidas de desamparo como la deficiente calidad de la relación previa podían ser por sí mismas determinantes de la ansiedad de que se produzca una separación. Esto explicaría las diferencias individuales en las reacciones ante la separación.

Desde el Psicoanálisis clásico se ha venido estudiando un tipo llamativo de carácter, en el que aparentemente se busca el dolor y se niega la experimentación de sensaciones agradables o placenteras. Desde su denominación original de "masoquista", esta personalidad ha pasado a convertirse en "autodestructiva". con tal de eliminar la supuesta necesidad de castigo o el placer en el dolor que se habían sugerido como hipótesis etiológicas desde la tradición psicodinámica. Este concepto se considera actualmente como un trastorno de la personalidad, caracterizado por: mantenimiento de relaciones interpersonales de subordinación, rechazo de ayuda o elogios, estado de ánimo ansioso, minusvaloración de los logros, tendencia a emparejarse con personas explotadoras, escasa evitación del dolor, asunción del papel de víctima, tienden a padecer trastornos depresivos y su autoestima es muy baja.

Desde el Psicoanálisis podemos explicar la codependencia; primeramente se describirán las características de una relación normal, generalmente cuando comenzamos una relación amorosa decimos estar enamorados¹, la capacidad normal de enamorarse (y permanecer, tarea aun más difícil) requiere que se hayan cumplido dos etapas principales del desarrollo: una primera etapa en la cual la capacidad temprana de estimulación sensual de las zonas erógenas (en particular el erotismo oral y cutáneo) se integra con la ulterior capacidad de establecer relaciones objetales totales, que conduce también un concepto integrado de sí mismo y de los demás y establecer vínculos profundos con personas significativas; y una segunda etapa, en la que el goce genital plena incorpora el anterior erotismo de la superficie corporal en el contexto de una relación objetal total, incluyendo una identificación sexual complementaria, este periodo corresponde a la exitosa resolución de los conflictos edípicos.

Las fallas en esta segunda etapa producen síndromes neuróticos, inhibiciones sexuales y una patología de la vida amorosa, resultante de conflictos edípicos no resueltos. Como ya revisamos en el capítulo uno más a profundidad qué es una relación objetal, solo recordaremos que son un factor organizativo fundamental del desarrollo. A continuación se describirán 5 tipos de relaciones propuestas por Kernberg (1991):

- ¶ La primera configuración es representada por la incapacidad casi total de establecer vínculos que combinen genitalidad y ternura con cualquier ser humano, característico de una personalidad narcisista.
- ¶ La segunda es caracteriza por la promiscuidad sexual.
- ¶ La tercera se caracteriza por una primitiva idealización del objeto de amor y a una cierta capacidad de gratificación genital.
- ¶ La cuarta configuración es cuando hay la capacidad de establecer relaciones objetales estables y profundas pero sin la capacidad de gratificación sexual plena (neuróticos).

¹ Bak (1973) sostiene que el enamoramiento es un estado emocional basado en la separación entre madre e hijo y tendiente a sobreponerse a esta separación así como a ulteriores separaciones y pérdidas de objetos significativos.

- ψ La quinta está representada por la integración normal de la genitalidad y la ternura con la capacidad de formar relaciones objetales estables y profundas

Rollo May (1969), destaca la importancia de la atención como requisito de la capacidad de establecer un vínculo amoroso maduro según él esta atención:

"es un estado que incluye el reconocimiento del otro, nuestro semejante como ser humano; muestra identificación con su dolor, su dicha, su culpa, compasión y el reconocimiento de que todos estamos en la base de una humanidad que es nuestro origen común" (Pág. 289).

El término elección de objeto, proviene del psicoanálisis, y denota los rasgos que una persona busca en otra para vincularse con ella, además en el contexto de las relaciones amorosas, las parejas u objetos hacia los que tienden los codependientes se caracterizan por:

- ψ Reúnen condiciones para ser idealizados: Los codependientes no son muy selectivos a causa de sus necesidades apremiantes, pero si se rastrean factores comunes en la aparente heterogeneidad de sus objetos, encontramos uno que destaca especialmente: todos tienen una férrea autoestima, en muchas ocasiones superior a la media. Con frecuencia, este rasgo arrastra una serie de implicaciones, como el narcisismo y la dominación, esto los convierte en individuos especialmente susceptibles de idealización.
- ψ Son narcisistas y explotadores: los objetos generalmente elegidos por los codependientes son en muchas ocasiones ególatras, narcisistas y manipuladores. Carecen de empatía y afecto, creen que poseen privilegios y habilidades fuera de lo común y que los demás deberían estar continuamente alabándoles y concediendo prerrogativas. El carácter sumiso y torturador del codependiente no hace más que perpetuar y potenciar estos rasgos. La sobrevaloración de un polo se complementa a la perfección con la minusvaloración del otro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 4) Buscan una posición dominante en la pareja: Con las características expuestas anteriormente, nos damos cuenta de que con muchísima frecuencia los codependientes se involucran en relaciones asimétricas, asumiendo ellos la posición subordinada y los objetos la dominante; los codependientes se someten con tal de preservar la relación, admiran continuamente, soportan e incluso aceptan como normales los desprecios y humillaciones sistemáticas.

Las autoras piensan que a partir de relaciones objetales parciales y esta identificación proyectiva de sentimientos con un otro las personas codependientes se enganchan por sentimientos de culpa, una necesidad de control y de resolución de una lucha que en su familia no pudo ganar (hacer que él, la o los alcohólicos de su familia dejaran de serlo). esto puede ser vivido como una experiencia dolorosa, pero que también refleja el Edipo, la elección de una pareja que sea parecida o no a la figura del otro sexo, reconociendo que en esta trama se construye una identidad sexual.

La identidad sexual normal es una consecuencia más que un requisito de normal formación de la identidad: cohesiona la identidad del yo, eligiéndose así el padre protector, la madre nutricia (relación heterosexual). Los objetos primarios reaparecen en los nuevos objetos elegidos "porque se les parecen" o "porque no se les parecen". Las experiencias se transforman en catalizadores tendientes a producir las reacciones psíquicas necesarias para liquidar el complejo. La repetición muestra con frecuencia una trama edípica que insiste en mostrarse, en busca de una liberación (Quirici, 2000).

En este intento de liberación de la trama edípica se han aprendido formas de ser como la codependiente. En la codependencia hay una persona que es adicta a otra que a su vez es adicta a una sustancia. Lo único que hace la sustancia es nombrarlo. Son adictos. Esta palabra (codependencia) se comienza a usar cuando, dicen los familiares de AA, descubren que lo que les pasa a ellos los pone en una situación de locura mucho mayor que la del que bebe. Perseguir para rescatar, controlar y luego ponerse en el lugar de la víctima que no tuvo devolución de lo que dio y culpabilizar al otro, todo esto va generando una

situación donde se es rehén de un rehén. Como el carcelero y el preso, no puede haber el uno sin el otro.

Este sufre de ver sufrir y si escamotea su vida no es culpable sino de no saber nombrar su propio sufrimiento encapsulado por la sombra que proyecta sobre él alguien que parece estar en un cuerpo a cuerpo contra la muerte (Moreno, 2000).

“¿Qué es lo que los codependientes no pueden dejar de repetir?”. Es lo que Ernie Larsen (citado en Cantú, 1999) llama el triángulo de Karman, en cada extremo hay un rol: el de rescatador- perseguidor -víctima. Porque el codependiente suele ser un rescatador de la humanidad las profesiones de la mayoría son: asistentes sociales, asistentes en medicina, voluntarios. No se pueden enganchar en ningún tipo de profesión donde no estén salvando a alguien. Pero hay que tener en cuenta que idealizar al otro es no soportar su falla, o sea que lo que no se tolera es que al otro le falte. Idealizando se idealiza uno. Además supone una total falta de confianza en lo que el otro pueda conseguirse por si mismo. Esto no tiene nada que ver con el amor aunque sea nombrado así.

Desde la teoría de las relaciones objetales podemos explicar la persistencia de la subordinación femenina, existen además constelaciones de identidades y sexualidad femeninas y masculinas que emergen al interior de una familia centrada en la mujer y dominada por el varón que asigna a las mujeres la responsabilidad exclusiva para la reproducción y socialización al interior de las culturas patriarcales cuyos discursos y símbolos hegemónicos denigran la femineidad considerandola como inferior a la masculinidad.

Las madres transmiten a sus hijas actitudes y sentimientos, que construyen su psiquismo sobre la base de la identificación inconsciente de la madre con su hija, que considera como semejante así misma. Las niñas aprenden la filiación, la empatía y cuidado y como ellas no se ven obligadas a resignar su primaria y original relación identificatoria con sus madres como parte del desarrollo psicosocial, les resulta más fácil la relación con los demás mientras que experimentan dificultades en asumir su propia separatividad,

límites, o autonomía, en comparación con los varones, por ello no es de extrañarse que la mayoría de los codependientes sean mujeres.

Por su parte los varones deben obtener un sentimiento de agencia, independencia, autonomía y autorización a través de un proceso de desidentificación con respecto de la madre que implica usualmente la pérdida o la falta de constitución de su capacidad para la empatía y la conexión con los otros.

Las niñas no disponen de la posibilidad de usar al padre como objeto o vehículo para la identificación de sí mismas como sujetos deseantes, autorizadas al desarrollo de su propia agencia, con el fin de producir un impacto emocional o intelectual en el mundo.

Dados esos arreglos, la niña enfrenta el desafío de crear un apego discriminado que incluye la diferenciación con respecto del otro, mientras que los niños enfrentan la tarea igualmente desafiante de diferenciarse con respecto de la madre sin repudiarla.

La experiencia universal de las familias centradas en los cuidados maternos, refuerzan tempranas experiencias primitivas de desvalimiento infantil y dependencia total respecto de la madre. Emergen inevitables resentimientos que cada uno de nosotros llega a odiar y temer a la madre de la que depende con exclusividad y que permanece por fuera de nuestros deseos de control omnipotente. Ese odio inconsciente hacia la madre poderosa así como la envidia por su capacidad fantaseada de satisfacer sus propias necesidades y descuidar las nuestras.

Dada la actual escisión entre los géneros, los hombres dirigen ese odio hacia el exterior, desplazándolos de sí mismos hacia todas las mujeres (representantes de la madre). Las mujeres dirigen el odio hacia su interior atacando la imagen femenina que incluye identificaciones misóginas denigrantes de la femineidad que existen tanto en el inconsciente como en la cultura en general.

2.2.2 Estudios de Género.

La modernidad se ha caracterizado por ser un ordenamiento dicotómico del mundo basado en una epistemología binaria entendida como una categoría que ubica a los objetos en pares opuestos sujeto/objeto, varón/mujer. En particular la identidad de género se organiza en la línea lo mismo/lo diferente y pone al hombre como lo mismo; las diferencias se tratan como ajenidades (Tajer, 1996).

Las ideologías de género son construcciones discursivas que surgen en sociedades estructuradas con base a relaciones asimétricas entre los sexos. Esta asimetría consiste en asignar diferenciaciones de modo tal que tareas y funciones asignadas a hombres y mujeres, al igual que otros atributos como el prestigio y el poder, no guardan la misma proporción o no son comparables.

El género es un sistema de significados por la ideología dominante de una sociedad. Teresa de Lauretis (citada en Ramos, 1991), señala que el género se articula bajo un modelo hombre vs mujer; éstos constituyen un saber ideológico que orienta, motiva e interpela a los individuos constituyéndolos en sujetos a la espera de una respuesta sujeta a la norma. Al mismo tiempo la existencia de un modelo dominante, supone la posibilidad de subjetividades masculinas y femeninas que se relacionan en forma diversa con el paradigma acatando, negando o pervirtiendo su mandato de acuerdo al contexto en que se encuentren.

En la sociedad occidental ya desde la época de los juegos simbólicos colectivos, aparecen diferencias entre "juegos de niñas" y "juegos de niños". Las niñas suelen elegir temas como "las mamás", "las maestras", roles sociales que tienen una experiencia directa, mientras que los niños juegan a ser "indios", "vaqueros", "superheroes", y se recalca independientemente de la realidad cercana que rodee a los niños, incluso si estos se mueven en un ambiente progresista, la mayoría de los niños siguen entendiendo el rol social de la mujer en torno a la casa y algunas profesiones típicamente femeninas, mientras que los niños al utilizar personajes fantásticos o de épocas y lugares remotos, están expresando atributo de poder y de aventura que se confieren específicamente al varón (Diez, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, se relativiza el significado de la hombría, se modifican sus referentes tradiciones, pierde su transparencia como ideología masculina desnaturalizándose y haciéndose un discurso histórico que se ve cuestionado por la creciente importancia del código igualitario en las relaciones interpersonales (Abarca, 2000).

Pero el destino del hombre no parecía reconocer puntos medios, oscila entre el triunfo y el fracaso, se es hombre mientras se demuestre y una buena forma de serlo es tener a una buena mujer con cualidades como amorosa, comprensiva, preocupada por su casa y su marido siendo así para él un objeto (por ejemplo llevando el apellido "de Pérez").

En general, se tiende a considerar que el papel de la mujer en la sociedad occidental, a pesar de haber superado en muchos aspectos los roles tradicionales, sigue siendo más proclive a desarrollar una relación codependiente con su pareja que el varón.

La codependencia es vivida o interpretada frecuentemente, como abnegación, tolerancia, responsabilidad y como un martirio; en este sentido la mujer de un alcohólico, puede asumir un rol de codependencia durante largos periodos del trastorno alcohólico del marido, dados los valores tradicionales.

2.2.3 Teoría del Aprendizaje Social.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, desde este enfoque, las características del comportamiento de un individuo se aprenden meramente por la observación y la imitación de la conducta de modelos y no requiere necesariamente la existencia de un estado de frustración previa. Lo mismo para el comportamiento alcohólico como para el codependiente, siendo el resultado de procesos de aprendizaje (Mayor, 1985).

El aprendizaje es definido como una capacidad para el desempeño mediada cognoscitivamente en lugar de ser identificado con el desempeño mismo. Aprendemos no sólo sobre las respuestas potenciales sino también acerca de las situaciones en las cuales

esas respuestas pueden ser relevantes, de los estímulos que pueden servir de indicios de ellas y de las consecuencias que es probable que traigan consigo. Este aprendizaje es mediado a través de procesos cognoscitivos tales como la atención, la codificación de la información que entra y la retención en la memoria a largo plazo.

Bandura (1982) cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales, no sólo por el moldeamiento por medio de reforzamiento. Esto permite que los individuos puedan influir en su destino y en la autodirección de sus límites. En general existe coincidencia al concebir la interacción entre la experiencia y los factores fisiológicos determinantes de la conducta (Papalia y Wendkos, 1997).

Bandura (1982) cree que mediamos nuestro aprendizaje usando cinco capacidades cognoscitivas básicas:

- Simbolización: con base a las experiencias sociales se construyen modelos cognoscitivos de la realidad social para guiar el pensamiento y la toma de decisiones acerca de la conducta social.
- Aprendizaje Vicario: al observar a los demás se aprende acerca de acciones potenciales y sus consecuencias probables en varias situaciones sociales. En forma gradual se integra este aprendizaje en una estructura de conocimiento social que incluye habilidades, valores, actitudes y expectativas.
- Previsión: se puede recurrir al aprendizaje social acumulado a fin de generar ideas acerca de acciones potenciales, evaluar estas acciones en cuanto a su adecuación a la situación y predecir sus consecuencias probables.
- Autorregulación: en respuesta al modelamiento y socialización de otros que son significativos, se desarrollan normas concernientes a la conducta aceptable e inaceptable.
- Autorreflexión: se pueden supervisar los pensamientos y las acciones, verlos en retrospectiva y extraer inferencias acerca del futuro.

Los niños, carecen de la facultad de integrar distintos atributos o hechos que le permitan establecer la contingencia necesaria entre una acción y sus consecuencias, por lo cual se constituye en un sujeto receptivo que replica lo observado potencialmente. Con el tiempo podrá desarrollar la capacidad de autoevaluación, por lo tanto habrá desarrollado la capacidad de integración lo que será determinante en la ejecución o no de lo aprendido por observación (Mischel, 1988).

Hay tres formas básicas de aprendizaje desde el Aprendizaje Social que requieren mediación cognoscitiva (Bandura, 1982):

- Imitación de Modelos: los humanos aprenden a hablar, usar herramientas y a comportarse de manera apropiada en varias situaciones sociales en su mayor parte imitando a otros.
- Imitación Demorada: las capacidades conductuales adquiridas por medio de la observación de modelos son expresadas hasta mucho después.
- Aprendizaje Vicario: se puede aprender también, observando cómo son afectadas, las personas, por acontecimientos en sus vidas (identificándose con ellos).

En la niñez el aprendizaje es imitativo instantáneo, generalizando lo aprendido a otras situaciones, en ello va a influir las características del modelo y la frecuencia con que ocurre el modelado. Es de esta forma, que el niño puede acabar reproduciendo conductas de codependientes al alcohol con mayor facilidad, cuando esté sujeto a una invasión masiva y frecuente de estímulos correspondientes a estos comportamientos, emanados especialmente de sus padres (modelos de gran poder afectivo).

La identificación afectiva del niño(a) con el padre y/o la madre; la retención y repetición de lo observado, y la identificación de consecuencias son procesos fundamentales en el aprendizaje del comportamiento codependiente. El efecto que predomine dependerá del modelo con el cual se identifique el niño, de la acción que realice el modelo y la forma como lo haga (Mayor, 1985).

Según Kagan (citado en Papalia, et.al. 1997) cuatro procesos interrelacionados establecen y fortalecen la identificación. En primer lugar los niños desean ser como el modelo. En segundo lugar creen que son como el modelo con comentarios de otras personas como: "eres tan parecido(a) a tu madre/padre". En tercer lugar los niños experimentan emociones iguales a las de su modelo, y finalmente los niños actúan como el modelo. Así a través de la identificación, los niños creen que tienen las mismas características del modelo, en consecuencia se sienten contentos y orgullosos cuando encuentran un modelo que los estimule.

Al final de la primera infancia estas lecciones son ampliamente adoptadas en su interior; entonces el niño no necesita de recompensas, castigos frecuentes o modelos para comportarse de una manera aceptada en la familia.

Como podemos ver el ser humano aprende, desde esta teoría, a partir de modelos y los primeros modelos con los cuales tenemos generalmente las primeras interacciones son los padres y hermanos, o sea: la familia que es el primer grupo social en el que participamos como elemento de un sistema.

Al formar parte de una familia aprendemos normas y valores, actitudes y conductas que se reproducirán en esa familia y en las que los hijos lleguen a formar. Es así con el comportamiento alcohólico dependiente y codependiente.

2.2.4 Teoría de los Sistemas.

Como ya se mencionó en el capítulo uno, el alcoholismo anestesía el crecimiento emocional de la familia. De esta forma los integrantes no logran su independencia y forman en el futuro familias alcohólicas en el mejor de los casos, ya que pueden convertirse en alcohólicos; es así como creen encontrar el sentido de su vida, tal y como lo vivieron en sus propias familias.

Desde este enfoque, la familia es un sistema con relaciones de parentesco que opera a través de múltiples interacciones que se repiten en el tiempo, dando lugar a patrones que permiten conocer el funcionamiento interno de relación en el medio en que se desenvuelven.

El sistema familiar, cuenta con características que permiten un patrón específico de comportamiento (como con el alcoholismo). Estos ejes permiten conocer este patrón y son dinámica familiar, jerarquías, límites, alianzas, coaliciones, centralidad, geografía, roles, comunicación, normas y valores (explicados en el capítulo uno); pero agregamos el de Totalidad que dice que por ser más que la suma de sus partes, tienen la particularidad de alterarse si se modifica el comportamiento de uno de sus elementos, pero no bajo la causalidad, sino como el movimiento de todas las características anteriores (González, 1993).

Así como con el alcohólico, el codependiente vive condiciones familiares o estilos de vida específicos que perpetúa este comportamiento (Guzmán, 2001):

1.- NEGACIÓN DEL ALCOHOLISMO.

Así como el alcohólico maneja sus mecanismos de defensa, la familia utiliza los propios y en esta forma el proceso se prolonga. En una familia codependiente podría decirse que la adicción es mantenida por la conducta de todos los miembros del sistema, y frecuentemente se ve reflejada también por unos patrones de conducta de larga duración. Es así como el codependiente, en su afán por ayudar a su adicto, prolonga este comportamiento por la falta de aceptación

Como resultado de la falta de aceptación del adicto y del cónyuge codependiente los hijos son afectados, éstos pueden desarrollar uno o más de los roles que se presentan en el hijo de alcohólico: el responsable, el ajustador, el conciliador, y el hijo problema.

a. *El responsable* es el que toma la mayor parte de las responsabilidades de alguno de los padres, el daño que desarrolla este niño es una necesidad de control, de orden, de disciplina. Se caracteriza por su rigidez, por su obsesividad, cuando pierde el control éste hecho le

provoca angustia, reaccionando en forma agresiva o destructiva por su pobre tolerancia a la frustración. Cuando tienen contacto con el alcohol desarrolla una dependencia psicológica, difícilmente desarrollará una dependencia física por su rigidez.

b. *El ajustador* es un hijo evasivo con poca interacción con la familia, su tendencia es siempre pasar desapercibido, ya que en esta forma no crea conflictos, discusiones ni problemas. No externa su opinión, esto le retribuye en menos ansiedad, miedo y angustia. Son hijos que se aíslan, socializando poco y desarrollando una depresión crónica. Cuando entra en contacto con el alcohol u otras sustancias, se desinhibe y estimula; se siente tan bien que fácilmente desarrollan la enfermedad adictiva.

c. *El conciliador* es el hijo preocupado constantemente por el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia. Siempre está al pendiente de las tristezas, desesperación, angustia o miedo de los demás, dando calma, apoyo, esperanza. Siempre están dando su tiempo y energía para agrandar a los demás, viven constantemente en ansiedad calmando a todos. Cuando tienen contacto con sustancias al llegar a la edad adulta se sienten sin la carga de complacer a todos y pueden expresar lo que han reprimido, teniendo una sensación de bienestar que incrementa su posibilidad para desarrollar la enfermedad adictiva también.

d. *El hijo problema* es el que tiene mala conducta en la escuela, agresivo, impaciente, impulsivo, provocando mayor atención en su persona pero en una forma destructiva, recibiendo reprimendas y castigos que incrementan su rebeldía, lo que aumentará los castigos y así sucesivamente. Son hijos que desarrollan adicción a sustancias a temprana edad, embarazan a su pareja o si son hijas se dejan embarazar muy jóvenes. Cuando desarrollan la enfermedad adictiva la evolución es rápida, teniendo daño físico en corto tiempo, llegando a presentar muerte también a temprana edad.

2.- INCOMUNICACIÓN.

Por lo general, en la familia adicta se desarrolla la triangulación de la comunicación; es decir, el adicto y codependiente utilizan a los hijos para mandarse mensajes. Es una comunicación agresiva donde hay insultos, gritos y humillaciones, lo que deteriora la autoestima con el que se tiene la comunicación e incrementa los resentimientos. Es una comunicación implícita, con pocas palabras se trata de decir todo, esto crea mucha

confusión y enojo porque no se entendió lo que se dijo, o se distorsiona la comunicación. En la familia adicta la comunicación es caótica.

3.- AMBIENTE EMOCIONAL DE CONTINUO SUFRIMIENTO.

La familia vive en un estado emocional de continua tensión, de stress, una sensación de vacío por la falta de apoyo, comunicación, amor y confianza. En los miembros pequeños de la familia hay miedo no sólo por el adicto sino también por la codependiente, que reacciona ante la conducta del adicto en forma impulsiva y agresiva, creando temor, ansiedad e inseguridad en los miembros de la familia. Existe una sensación de frustración continua, impotencia y desesperanza por la conducta repetida tanto del adicto como del codependiente, coraje, odio, enojo y resentimientos porque nadie aprende de las experiencias y todos culpan a todos.

4.- FALTA DE ESTRUCTURA FAMILIAR.

El alcoholismo impide el funcionamiento o la toma de responsabilidades por el miembro afectado, por lo que la familia en su accionar ante el comportamiento alcohólico, se reestructura tratando de sobrevivir. Esto hace que algún miembro familiar, por lo general, el cónyuge o el hijo mayor, tome las responsabilidades que el elemento "enfermo" dejó, lo que trae como consecuencia gratificaciones inconscientes que prolongan la conducta alcohólica. La familia tienen ahora un nuevo estilo de vida en el cual se han cambiado los roles de la familia adicta. El control, el poder, la toma de decisiones, los permisos, incluso los negocios familiares están ahora bajo la dirección del codependiente, que se vuelve la cabeza de la familia. El adicto pasa a ser el "chivo expiatorio": todos justifican su irresponsabilidad culpando al adicto de todo, éste al sentirse culpable, nuevamente encuentra la justificación para continuar utilizando sustancias, con el fin de disminuir el sentimiento de incomodidad y así sucesivamente (el carrusel de la negación).

Otra situación que se presenta en la familia alcohólica es el "mártir", la víctima, un rol que le da oportunidad al codependiente de ser el "bueno", el que aguanta, el santo, y

recibe gratificación en esta posición por parte de la gente, lo admiran, lo felicitan por ser tan "bueno", por "no tirar la toalla", por soportar tanto y por cargar "la cruz" sin quejarse.

El codependiente se siente gratificado, aceptado y en ocasiones hasta orgulloso de serlo, sin percibir que no le da ninguna estructura a la familia.

El hecho de tener un alcohólico dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia. Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias del alcoholismo; por ello la familia inconscientemente se siente bien con un adicto en casa. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida.

La familia centra su atención en el alcohólico, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, la conducta alcohólica ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función específica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel "funcionando" disfuncionalmente.

5.- CAMBIO EN LOS VALORES DE LA FAMILIA.

En la familia adicta los valores normales se van cambiando poco a poco por los nuevos valores del adicto. Los principios, la moral, las reglas de urbanidad, la ética familiar, todo ha quedado alterado una vez que se ha instalado la enfermedad. Ahora se funciona con una desorganización donde no hay coherencia, es un ambiente impredecible, con falta de respeto entre todos los miembros de la familia. Se puede llegar tarde a la hora de comer, no llegar a dormir a la casa, llegar tres días después, durante los alimentos hay gritos, quejas, ofensas, humillaciones, amenazas, insultos y en ocasiones hasta golpes.

La familia aprende a ser irresponsable como una medida defensiva ante esta situación caótica, ningún miembro se hace responsable de sí mismo. Todos están tensos, ansiosos, angustiados, agresivos, con miedo, terror. Esto sucede continuamente, convirtiéndose en una rutina familiar. Este ritual es el que se cree que posterga la identidad

de la familia alcohólica de una generación a la siguiente, perpetuando la enfermedad de la familia.

6.- ESTANCAMIENTO Y EVOLUCIÓN A LA CRONICIDAD.

La familia, en su intento de sobrevivir, hecha mano de todos los recursos que tiene para tratar de continuar en pie. En este sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de su realidad con evasión, minimización, justificación, racionalización y otras defensas. Al no enfrentar la realidad y negar la enfermedad familiar se prolonga el proceso y el sufrimiento se hace crónico.

La familia se ha inmunizado, desarrollando una tolerancia al sufrimiento. La familia no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia a la situación caótica, dolorosa, exhibe gritos, destrozos, actitud indiferente, manipulación. Esta tolerancia se da junto con una incapacidad de sentir, un bloqueo absoluto de los sentimientos, y se llega a convertir en una forma de complicidad con el enfermo adicto. La tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor, la nostalgia estarán presentes en cada uno de los miembros de la familia.

Para Bejos (2001) cada uno de los miembros de las familias codependientes tienen características particulares y propone la siguiente tipología a comprobar:

- A) Padre Ausente: Ya sea por muerte, separación o porque no ha asumido su rol, el padre desaparece dejando un hueco que otro tendrá que suplir.
- B) Padre Distante: Es aquel que da prioridad a aspectos fuera del hogar y que además no muestra afecto o atención a su pareja e hijos; es desapegado emocionalmente.
- C) Padre Frágil: No es convincente en sus decisiones, sus límites o sus órdenes. Es una suerte de hombre de "paja" que no logra convencer más que a través de actitudes extremas. Puede ser abiertamente resignado o delegar el poder a otros, o simplemente asumir su rol siendo pasivo.

- D) Padre Autoritario: Es la actitud que tenderá a asumir para lograr un lugar central que no ha mantenido, ya sea por soledad y/o depresión, o porque la madre lo controla con la sumisión de ella a través de la cual se puede aliar con los hijos.
- E) Padre Adicto: Es aquel que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive al grado de no notarse como problema comparado con el del paciente identificado.
- F) Padre Agresivo: Es aquel que muestra una actitud violenta en forma predominante con la mayoría de los miembros de la familia.

En el caso de la madre del alcohólico, se debe considerar que a ésta se le han atribuido las responsabilidades como fuente principal de la patología familiar; sin embargo, esto ha impedido valorar a los demás miembros que tienen una carga proporcional en esta patología.

- A) Madre Demandante: Es aquella que en una forma abierta va a demandar una especial atención para justificar su rol y tenderá en la mayoría de las veces a coincidir con una conflictiva conyugal o de dificultad en el manejo de sus emociones.
- B) Madre Controladora: Ésta se mostrará con una necesidad de controlar las situaciones familiares, las conductas y los deseos y pensamientos de otros.
- C) Madre Sobreprotectora: Podrá solapar actitudes inclusive destructivas; al no poder convencer al hijo tenderá a cuidarlo y ocultarlo evitando su autonomía y buscando su lealtad.
- D) Madre Abnegada: Sería el equivalente al padre frágil, pero con el señalamiento de que esta actitud está más reforzada culturalmente. Desde aquí, la madre tendrá el beneficio secundario de tener cerca a los hijos.
- E) Madre Castrante: Es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra, compite y socava la autoconfianza de otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.

- G) Madre Adicta: Es aquella que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive al grado de no notarse como problema comparado con el del paciente identificado.

En caso de que el alcohólico esté casado, su pareja tendrá un lugar especial debido a la cercanía que guarda con el adicto y su comportamiento tenderá, directa o indirectamente, a mantener el consumo de alcohol en su pareja. Al respecto Emma Espejel (1989 citada en Bejos, 2001) en su trabajo "Una nueva alternativa en el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica", menciona acerca de la dinámica de la familia: "La esposa especialmente juega un papel muy importante ya que en distintas formas hace embonar su psicopatología (sea la impulsividad, la de control o la de sumisión) con los aspectos psicopatológicos del marido".

- A) Esposa Maternal: Es la actitud más recurrente de la pareja del adicto, ya que tiende a regañarlo y a la vez protegerlo en lugar de asumir una actitud que corresponda a su rol conyugal, pues prefiere esta actitud que quedarse sola o independiente.
- B) Esposa Resentida: Este comportamiento tiende en forma clara y expresa a mantener la distancia con el adicto, sin dejar de estar sobreinvolucrada desde el coraje. A pesar del resentimiento no muestra y no acepta alternativas.
- C) Esposa Cómplice: Esta actitud representa a una gama de comportamientos que abiertamente mantienen la adicción. Esta mujer incluso puede ser adicta, pero no es condición necesaria. Quizá sea la única forma de tener a su pareja cerca, aunque sea intoxicado.
- D) Esposa Rigida: Es el comportamiento que impide un proceso de cambio, ya que no asume su propia enfermedad ni su corresponsabilidad en el problema de adicción de su marido. Puede mostrarse negativa, rebelde y/o distante.
- F) Esposa Castrante: Al igual que la madre castrante, es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra, compite y socava la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

autoconfianza de otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.

En principio los hijos pueden fungir como eslabón con la realidad por la culpa que conlleva su descuido y también como portavoces de la problemática familiar a través de sus conductas sintomáticas a nivel conductual o escolar. Aunado a estos, pueden funcionar también como relevos para llenar los huecos que dejan los padres al inmiscuirse en la dinámica de la adicción.

- A) Hijo(a) Parental: Se refiere al hijo(s) que sacrifica su desarrollo en pos de cumplir con un rol de "padres", ejecutando las normas y organizando la vida familiar percibida como caótica.
- B) Hijo(a) Rebelde: Es el abiertamente terco, ausente, distante, crítico y desobediente que reta con su actitud a los padres para que lo frenen.
- C) Hijo(a) Manipulador: Es el clásico hijo que se aprovecha de la intoxicación del padre para pedirle ciertas pleitesias que en estado desintoxicado aquél no otorgaría, o condicionar cada actitud propia a cambio de premios, regalos o permisos.
- D) Hijo(a) Dependiente: Es el que no ha logrado su autonomía y que requiere estar con alguno de los padres en forma notoria.
- E) Hijo(a) Adicto: Es aquel que usa tóxicos en forma evidente y quizá descontrolada, ya sea fuera de su casa o compartiendo la complicidad con el padre adicto.
- F) Hijo(a) Resentido: A diferencia de la esposa resentida, el hijo con esta actitud justificara cualquier otro comportamiento que salga de las normas familiares. Puede ser explícito o implícito con una actitud de silencio y suspicacia.

Esta es una realidad dolorosa del alcoholismo, durante la evolución cada miembro presenta un grado de daño: aún cuando ellos no consuman sustancias desarrollarán los mismos patrones de conducta que han aprendido y éstos estarán presentes en su nueva

relación familiar y serán continuados generacionalmente, hasta que alguien se desprenda de esta identidad familiar e inicie un nuevo modelo de estilo familiar.

No sólo "pierde el estilo" el que se emborrachó, sino que todos los demás familiares lo pierden también. El alcohol los transforma a todos; la madre comprensiva se torna intolerante con los hijos, éstos presentan trastornos conductuales que interfieren en su rendimiento escolar, los hermanos(as) pierden la confianza y se llenan de miedo y vergüenza, la esposa enamorada se convierte en una mujer resentida y devaluada. El hogar se convierte en un hospital de desintoxicación en el que todos los miembros de la familia son los enfermos y cuidadores del alcohólico, en el mejor de los casos.

Observamos, por ejemplo, que mientras los familiares de un sujeto alcohólico están aguardando su llegada, prevalece la sensación de incertidumbre, todos hacen como si no pasara nada, pero en el interior de cada uno aparecen fantasías destructivas con respecto al alcohólico y a la familia en sí: "Cuando él llegue nos va a maltratar... Esta vez no voy a permitir que me insulte delante de mis hijos, y mucho menos que les pegue... Ojalá y no me despierte con sus gritos cuando llegue... Mejor me duermo y asno veo su llegada... no puedo dormir... qué tal si me necesita cuando llegue... ¿Y si no llega?... Tal vez chocó o se peleó con alguien en la calle o a la mejor está preso... ¿Por qué no llegará?... Tal vez lo atropellaron o lo balacearon... seguramente está muy contento con sus cuates y yo aquí preocupándome... si por lo menos hablara para avisar que está bien... bueno, dicen que lo malo se sabe luego luego... y qué tal si lo asaltaron y luego no hay forma de identificarlo si es que... no, no, esta vez como siempre, me estoy preocupando a lo tonto... pero es que es muy tarde ya... qué angustia..."

Todos estos pensamientos van intoxicando silenciosamente a la familia entera, se va perdiendo el sentido de realidad y en la mayoría de las ocasiones no se habla de lo que se siente por temor a que los "presentimientos" se conviertan en hechos reales.

El individuo alcohólico requiere de cada vez mayor cantidad de alcohol para satisfacer su necesidad de la sustancia, es decir, su organismo se ha hecho paulatinamente

tolerante. En la familia ocurre lo mismo, tolera cada vez más los efectos (sensaciones desagradables) que sobre ella ejerce el alcohólico. El "estar a la expectativa" es el sentimiento cotidiano de la familia y esto se tolera cada vez más, y, de esa manera, la tolerancia impide tanto a la familia como al alcohólico percatarse del comportamiento. Mientras que para el alcohólico es "normal" intoxicarse con alcohol y perder el sentido de realidad, para la familia es normal también perderse en la incertidumbre, embriagarse de angustia. Para estas familias el contacto con la muerte es lo cotidiano; la muerte es el evento más esperado y más temido.

El Síndrome de Abstinencia es un fenómeno que también se experimenta a nivel familiar. Así como el alcohólico requiere de alcohol para sentir que "mejora" su estado físico y emocional, la familia necesita también de los sentimientos que le provoca la intoxicación física del otro para sentir que retorna a la "normalidad" que se instaura a través de la incertidumbre, y esta cadena se da todos los días.

La familia aprendió a vivir con esta conducta y adaptó su funcionamiento a ésta. Su razón de ser y de estar era "salvar" al alcohólico, separarlo de la batalla, pero sobre todo, salvarlo de la hostilidad que se le depositó a raíz de sus borracheras. A pesar de que el alcohólico deja de intoxicarse con alcohol, la familia sigue "intoxicándose" con rencor, miedo y angustia, ahora esperan la recaída del alcohólico o la catástrofe en cualquier otro de sus miembros.

La familia quedó contaminada, se convirtió en una familia codependiente que requiere de ayuda terapéutica para romper con la modalidad intoxicante con la que permaneció unida. En la práctica clínica es común observar que cuando el alcohólico de la familia muere a raíz del su alcoholismo, otro miembro toma su lugar.

El alcohol satisface las necesidades neuróticas de la familia, la botella se convierte en un integrante más de ésta, tan odiada como necesitada o necesitada para ser odiada. Así, cada uno de sus miembros posee un objeto concreto al cual culpar de la desintegración y de

la no identidad familiar sin responsabilizarse de sus propios problemas y de la manera en la que el alcohol los salva del compromiso que implica la vida.

El alcoholismo del padre les sirve, por ejemplo, a los hijos para justificar sus fracasos, y a la madre le sirve para justificar su incapacidad para hacerse cargo de su propia vida con argumentos como: "yo permanezco casada con su padre porque requiere de mis cuidados para sobrevivir, así que ustedes, mis hijos, tienen que agradecer el sacrificio que hago por preservarle la vida a su padre".

La codependencia se da de diferente forma en todos los miembros de la familia, ya que cada uno vive de manera distinta la problemática por las experiencias en el desarrollo individual. Por tanto, el quehacer psicoterapéutico y de investigación en las diferentes disciplinas es amplio.

Tanto los dependientes como los codependientes al alcohol, pueden llegar a sentir la necesidad de recibir ayuda. Algunos la buscan, otros se quedan solo con la sensación de que la necesitan; para los que la buscan a diversas opciones siendo los grupos de autoayuda de los más recurridos por estas personas (AA y Al-Anon). En el siguiente capítulo se hablará de estos grupos, y básicamente de Al-Anon, y se hará la propuesta de un taller educativo-terapéutico para mujeres hijas de padre o madre alcohólica.

CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE TALLER.

3.1 Grupos de Autoayuda.

La idea de un grupo de familia se remonta a los años 1935-1941, es decir, a los primeros días de Alcohólicos Anónimos (AA). Los parientes cercanos de alcohólicos en vía de recuperación pensaron que para resolver sus propios problemas necesitaban usar los mismos principios, que habían ayudado a la recuperación de su "enfermo" alcohólico, como ellos le llaman (Al-Anon, 1997).

Desde el principio los miembros de AA y sus esposas visitaron grupos de AA en todo el país (EU). Las esposas que habían visitado los grupos, contaron a las esposas de los nuevos miembros de AA la ayuda personal que habían recibido al tratar de vivir ellas mismas, según los 12 pasos de AA, y de qué forma habían mejorado las relaciones familiares, que a menudo eran difíciles después que el alcohólico había logrado la sobriedad. De este modo las esposas y parientes de miembros de AA, comenzaron a tener reuniones para discutir sus problemas comunes.

En 1948, muchos grupos de familia habían solicitado ser incluidos en el directorio de la Oficina de Servicio General de AA y mucha gente desesperada con parientes alcohólicos habían solicitado ayuda a la misma oficina. Pero la finalidad de AA era ayudar exclusivamente al alcohólico (Al-Anon, 1997).

En 1951, algunas esposas de miembros de AA formaron una Comisión Directiva Central para establecer contacto con gente que solicitaba información y para coordinar y dar servicio a los 50 grupos que existían entonces. Después de efectuar una encuesta se eligió el nombre de grupos de familia Al-Anon. Los 12 pasos de AA, prácticamente sin cambiar y después las 12 tradiciones, fueron adoptados como principios de guía. La meta era la unidad de objetivos (Al-Anon, 1997).

Muy pronto el movimiento llamó la atención pública. Tanto en los Estados Unidos como en otros países, nuevos grupos e individuos, escribieron a la Comisión Directiva Central acerca de sus problemas. En 1954 se necesitó pagar los servicios de un personal reducido. La Comisión Directiva Central se constituyó legalmente en una organización sin fines de lucro, denominada Al-Anon Family group headquarters, Inc.

En 1955, se publicó el libro "Grupos de Familia Al-Anon, guía para las familias de bebedores que presentan problemas". En 1960 fue, reemplazado, revisado y aumentado con el título de "Viviendo con un alcohólico con la ayuda de Al-Anon" (Al-Anon, 1997).

En 1961, AL-Anon inició su conferencia anual de delegados de servicio mundial para que actuaran como la conciencia de la hermandad. A principios de 1982, había más de 19,000 grupos en todo el mundo.

El logotipo de Al-Anon es un triángulo con un círculo en su interior. Los tres lados del triángulo simbolizan tres legados: recuperación mediante la aceptación de los Pasos, unidad mediante la aceptación de las Tradiciones y servicio mediante la aceptación de los Conceptos. El círculo es "un mensaje de esperanza" (Al-Anon, 1997).

Para AA el término alcoholismo es una enfermedad para toda la vida y progresiva, a menos que se controle con la abstinencia total. AA y Al-Anon lo entienden como una enfermedad "de la familia". El hecho de beber compulsivamente afecta al alcohólico y al mundo que lo rodea: amistades, empleo, hijos, padres, novia, matrimonio; todos sufren los efectos del alcoholismo. Los que quedan más profundamente afectados son los que están más en contacto directo con el alcohólico y los que se preocupan más por él quedan literalmente embrollados por el comportamiento de éste. Reaccionan ante el comportamiento del alcohólico. Tratan de controlar la bebida de éste, pero ven que hacerlo está fuera de su alcance. Se avergüenzan de las escenas que el alcohólico hace en público, pero en privado esta vergüenza se convierte en acusación. No tardarán en sentirse culpables, conllevando los males, temores y culpa del alcohólico. También ellos acaban por enfermar (Al-Anon, 1997).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

De esta forma, un enfermo alcohólico es aquel que tiene problemas en su vida familiar, social o laboral (o en las tres), a causa de la bebida. Aun con buenas intenciones, los familiares del alcohólico comienzan a contar el número de tragos del alcohólico, vacían licores, registran la casa buscando botellas escondidas; todo su pensamiento se concentra en lo que hace el alcohólico, en lo que no hace y en lo que podría hacer para dejar de beber, pareciera sin pensar en ellos mismos.

Los sentimientos de angustia, ira, culpabilidad, llevan a la búsqueda de ayuda impulsando a los familiares a acudir a Al-Anon, dentro del grupo ven que tienen que cambiar su forma de pensar antes de poder abordar con éxito el problema de la vida. En Al-Anon se aprende a enfrentar la obsesión, la angustia, la ira, la negación y los sentimientos de culpa y por medio de la hermandad se aligeran las cargas emocionales al compartir la experiencia con los demás. Se deja de insistir en el alcohólico para insistir en sí mismos (Al-Anon, 1997).

Los Doce Pasos.

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios (según el propio entendimiento de él).
4. Sin temor, hicimos un minucioso y sincero examen de conciencia.
5. Admitimos ante dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.

9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicando a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas, al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios (según el propio entendimiento de él), y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Las Doce Tradiciones.

1. Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia; el progreso individual del mayor número depende de la unión.
2. Existe una autoridad fundamental para regir los propósitos del grupo: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son tan sólo fieles servidores y no gobiernan.
3. Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse Grupo de Familia Al-Anon, siempre que, como grupo, no tenga otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o amigo con un problema de alcoholismo.
4. Cada grupo debiera ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos, o a Al-Anon, o AA en su totalidad.
5. Cada Grupo de Familia Al-Anon persigue un solo propósito: prestar ayuda a los familiares de alcohólicos. Logramos esto practicando los Doce Pasos de AA nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo, y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de los alcohólicos.
6. Nuestros grupos, como tales, jamás debieran apoyar, financiar, ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar que problemas de dinero, propiedad o

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- prestigio nos desvien de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aun siendo una entidad separada, deberíamos cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.
7. Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y, por tanto, debe rehusar contribuciones externas.
 8. Las actividades prescritas por el duodécimo Paso en Al-Anon nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.
 9. Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables ante las personas a quienes sirven.
 10. Los Grupos de Familia Al-Anon no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
 11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener siempre el anonimato personal en la prensa, radio, televisión y el cine. Debemos proteger con gran esmero el anonimato de todos los miembros de AA.
 12. El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas.

Los grupos de autoayuda como Al-Anon dan alivio empezando por la aceptación de tener un problema y por el desahogo al hablar de ello con otras personas que lo comparten, también brinda esperanza. Sin embargo, la aceptación y el reconocimiento siempre es el primer paso para iniciar un trabajo personal, el cual, dentro de los grupos de Al-Anon, no continúa y se queda a nivel de "desahogo".

Es muy importante la parte de responsabilizarse de su propia vida, siendo esto algo que observan en estos grupos; aunque el reconocer y tratar de corregir sus "faltas" puede ser difícil, cuando no se conoce de donde viene y cual es el motivo de mis actos, pensamientos, sentimientos, actitudes y emociones, y cuando puede haber sentimientos de culpa siempre cubiertos si no se trabaja esta parte.

Por otra parte, el tema del que se habla en las sesiones está determinado por sus libros de lectura diaria, esto significa que muchas veces no se trabaja el aquí y el ahora con la relación en el pasado.

Es frecuente que las mujeres que participan en estos grupos salgan con emociones "a flor de piel" de las sesiones, que lleguen así a sus casas y que no sepan que hacer con esas emociones ya que no hay un acomodo.

Se puede decir que se trabaja desde la siguiente cadena: se habla del tema, esto baja la ansiedad, lo que lleva a "sobrevivir" y convivir con el alcohólico.

A partir de estos datos, las autoras creen conveniente realizar un trabajo más profundo con las mujeres codependientes. En donde se pudieran abrir emociones y sentimientos desde el aquí y el ahora, relacionándolas con lo aprendido en la infancia (conociendo el porque) y finalmente acomodando estas emociones de tal forma que se pueda continuar con la vida con menos dolor emocional.

Para este tipo de trabajo un taller educativo-terapéutico es adecuado pensando en que reaprenden, cambian y aclaran creencias o conceptos erróneos sobre la forma de relacionarse. Pero también pueden hacer un trabajo psicoterapéutico grupal limpiando "heridas" emocionales muy profundas.

Se usará como enfoque de trabajo psicoterapéutico a la psicoterapia Corporal, la cual se caracteriza por intervenir en todos los planos basándose en una teoría de la personalidad. Se basa en la idea de que el ser humano es mente-cuerpo y la infinita relación entre los estados emocionales en el cuerpo y la mente.

Ortiz (1999) define a la psicoterapia corporal a cualquier forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente el movimiento, la respiración, la postura o el contacto físico, en el contexto de una relación profesional, con el fin de propiciar la expresión de emociones, la

ampliación de la conciencia, alivio al sufrimiento, mayor capacidad de sentir placer, y en general crecimiento y desarrollo personal.

De este enfoque se derivan varias técnicas, se usaran para este taller el Método Hakomi (de Ron Kurtz), la Psicología Funcional del Sí (de Luciano Rispoli) y la Bioenergética (desde Alexander Lowen).

Todas las psicoterapias corporales, o al menos, todas las que conocemos se han derivado del trabajo de Wilhelm Reich. Utilizan tanto conceptos de Reich propuso como variaciones de las técnicas que él empleó. Muchos de los conceptos, métodos y técnicas que él utilizó se han refinado, pero muchas de las formas supuestamente nuevas de trabajar podrían llamarse variaciones sobre un tema de Reich (Ortiz, 1999).

Alexander Lowen fue discípulo y paciente de Reich. Junto con John Pierrakos fundó el Instituto de Análisis Bioenergético en Nueva York. De esta forma y con las publicaciones de Lowen, la bioenergética se hizo sinónimo de psicoterapia corporal. Esta forma de psicoterapia se basa en un modelo de conflicto entre instancias psíquicas entre impulsos y defensas o entre capas o aspectos de la persona; supone que hay partes defensivas de la persona (coraza caracterológica) que cubren o se oponen a aspectos auténticos y profundos que pueden ser "sobreactuados" desde la coraza (Ortiz, 1999).

Ortiz en 1999 comenta que desde la bioenergética es necesario tocar y movilizar las emociones desde el cuerpo, para llegar al verdadero ser, jugando el término de energía un papel muy importante, ya que se carga el cuerpo de energía para fomentar la expresión intensa de emociones y así lograr el cambio como meta. Se utilizan técnicas para conseguir estos objetivos la hiperventilación, las posturas que producen carga de energía en zonas específicas del cuerpo, movimientos expresivos fuertes y repetitivos (golpear, gritar, patear).

Estas formas de trabajo siguen siendo las más conocidas; la experimentación de estos métodos permite darle valor al trabajo con el cuerpo. Sin embargo, para Ron Kurtz y Luciano Rispoli, existía mucha violencia y agresión, creando el método Hakomi y la

Psicología Funcional del Sí, respectivamente. influidos por Carl Rogers, quién aboga por una actitud de aceptación, respeto y empatía hacia los pacientes.

Estas dos formas de dar psicoterapia tienen como características la toma de consciencia (en Hakomi se denomina consciencia plena); tratan de recrear experiencias que, en tiempo presente, remedien carencias en la historia de las personas; para llegar a estas metas, se ha de establecer una relación terapéutica donde el que acude a consulta se sienta seguro y coopere, así, el inconsciente (para Kurtz) o más allá de lo racional (para Rispoli).

El método Hakomi considera que los seres humanos estamos organizados por creencias, imágenes y memorias llamadas material nuclear, "en el corazón de uno mismo". El material nuclear dirige nuestras percepciones y acciones, actitudes y hábitos. Este método permite a las personas cambiar su modo de estar en el mundo a través del trabajo con el este material nuclear, cambiando las creencias (Kurtz, 1990).

Este método consiste, básicamente, en crear una relación que permite al cliente establecer un estado de plenitud de consciencia, evocar experiencias en ese estado y procesar las experiencias evocadas. De esta forma se trabaja con el material nuclear y permite la comprensión y el cambio. Utiliza como herramientas (Kurtz, 1990):

- ψ Frases de Sondeo. Ejemplos: "observa qué pasa en tu cuerpo si te digo....", "qué cambia si te digo...." (verbales); contacto suave, acción del terapeuta, cambio postural (no verbales).
- ψ Hacerse Cargo. Ejemplos: pedir al cliente que trate de golpear con el puño, mientras el terapeuta contiene su brazo con el fin de hacerse cargo de la parte que al cliente le impide sacar el enojo (activa); cuando el cliente está haciendo algo sin darse cuenta como acariciarse ella misma un brazo, y el terapeuta lo hace por ella (pasiva), cuando el terapeuta asume una voz que la cliente dice que "escucha" (piensa) en una situación específica o que le viene a la cabeza como pensamiento ante una tensión física (verbal).

La Psicología Funcional de Si, se basa en que la manera en que nos percibimos, los eventos vivenciados, el modo de captar introspectivamente nuestra psique es la representación del si, la cual está contenida en nuestra consciencia e inconsciencia. Esta representación tiene que ver con la manera en que se vivió la satisfacción de necesidades infantiles básicas (experiencias básicas del si), y da la forma en que están comprendidos 4 planos que agrupan funciones específicas del ser humano (Rispoli, 1993):

- ψ Plano Emocional.
- ψ Plano Postural-Muscular
- ψ Plano Fisiológico
- ψ Plano Cognitivo-Simbólico.

Desde este modelo, se trabaja con una entrevista inicial que permite hacer un diagrama de la forma en que se representan las funciones del ser humano, esto es, cuales en mayor o menor grado, cuales escondidas o expuestas; el trabajo terapéutico tendría como objetivo equilibrar lo más que se pueda todas los planos. Se hace mucho uso de contacto físico para ir reforzando experiencias básicas del si que llevaron a la baja presencia de alguna función. Ejemplo: el cliente se sienta en las piernas del terapeuta para cubrir necesidades como contacto, ser sostenido y cargado, y dice frases como "no tienes que hacer nada para que yo esté contigo, reforzando o cubriendo necesidades como soltar el estado de alerta, la aceptación y el estar por estar.

La bioenergética tiene una caracterología que explica tipos de corazas, el método hakomi también tiene una lista que engloba algunos tipos de "estrategias de sobrevivencia" (Kurtz) según el material nuclear; a diferencia de estos dos, el funcional del si no usa un diagnóstico como tal, interviene a partir del esquema de funciones (representación del Si).

Estas tres formas de psicoterapia corporal cuentan con características que permiten su uso en una sola persona dentro de su proceso y en ambas se incluye fuertemente el cuerpo. Considerando que para la codependencia, el uso de los tres métodos de psicoterapia permitirá la expresión de emociones, la comprensión de el propio modo de estar en el

mundo, el cambio en creencias y reconstrucción de funciones al experimentar experiencias de necesidades infantiles.

3.2 Taller "Rompiendo las cadenas del alcoholismo".

3.2.1 Módulo 1. Autoestima y Autoconcepto.

¿Qué es el Autoconcepto?

El autoconcepto es la forma en que cada persona se valora y evalúa a sí misma. existen dos elementos importantes que lo constituyen y son la confianza y la seguridad que tienen las personas a sí mismas, esto conduce a la autoestima.

El autoconcepto se va desarrollando desde los primeros meses de vida con la relación que tiene el bebé con su madre. es por esto, que la aceptación de los hijos tal y como son, aceptando sus características tanto físicas como psicológicas, y no como desean los padres que sean sus hijos, constituyen la base de un buen desarrollo psicológico.

La percepción que tenga el niño sobre alguna inconformidad o rechazo sean o no manifestados abiertamente, afectarán la autoestima y el autoconcepto, por lo que se devaluará y se sentirá inseguro y temeroso para enfrentarse al mundo.

La confianza estará establecida cuando el niño pueda enfrentar y resolver situaciones difíciles o nuevas, en las que utilizará sus recursos tanto internos como externos, sin la necesidad de que sus padres estén presentes. es por ello, que los padres deben de observar las potencialidades y dificultades que puedan tener con el objetivo de darles orientación y apoyo. El fomentar sus cualidades y modificar sus defectos es parte también de brindarle confianza (Jaimes, 2000).

El autoconcepto es determinante de la conducta, ya que esto influye para que el ser humano desarrolle sus capacidades; es decir, desde que nace, requiere sentirse querido,

protegido y aceptado, lo que hará que se encuentre bien; por lo tanto, hay una relación muy importante entre el afecto, la seguridad, y la autoestima y el autoconcepto.

Tamayo (1982), por ejemplo, lo entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinámicos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Rogers (1975) menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo que son parcialmente conscientes; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente.

Fitts (1965), a su vez, señala que el autoconcepto es la imagen que el sujeto tiene de sí mismo.

Por otra parte, la autoestima está ligada al autoconcepto y se refiere al valor que se confiere al yo percibido, y se considera que puede ser la parte afectiva del autoconcepto. Aunque estos dos términos están muy relacionados, es conveniente dar algunas definiciones para apreciar la diferencia que existe entre ellos.

McGuigan (1974) afirma que la autoestima se basa en el mantenimiento de las relaciones objetales durante la niñez y contribuye a su vez a la formación del yo moral. Para Rosemberg (1977), la autoimagen es un aspecto de la psicología del individuo y desempeña un papel muy importante en la formación de sus ideas, sentimientos y conducta. Ahora bien, para este autor la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular.

El sí mismo tiene dos connotaciones diferentes. Así como la alta autoestima expresa el sentimiento de que uno es lo "suficientemente bueno", la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio a sí mismo.

La autoestima con frecuencia se usa como sinónimo de autoconcepto; sin embargo, mientras que la primera tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación con respecto a la capacidad, prosperidad y valor del sí mismo, el autoconcepto se refiere a la colección de actitudes y a la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales.

Tanto el autoconcepto como la autoestima son definidas por varios autores desde muy distintas concepciones, pero casi todos ellos coinciden que el autoconcepto y la autoestima tienen referencias con la imagen de sí mismo (self).

La autoestima se determina por la realización de otros elementos como el yo físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica (Fitts, 1965), en tanto que el autoconcepto es la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto.

Para Pérez-Mitre (1981), la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo; se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados. En este sentido, se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social.

Coopersmith (1976) considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos. Así, los componentes del self (el sí mismo) para dicho autor son los mismos que los de las actitudes: un aspecto afectivo que se equipara con la autoevaluación y el aspecto connotativo que representa la conducta que se dirige hacia uno mismo. Este autor ha venido desarrollando un programa sistemático de investigación y señala la importancia que para el desarrollo de la autoestima en los niños tiene la interacción con sus padres. Así, ha encontrado que el nivel de autoestima, ya sea alto o bajo, se relaciona principalmente con tres condiciones: 1) debe existir la total aceptación del niño por parte de los padres, 2) es

necesario que reciban instrucciones claras y definidas, evitando ambigüedades, y 3) debe haber respeto por la individualidad del niño. También, ha hallado una relación directa entre los métodos de crianza y la autoestima, así como entre la autoestima de los padres y de los hijos.

Un padre con baja autoestima espera fracasar en la vida, pues anticipa rechazo; es débil y pasivo, escatima el amor y atención hacia sus hijos, y esto, dice Coopersmith (1976), quita la oportunidad a los hijos de enfrentarse a la vida con seguridad en sí mismos y con la fuerza de voluntad necesaria.

Siguiendo con este mismo autor, afirma que los individuos con elevada autoestima se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito, aceptan sus opiniones/crédito y manifiestan confianza en sus relaciones, mostrando mayor independencia social y creatividad, lo que los conduce a comportamientos más asertivos.

La autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo *mi*, que consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma. Dicho concepto se forma a través de la experiencia siguiendo el mismo proceso de abstracción utilizado en otras áreas de la experiencia. A su vez, el autor indica que:

"no existe una abstracción a priori efectuada acerca de sí mismo, aparte de lo anterior, a la experiencia personal; no hay un objeto material que exista a partir de tales experiencias y que deba ser descubierto, explorado y desarrollado si el individuo ha de conocerse mejor y conoce mejor sus capacidades" (p. 20 Coopersmith, 1976).

Para efectuar tal abstracción, el individuo considera las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución.

Sherif y Sherif (1969), al hablar sobre la autoestima, argumentan que ésta se forma como un resultado que tiene el individuo de la internalización de las normas y los valores del grupo social y de su adecuado desempeño, ya que todas las agrupaciones humanas poseen un conjunto de normas, valores y costumbres que expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad. Es a través de este conjunto de elementos que las actividades sociales y económicas son reguladas. Sin embargo, esta posición puede ser cuestionable, pues hay quienes no encajan en los valores de un grupo social y cuentan con una autoestima elevada.

Este mismo autor señala que el self constituye un sistema muy complejo de relaciones; está formado por diversas experiencias y considera extensiones diversas y numerosas manifestándose tanto en los objetos externos (el cuerpo) como internos, y se basa en diferentes niveles y tipos de capacidades para enfrentarse con el medio. Es, por lo tanto, según este autor, multidimensional.

Con base en lo anterior, se podría pensar que la autoestima lograría reflejar esta multidimensionalidad, suponiendo que el individuo se valora más o menos en las diversas y numerosas extensiones que posee, y de acuerdo a los diferentes niveles y tipos de capacidades que el sujeto percibe como propias para enfrentarse al medio. Es así como a partir de todas sus manifestaciones externas, según el autor, se determina el nivel de autoestima del individuo.

Por otro lado, Reidl (1981), en una investigación sobre la estructura factorial de la autoestima en mujeres del sur del Distrito Federal, encontró que la autoestima es muy importante en la vida de los seres humanos y que puede entenderse como una actitud hacia el self con las dimensiones negativa y positiva de evaluación. También argumenta que la angustia y la autoestima se encuentran muy relacionadas; si es la amenaza la que produce la angustia, la que está siendo amenazada es la autoestima de la persona. La importancia de la autoestima en cuanto a la experiencia personal y la conducta interpersonal, a la búsqueda de la aprobación y posición social- surge en gran medida del deseo de mantener una autoevaluación positiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El autoconcepto ha sido estudiado por varias aproximaciones, entre las que destacan el psicoanálisis, el conductismo y algunos teóricos del campo de la psicología social.

Freud (1938), con su teoría psicoanalítica, ayudó al desarrollo del concepto del self, definiéndolo como la evaluación subjetiva de un individuo, como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién y qué es. El yo representa una organización cuya función es evitar el sufrimiento y dolor al oponerse o regular la descarga de los impulsos con el fin de adaptarse a las exigencias del mundo externo.

Entre los seguidores de esta corriente, a Horney (1973) le parece importante el descifrar la comprensión del triple concepto del yo: el yo actual, como la suma total de la experiencia del individuo; el yo real, que es una fuerza central interna o principio común a todo, pero que es único en cada individuo, y el yo idealizado, que es únicamente una manifestación neurótica.

Horney (1973) señala que la ansiedad tiende a generar baja autoestima, la que determina una cadena compleja de hechos psicológicos que produce, entre otras consecuencias, el odio y el desprecio hacia sí mismo. Para hacerle frente a la ansiedad, se retrae al mundo de la imaginación en donde crea una imagen idealizada que le da una sensación de fuerza y confianza.

Dicha imagen es tan admirable y halagadora que cuando el individuo la compara con su sí mismo real, este último resulta opaco e inferior a aquella. en consecuencia, surge odio y desprecio hacia él.

Erickson (1976) argumenta que el yo continúa adquiriendo nuevas características a medida que encuentra otras situaciones a través de la vida. Mueve también el centro de interés del psicoanálisis en la patología de la salud al proporcionar un cuadro de cómo puede el yo desarrollarse en general de manera sana en un ambiente. Escoge al yo como el

instrumento por el cual una persona da la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa, e integra las capacidades de orientación y planteamiento. Este yo positivo produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar.

Maslow (1970) ha desarrollado una teoría de motivación de la conducta humana en la que incorpora el trabajo de Freud y de los conductistas. Explica que la autorrealización es una de las necesidades básicas del hombre y que son pocos los que llegan a obtenerla completamente; considera a tales necesidades, al mismo, tiempo, instintivas e invariables. Piensa, además, que el ser humano es esencialmente bueno y que la sociedad en la que se desarrolla le niega el derecho de satisfacer sus necesidades innatas.

Por su parte, Rogers (1975), en su teoría de la personalidad y el desarrollo de la neurosis, señala que el ser humano busca experiencias agradables por medio de una tendencia a la autorrealización y un proceso de valorización que este autor considera como un impulso innato.

El conflicto surge porque la necesidad de apreciación positiva puede entrar en conflicto con la tendencia hacia la autorrealización si una persona sustituye sus propios valores innatos por los de los demás: es decir, si tiene una necesidad de autorrespeto orientado hacia la sociedad a expensas de sus propios procesos innatos.

Se cree que el valor asignado a uno mismo es determinante en la manera de ser de cada quien. Un autoconcepto alto o positivo dará como resultado que la persona llegue a tener éxito en sus actividades por la seguridad que aquel genera. Por el contrario, quien posee un autoconcepto bajo o negativo puede no ser capaz de concluir cualquier labor o trabajo debido a su inseguridad o confusiones.

Por otro lado, la autopercepción del cuerpo está unida al aspecto físico, y de alguna manera proporciona ideas en cuanto al autoconcepto y la forma de comunicarse con los demás. Se piensa que existen ocasiones donde importa más de lo que debiera el hecho de

crear "buena impresión"; esto se debe a que al individuo le interesa en exceso lo que piensan los demás de él e ignora lo que realmente es.

Aunque el individuo únicamente imagine que los demás aprueban su conducta, ello puede ser suficiente para que aumente la positividad de su autoconcepto. Cuando la persona percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve a sí misma como un ser socialmente inaceptable y esto se convierte en un aspecto dominante en su percepción del yo.

La depresión tiene un papel muy importante, ya que una baja autoestima da como resultado que las personas estén más propensas a expresar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento, y, como consecuencia, recurran a ingerir drogas y alcohol, siendo ésta una manera de evadir la realidad que viven. Se ha encontrado en los estudios hechos con farmacodependientes que estas personas muestran sensaciones de inferioridad. Por último, una persona con bajo autoconcepto es hipersensible a la crítica, al ridículo o al castigo.

Tschirhart y Donovan (1991) han realizado estudios que han mostrado repetidamente patrones muy preocupantes en las mujeres: falta de autoestima, inhabilidad para poder controlar sus vidas, vulnerabilidad a la depresión y tendencia a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son.

En dicho trabajo, las autoras escriben acerca de muchas mujeres para quienes su vida y su felicidad han sido constreñidas por su falta de autoestima, y se cuestionan cómo y por qué tantas mujeres se ven a sí mismas como menos capaces, menos brillantes, menos valiosas de lo que realmente son, y qué efectos hay entre la baja autoestima de las mujeres y cómo se relacionan ellas con los alcohólicos.

La exploración de la autoestima y experiencia con las mujeres se apoya, para estas autoras, en cuatro premisas. La primera: "La baja autoestima de las mujeres es el resultado de una larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad". La segunda: "La baja autoestima es el detonador de muchos de los problemas psicológicos que plagan a

la mujer de hoy". La tercera: "Se ha encontrado que la baja autoestima tiene relación con el aumento de los problemas psicológicos: las mujeres se ven menos capaces, menos creativas e inútiles. Con esto se facilita que siga existiendo la opresión de la mujer en un mundo dominado por los hombres"; y la cuarta: "El desarrollo de la autoestima de la mujer, en el nivel individual, es necesario para el avance de la mujer como grupo". Concluyen, pues, que los primeros años del ser humano son muy importantes para su autoestima.

El autoconcepto lo envuelve hasta el final de su vida, pero también tales niveles de autoestima pueden cambiar a través del tiempo; por lo tanto, si ésta fue sólida y la persona adquiere el sentido del sí mismo, manifestará una coherencia ética y de valores.

Cuando se es niño se necesita sentir que se es importante para los padres, lo que se percibe agudamente; si se piensa que no se es, entonces la autoestima decrece. Una persona que nunca adquirió el sentido del sí mismo puede sufrir culpa y lamenta haber nacido.

Los seres humanos comunican lo "correcto" de la existencia a los niños mucho antes del lenguaje hablado; el niño siente la suavidad del tacto y la manera como lo sostienen; para él es la primera pista y le da un significado. Aprende las cosas placenteras y las que no lo son, la tensión o la infelicidad, y cuando no se le proporciona afecto, calor, amor o alimento puede sentirse abrumado por la ansiedad.

Para Rogers (1975) cada uno de nosotros tiene una forma diferente y única de percibir el mundo. Lo importante para la persona es el concepto que tiene de sí misma, son el conjunto de percepciones que se tienen sobre uno mismo; características que la persona asume como parte de ella. La persona tiene una tendencia hacia la actualización, a la mejora, al progreso: todo lo que la persona hace, lo hace para mejorar –pero cada persona tiene su propia idea de lo que es mejorar. Para él, la tendencia a la actualización es algo biológico, no psicológico. Es inherente a la condición de ser.

Dentro del autoconcepto (self) ponemos las cosas que vemos de nosotros mismos –o creemos ser– y cosas provenientes de las relaciones con los otros (soy sociable, hago

amigos fácilmente). También incluye cosas que queremos ser y lo que creemos que tendríamos que ser. Según la divergencia entre lo que vemos que somos, lo que nos gustaría ser y lo que creemos que tendríamos que ser, se puede sufrir (me gustaría ser... y no lo soy, me gustaría ser como..., mis padres me han dicho que tendría que ser...).

La autoestima y el self se desarrollan a lo largo de la vida, pero principalmente en la infancia, con la interrelación con los padres. Por ejemplo si siempre te decían que eras un niño malo, acabarás siéndolo, por el contrario si te decían que eras malo pero que te querían así, no será lo mismo.

El self se construye a partir de la socialización. Hay tres componentes básicos, necesarios para construir un self positivo:

- ψ Necesidad de refuerzo positivo y autoconsideración positiva: todo ser humano tiene la necesidad de ser querido. De niño se consigue haciendo cosas para que los padres te reconozcan, te den refuerzo positivo; por eso el aprendizaje es emocional, se hace para conseguir emociones positivas.
- ψ Refuerzo positivo incondicional: ir especificando en que situaciones el niño recibirá el refuerzo positivo. Es decir, los padres le pondrán límites al niño al sólo darle refuerzo cuando hace cosas "buenas". Los niños necesitan límites, si no se hunden en la confusión, no tienen seguridad. El peligro se da cuando se le dice a un niño que SÓLO será querido cuando haga cosas buenas.
- ψ Refuerzo negativo incondicional: necesario para evitar el peligro anterior. Los padres te dicen qué has hecho mal, pero no te rechazan. Te quieren siempre por lo que eres, no sólo por lo que haces.

Gergen (1971) asegura que la dependencia del reforzamiento ayuda a seleccionar un concepto de otro en una situación particular, ya que cuando la persona es alabada por haber realizado esfuerzos está siendo reforzada en ese momento en términos positivos.

El autoconcepto es muy importante ya que determina ciertos comportamientos. Desde que el individuo nace le es sumamente significativo sentirse querido, protegido y aceptado; esto hace que, en tanto se le proporcionen tales estímulos, elevará su autoestima. Por ende, existe una muy estrecha relación entre el afecto con la seguridad y el nivel de autoestima; así, a medida que el individuo crece, aumenta o disminuye su autoestima dependiendo de la obtención de dichos afectos.

NECESIDADES AFECTIVAS INFANTILES.

El vínculo consiste en una unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. El llanto y la risa ponen en contacto a los niños con quienes los cuidan. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida; por ejemplo, si un niño es separado de su madre y, tras esa situación no establece un vínculo seguro, se perturbará su desarrollo posterior.

Es probable que sucesos traumáticos que se producen durante la infancia, tales como los abusos físicos o la malnutrición, afecten al desarrollo y al comportamiento de una forma negativa. Experiencias menos extremas también tienen su influencia, pero sus efectos pueden ser temporales y menos llamativos. Se ha demostrado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo, y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro.

El niño, al nacer, no es capaz de considerarse a sí mismo como separado de su madre. Ambos coexisten en un estado de unidad mutua que ha sido designado por Benedek "simbiosis emocional" y por Mahler "fase simbiótica" (citados en Turner, 1986). Freud denominó a este estado "narcisismo primario" ya que el lactante sentiría placer o dolor, pero sin saber si se originan interna o externamente. De un modo gradual llega a establecer la distinción entre lo interno y lo externo y al hacerlo transferirá parte de sus sensaciones que en un principio eran indiferenciadas, al objeto externo.

Así por ejemplo la sensación interna de placer que siente un lactante cuando recibe alimento se transformaría en amor hacia el objeto que lo proporciona por el pecho o por el biberón. En este estadio el lactante ve tan sólo el pecho (objeto parcial), sin saber aún que es parte de la madre (objeto total). Aquí las pulsiones que buscan placer (por ejemplo la de mamar) son satisfechas "apoyándose" en las pulsiones conservadoras de la vida (la nutricia).

Entonces podemos decir que el lactante tiene un Yo unitario, que se desarrollaría normalmente, si recibía cuidados maternos suficientemente "buenos" pero de no ser así se escindiría como autodefensa, por el entorno insatisfactorio; y podría serlo según Winnicott, (1945) de cuatro modos:

- Ψ La necesidad de amor por parte del lactante no sería satisfecha y el niño se apartaría.
- Ψ El lactante teme el choque con el objeto malo y se apartaría.
- Ψ El bebé es descuidado o abandonado.
- Ψ El niño se aparta como respuesta a la vulnerabilidad de su madre.

Para Fairbairn (citado en Turner, 1986), los cuidados maternos suficientemente buenos que son precisos para un desarrollo unitario del Yo, poseen dos componentes: uno de "ser" y otro de "hacer"; así pues lo que el lactante necesitaría es experimentar un "sentimiento básico de ser" o de "ser en relación" mediante la simbiosis con un adulto que le resulte asequible, una vez establecido esto, ese Yo puede comenzar a evolucionar y a interactuar con el entorno animado e inanimado, desarrollando su sentimiento de sí mismo

La teoría de Freud sostiene que una personalidad sana requiere satisfacer sus necesidades instintivas, a lo que se oponen el principio de realidad y la conciencia moral, representados desde una perspectiva estructural por las tres instancias de la personalidad: el ello (fuente de los impulsos instintivos), el yo (instancia intermedia, que trata de controlar las demandas del ello y las del superyó adaptándolas a la realidad) y el superyó (representación de las reglas sociales incorporadas por el sujeto, especie de conciencia moral).

Finalmente existen necesidades básicas infantiles, que según Rispolli (1993) deberían ser cubiertas para que el ser humano funcione óptimamente en cuatro áreas básicas: cognitiva, emocional, fisiológica y postural. Estas necesidades, entre otras son:

- ψ El alimentarnos, que produce una sensación de placer interna saciedad, pero también es un momento en que somos vistos, tocados, cargados.
- ψ La necesidad de ser cargado que es muy importante para el desarrollo del ser humano, esto hace que el niño perciba la protección, puede relajarse. estar, esto en el futuro nos lleva a poder tener confianza en otras personas.
- ψ La necesidad de poder estar que esto se relaciona con ser cargado, por que sé que con mamá puedo estar segura, me relajo, me abandono sin tener que estar en alerta y tener un sentimiento de inseguridad.
- ψ La necesidad de tomar y dar donde el bebé toma de los que le rodean alimento. caricias, afecto y así los padres entonces reciben tan solo con dar al bebé por que experimenta el placer del bebé cuando este recibe.
- ψ La necesidad de contacto donde el bebé puede percibir el contacto como algo afectivo que está lleno de emociones de alegría, ternura, sin embargo, también puede sentir que aunque esté en brazos de mamá ella no esta (está haciendo otra cosa, lavando trastes, leyendo una revista, pensando).
- ψ La necesidad de ser contenido como cuando un bebé hace berrinche, lo que quiere es la atención de la madre y como no sabe cómo pedirlo esto hace, la madre lo puede abrazar y tal vez se enoje y patalee, después comienza a llorar, hasta que se calma, esto que la madre hace es contener.

ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO.

Las dos cuestiones críticas para los psicólogos infantiles son: primero, determinar cómo las variables ambientales (el comportamiento de los padres, por ejemplo) y las características biológicas (como las predisposiciones genéticas) interactúan e influyen en el comportamiento; y segundo, entender cómo los distintos cambios en el comportamiento se interrelacionan.

Para estudiar la constitución de la identidad de género hay que tomar en cuenta:

1. Los discursos (ciencia, religión, tradición, educación, político, legal) que establecen lo que es y debe ser un hombre o una mujer.
2. Las representaciones de género.
3. Las instituciones de socialización que transmiten, refuerzan o difunden los discursos de roles, normas, valores, estereotipos concernientes a la masculinidad (familia, grupos vecinales, escuela, medios de comunicación, centros de trabajo, centros religiosos, normatividad jurídica).
4. Relaciones sociales en las que las representaciones de género son reproducidas, revisadas o cuestionadas por los actores sociales.

Spence (1993, citado en Fuente, et al., 1997), afirma que la identidad de género (el sentido psicológico básico de pertenencia a su propio género), en la mayor parte de las personas, se desarrolla en la primera infancia y se mantiene a lo largo del ciclo vital como un aspecto central de la identidad. Sin embargo, incluso aquellas personas que tienen una identidad de género fuerte y consistente, no exhiben todos los atributos, habilidades, intereses, actitudes, conductas, pensamientos, emociones, sentimientos, que podrían esperarse de acuerdo con las descripciones y prescripciones que la sociedad asigna a su género.

Así, los hombres y las mujeres tenderían a usar las características que poseen, congruentes con su género, para mantener su identidad de género, mientras que conceden menos importancia a las características que no poseen o a las que sí poseen, pero son incongruentes con su género (Fuente, et al., 1997).

El análisis de un gran número de estudios revela que los padres estimulan las actividades típicas de género en los juegos y en los diversos quehaceres. El aprendizaje social es tal vez la base de la adquisición de la identidad de género y de los patrones de comportamiento.

Las actitudes, valores y conducta de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos influyen en el comportamiento y actitud de los padres.

El comportamiento y las actitudes de los padres hacia los hijos es muy variada, y abarca desde la educación más estricta hasta la extrema permisividad, de la calidez a la hostilidad, o de la implicación ansiosa a la más serena despreocupación. Estas variaciones en las actitudes originan muy distintos tipos de relaciones familiares. La hostilidad paterna o la total permisividad, por ejemplo, suelen relacionarse con niños muy agresivos y rebeldes, mientras que una actitud cálida y restrictiva por parte de los padres suele motivar en los hijos un comportamiento educado y obediente. Los sistemas de castigo también influyen en el comportamiento. Por ejemplo, los padres que abusan del castigo físico tienden a generar hijos que se exceden en el uso de la agresión física, ya que precisamente uno de los modos más frecuentes de adquisición de pautas de comportamiento es por imitación de las pautas paternas (aprendizaje por modelado), similar al alcoholismo en la familia.

3.2.2 Módulo 2. Dependencia y Codependencia al Alcohol.

El alcoholismo, también conocido como "síndrome de dependencia al alcohol," es una conducta que se caracteriza por los siguientes elementos:

- ψ Deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.
- ψ Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- ψ Dependencia física: la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un periodo de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- ψ Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse endrogado o intoxicado.

Entenderemos por conducta alcohólica (dependencia al alcohol o alcoholismo) la presencia de una necesidad fuerte y compulsiva de ingerir alcohol; la falta de control en la ingesta una vez iniciado el consumo; el aumento progresivo de la cantidad de alcohol

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ingerida para llegar a la intoxicación y para aliviar malestares como: vómitos, temblores, sudor y ansiedad cuando se ha dejado de beber después de consumir grandes cantidades.

La codependencia es una condición específica que se caracteriza por una preocupación y una dependencia excesivas (emocional, social y a veces física), de una persona, lugar u objeto. Eventualmente el depender tanto de otra persona se convierte en una condición patológica que afecta al individuo en todas sus relaciones (Lyles de Reagan, 2001).

El codependiente pierde la conexión con lo que siente, necesita y desea. Si es dulce y agradable aunque no lo sienta, es porque busca aceptación. Cree que su valor como persona depende de la opinión de los demás. Da más importancia a los demás que a sí mismo. Se crea un yo falso, pues en realidad no está consciente de quien es y está tan desconectado de sus propios sentimientos, que asume la responsabilidad por las acciones de los demás. Se avergüenza por lo que hacen otras personas y toma las cosas de una manera personal. Invierte una enorme cantidad de energías en mantener una imagen o un estatus para impresionar porque su autoestima es muy baja, ya que depende del valor que los demás le otorgan (Lyles de Reagan, 2001).

Para Giddens (1995), la persona codependiente es alguien que, para reforzar cierto sentido de seguridad, necesita otro individuo o conjunto de individuos para definir qué es lo que él o ella desean; es decir, él o ella no pueden sentir confianza sin dedicarse a las necesidades de los demás.

La codependencia también se usa para denominar el ámbito familiar en donde hay alguna dependencia. El sistema familiar codependiente es un problema de fusión en las relaciones interpersonales, donde se confunden las responsabilidades, las emociones y la posibilidad de ser de cada miembro. La fusión emocional y la no-diferenciación de los individuos, promueve que unos a otros se cancelan y se nulifiquen en la familia. Con este patrón de descalificación mutua, se sostiene la coadición de la familia, la disfunción es cada vez mayor y los individuos son cada vez más vulnerables. La codependencia progresa

y surgen síntomas como enfermedades físicas, o como el uso de drogas en los miembros coadictos de la familia.

Se entenderá por codependencia al alcohol, al comportamiento de una persona que gira en torno a la dependencia al alcohol de otra y que lleva a una pérdida de la identidad para ocuparse de la vida del alcohólico, con la peculiar característica de la hipertolerancia al sufrimiento emocional.

La relación sana: Soy responsable de	La relación codependiente: Soy responsable de
Mis pensamientos	Tus pensamientos
Mis sentimientos	Tus sentimientos
Mis acciones	Tus acciones
Eres responsable de	Ere responsable de:
Tus pensamientos	Mis pensamientos
Tus sentimientos	Mis sentimientos
Tus acciones	Mis acciones

FAMILIA ALCOHÓLICA.

El sistema familiar, cuenta con características que permiten un patrón específico de comportamiento (como con el alcoholismo). Estos ejes permiten conocer este patrón y son dinámica familiar, jerarquías, límites, alianzas, coaliciones, centralidad, geografía, roles, comunicación, normas y valores (explicados en el capítulo uno); pero agregamos el de Totalidad que dice que por ser más que la suma de sus partes, tienen la particularidad de alterarse si se modifica el comportamiento de uno de sus elementos, pero no bajo la causalidad, sino como el movimiento de todas las características anteriores (González, 1993).

Por otro lado, la familia atraviesa por un ciclo vital a partir del cual la estructura familiar se ve modificada y cuentan con expectativas y problemáticas específicas (Minuchin, 1991):

1ª Etapa: la Pareja en Formación. Esta etapa es usualmente vista por las personas como una transición al gozo y al placer sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades. Este evento es visto por muchas personas como una meta, más que como un proceso y una meta en la se que llega a la felicidad eterna.

2ª Etapa: la Familia con Hijos Pequeños. En esta etapa hay una modificación sustancial de los roles y tareas a desarrollar con su pareja. Ahora forma un nuevo subsistema parental y parte de sus funciones consiste en el establecimiento de una relación con sus hijos sin perder su relación de pareja. Al nacimiento del hijo, además de los problemas de sobreinvolucración, la pareja tiene que adaptarse a una realidad diferente a la falta de prevacía temporal y de necesidades de un tercero que tiene que ser asimilado al sistema.

3ª Etapa: La Familia con Adolescente. Esta etapa es critica en el desarrollo de la familia ya que la estabilidad del sistema se pone a prueba porque una de las características de los adolescentes es el reto a los valores establecidos de sus padres y de la sociedad en general. La presencia de los adolescentes implica un mayor intercambio de información del sistema con el medio externo.

4ª Etapa: La Salida de los Hijos del Hogar. Aunque esta etapa tiene un gran rango de edades y es sumamente variable dependiendo de la clase social y cultural a la que pertenecen, es común en todas, y como en las etapas anteriores, puede ser fuente de problemas o de enriquecimiento de experiencias familiares e individuales. Con la disminución del número de hijos y con el incremento de la longevidad, esta etapa llamada "nido vacío", se ha incrementado continuamente.

5ª Etapa: La Familia en los Últimos Años de Vida de la Pareja. En esta etapa se le presenta a la pareja un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones debidas al cambio en el estilo de vida por imposibilidades físicas, laborales, enfermedades y viudez. Pueden presentarse una baja autoestima.

En este enfoque, es importante observar aspectos básicos de los sistemas como son: valores, normas, reglas, comunicación, jerarquías y comunicación. Las familias alcohólicas tienen como características: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, rigidez extrema o rigidez frágil. Así, un sistema familiar adicto establece un estilo de vida que permite que el comportamiento alcohólico continúe de generación en generación (Minuchin y Fishman, 1981).

Bejos (2001) y González (1993), comenta que hay ejes específicos que tomar en cuenta para hablar de la estructura familiar:

- A) Límites: Se trata de evaluar si los límites entre el subsistema de los padres y los hijos son funcionales así como entre la familia de origen del adicto y su cónyuge con su núcleo familiar actual. La importancia de los límites radica en que son reglas que definen quiénes y cómo participan en los derechos y obligaciones de padres e hijos. Los límites funcionarán cuando los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- B) Alianzas: Son las asociaciones abiertas o encubiertas de dos o más miembros de la familia. Éstas serán funcionales si incluyen a miembros de la misma generación, si sucede lo contrario y se encuentran persistentes o en forma de coalición contra un tercero, se trata más bien de una asociación patológica.
- C) Coaliciones: relaciones que se establecen entre uno o más miembros de diferentes o mismos subsistemas en contra de otro de los miembros del grupo familiar (por lo general son connotadas de forma negativa, como cuando los miembros de una familia alcohólica se unen en contra del alcohólico).
- D) Territorio o Centralidad: Se refiere al espacio emocional o afectivo que cada quien ocupa en dentro del contexto familiar (puede ser cuando el padre del alcohólico tiene poco territorio o centralidad por su actitud periférica, su interacción escasa,

cumpliendo su rol parental desde lo económico solamente y delegando la responsabilidad a la esposa o hijo mayor).

- E) Geografía o Mapa: Se refiere al esquema que representa en forma gráfica la organización de la familia, es decir, el espacio físico que se ocupa en el espacio en relación a los otros miembros de la familia (el alcohólico y los demás miembros de la familia ocupan un determinado espacio a partir de la dinámica familiar).
- F) Jerarquía: Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad. Lo más funcional es que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible y con posibilidad de negociación. Esto no sucede en las familias donde el padre o la madre son alcohólicos.
- G) Dinámica Familiar: puede explicarse como un conjunto de pautas transaccionales donde se establece de qué manera, cuándo y con quién se relacionan cada miembro del sistema familiar en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que se está atravesando.
- H) Roles: expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrán cada uno de los otros participantes en la relación familiar. Son otorgados y asumidos.
- I) Comunicación: intercambio de información que comprende el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual las personas se relacionan con los demás.
- J) Normas: son las reglas que rigen la conducta de los miembros del sistema familiar. Propician una estructura estable. Pueden ser implícitas o explícitas.
- K) Valores: representan el significado y la coherencia de las actividades de cada uno de los miembros dentro de una familia. Son la base para juzgar el comportamiento entre ellos. Las normas permiten que estos valores se perpetúen.

También Bejos (2001) se refirió al término Dinámica Familiar, como el comportamiento sociodinámico, que da luz acerca de la forma en que se aborda o se evita el problema del alcoholismo específicamente:

- A) Amalgamada: Es la familia con perturbación en la formación y mantenimiento de los límites, siendo demasiado permeables, invadiendo el subsistema fraternal (hijos) al subsistema parental con el permiso de éstos, sin permitir la integración de los

roles sociales establecidos, la autonomía de sus miembros y sin la identidad personal de cada uno de ellos.

- B) Archipiélago: Aquí los límites tienden a ser rígidos y sus miembros no logran establecer y mantener relaciones duraderas entre sí.
- C) Distante: Es la familia que no necesariamente convive con el adicto, pero a pesar de su ausencia seguirá involucrada con una preocupación enferma que denota la necesidad de control por parte de la familia sobre lo que el adicto haga o deje de hacer.
- D) Resistente: Es la familia con dificultades para la aceptación de la enfermedad a pesar de haber recibido la información pertinente. Intentarán controlar la situación, al paciente, al terapeuta o simplemente pondrán distancia, desertarán del tratamiento y buscarán distintas opiniones especializadas pero sin comprometerse con ninguna.
- E) Incapacitadora: Es una variante de la anterior en la cual observamos una actitud que puede estar enmascarada con un comportamiento aparentemente colaborador, pero con la intención de mostrar una buena imagen para no comprometerse a fondo en el tratamiento, ni mucho menos en lo referente a la exploración de las causas.

Para Bejos estas descripciones de la estructura y la dinámica familiar son importantes para ver más al alcohólico como un portavoz de la problemática familiar, y no como el culpable de los problemas de los otros miembros de la familia. En el sistema familiar del adicto, cada hijo trata de sobrevivir en el medio caótico, desarrollando conductas que a la larga les provoca sufrimiento

Así como con el alcohólico, el codependiente vive condiciones familiares o estilos de vida específicos que perpetúa este comportamiento (Guzmán, 2001):

1. NEGACIÓN DEL ALCOHOLISMO.

Así como el alcohólico maneja sus mecanismos de defensa, la familia utiliza los propios y en esta forma el proceso se prolonga. En una familia codependiente podría decirse que la adicción es mantenida por la conducta de todos los miembros del sistema, y

frecuentemente se ve reflejada también por unos patrones de conducta de larga duración. Es así como el codependiente, en su afán por ayudar a su adicto, prolonga la enfermedad por la falta de aceptación de ésta, ya que en lugar de enfermedad, la familia y los codependientes la manejan como si fuera un problema conductual.

Como resultado de la falta de aceptación del adicto y del cónyuge codependiente los hijos son afectados, éstos pueden desarrollar uno o más de los roles que se presentan en el hijo de alcohólico: el responsable, el ajustador, el conciliador, y el hijo problema.

- a. El responsable es el que toma la mayor parte de las responsabilidades de alguno de los padres, el daño que desarrolla este niño es una necesidad de control, de orden, de disciplina. Se caracteriza por su rigidez, por su obsesividad, cuando pierde el control éste hecho le provoca angustia, reaccionando en forma agresiva o destructiva por su pobre tolerancia a la frustración. Cuando tienen contacto con el alcohol desarrolla una dependencia psicológica, difícilmente desarrollará una dependencia física por su rigidez.
- b. El ajustador es un hijo evasivo con poca interacción con la familia, su tendencia es siempre pasar desapercibido, ya que en esta forma no crea conflictos, discusiones ni problemas. No externa su opinión, esto le retribuye en menos ansiedad, miedo y angustia. Son hijos que se aíslan, socializando poco y desarrollando una depresión crónica. Cuando entran en contacto con el alcohol u otras sustancias, se desinhiben y estimulan; se sienten tan bien que fácilmente desarrollan la enfermedad adictiva.
- c. El conciliador es el hijo preocupado constantemente por el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia. Siempre está pendiente de las tristezas, desesperación, angustia o miedo de los demás, dando calma, apoyo, esperanza. Siempre están dando su tiempo y energía para agradar a los demás, viven constantemente en ansiedad calmando a todos. Cuando tienen contacto con sustancias al llegar a la edad adulta se sienten sin la carga de complacer a todos y pueden expresar lo que han reprimido, teniendo una sensación de bienestar que incrementa su posibilidad para desarrollar la enfermedad adictiva también.

- d. El hijo problema es el que tiene mala conducta en la escuela, agresivo, impaciente, impulsivo, provocando mayor atención en su persona pero en una forma destructiva, recibiendo reprimendas y castigos que incrementan su rebeldía, lo que aumentará los castigos y así sucesivamente. Son hijos que desarrollan adicción a sustancias a temprana edad, embarazan a su pareja o si son hijas se dejan embarazar muy jóvenes. Cuando desarrollan la enfermedad adictiva la evolución es rápida, teniendo daño físico en corto tiempo, llegando a presentar muerte también a temprana edad.

2. INCOMUNICACIÓN.

Por lo general, en la familia adicta se desarrolla la triangulación de la comunicación; es decir, el adicto y codependiente utilizan a los hijos para mandarse mensajes. Es una comunicación agresiva donde hay insultos, gritos y humillaciones, lo que deteriora la autoestima con el que se tiene la comunicación e incrementa los resentimientos. Es una comunicación implícita, con pocas palabras se trata de decir todo, esto crea mucha confusión y enojo porque no se entendió lo que se dijo, o se distorsiona la comunicación. En la familia adicta la comunicación es caótica.

3. AMBIENTE EMOCIONAL DE CONTINUO SUFRIMIENTO.

La familia vive en un estado emocional de continua tensión, de stress, una sensación de vacío por la falta de apoyo, comunicación, amor y confianza. En los miembros pequeños de la familia hay miedo no sólo por el adicto sino también por la codependiente, que reacciona ante la conducta del adicto en forma impulsiva y agresiva, creando temor, ansiedad e inseguridad en los miembros de la familia. Existe una sensación de frustración continua, impotencia y desesperanza por la conducta repetida tanto del adicto como del codependiente, coraje, odio, enojo y resentimientos porque nadie aprende de las experiencias y todos culpan a todos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4. FALTA DE ESTRUCTURA FAMILIAR.

El alcoholismo impide el funcionamiento o la toma de responsabilidades por el miembro afectado, por lo que la familia en su accionar ante el comportamiento alcohólico, se reestructura tratando de sobrevivir. Esto hace que algún miembro familiar, por lo general, el cónyuge o el hijo mayor, tome las responsabilidades que el elemento enfermo dejó, lo que trae como consecuencia gratificaciones inconscientes que prolongan la enfermedad. La familia tienen ahora un nuevo estilo de vida en el cual se han cambiado los roles de la familia adicta. El control, el poder, la toma de decisiones, los permisos, incluso los negocios familiares están ahora bajo la dirección del codependiente, que se vuelve la cabeza de la familia. El adicto pasa a ser el "chivo expiatorio": todos justifican su irresponsabilidad culpando al adicto de todo, éste al sentirse culpable, nuevamente encuentra la justificación para continuar utilizando sustancias, con el fin de disminuir el sentimiento de incomodidad y así sucesivamente (el carrusel de la negación).

Otra situación que se presenta en la familia alcohólica es el "mártir", la víctima, un rol que le da oportunidad al codependiente de ser el "bueno", el que aguanta, el santo, y recibe gratificación en esta posición por parte de la gente, lo admiran, lo felicitan por ser tan "bueno", por "no tirar la toalla", por soportar tanto y por cargar "la cruz" sin quejarse. El codependiente se siente gratificado, aceptado y en ocasiones hasta orgulloso de serlo, sin percibir que no le da ninguna estructura a la familia.

El hecho de tener un alcohólico dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia. Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias de la enfermedad; por ello la familia inconscientemente se siente bien con un enfermo en casa. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida.

La familia centra su atención en el alcohólico, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, la enfermedad ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función

especifica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel "funcionando" disfuncionalmente.

5. CAMBIO EN LOS VALORES DE LA FAMILIA.

En la familia adicta los valores normales se van cambiando poco a poco por los nuevos valores del adicto, los principios, la moral, las reglas de urbanidad, la ética familiar. todo ha quedado alterado una vez que se ha instalado la enfermedad. Ahora se funciona con una desorganización donde no hay coherencia, es un ambiente impredecible, con falta de respeto entre todos los miembros de la familia. Se puede llegar tarde a la hora de comer, no llegar a dormir a la casa, llegar tres días después, durante los alimentos hay gritos, quejas, ofensas, humillaciones, amenazas, insultos y en ocasiones hasta golpes.

La familia aprende a ser irresponsable como una medida defensiva ante esta situación caótica, ningún miembro se hace responsable de sí mismo. Todos están tensos, ansiosos, angustiados, agresivos, con miedo, terror. Esto sucede continuamente, convirtiéndose en una rutina familiar. Este ritual es el que se cree que posterga la identidad de la familia alcohólica de una generación a la siguiente, perpetuando la enfermedad de la familia.

6. ESTANCAMIENTO Y EVOLUCIÓN A LA CRONICIDAD.

La familia, en su intento de sobrevivir, hecha mano de todos los recursos que tiene para tratar de continuar en pie. En este sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de su realidad con evasión, minimización, justificación, racionalización y otras defensas. Al no enfrentar la realidad y negar la enfermedad familiar se prolonga el proceso y el sufrimiento se hace crónico.

La familia se ha inmunizado, desarrollando una tolerancia al sufrimiento. La familia no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia a la situación caótica, dolorosa, exhibe gritos, destrozos, actitud indiferente, manipulación. Esta tolerancia se da junto con una incapacidad de sentir, un bloqueo absoluto de los sentimientos, y se llega a convertir en una forma de complicidad con el enfermo adicto. La tristeza, la desilusión, la

amargura, la soledad, el rencor. la nostalgia estarán presentes en cada uno de los miembros de la familia.

Para Bejos (2001) cada uno de los miembros de las familias codependientes tienen características particulares y propone la siguiente tipología a comprobar:

- A) Padre Ausente: Ya sea por muerte, separación o porque no ha asumido su rol, el padre desaparece dejando un hueco que otro tendrá que suplir.

- B) Padre Distante: Es aquel que da prioridad a aspectos fuera del hogar y que además no muestra afecto o atención a su pareja e hijos; es desapegado emocionalmente.

- C) Padre Frágil: No es convincente en sus decisiones, sus límites o sus órdenes. Es una suerte de hombre de "paja" que no logra convencer más que a través de actitudes extremas. Puede ser abiertamente resignado o delegar el poder a otros, o simplemente asumir su rol siendo pasivo.

- D) Padre Autoritario: Es la actitud que tenderá a asumir para lograr un lugar central que no ha mantenido, ya sea por soledad y/o depresión, o porque la madre lo controla con la sumisión de ella a través de la cual se puede aliar con los hijos.

- E) Padre Adicto: Es aquel que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive al grado de no notarse como problema comparado con el del paciente identificado.

- F) Padre Agresivo: Es aquel que muestra una actitud violenta en forma predominante con la mayoría de los miembros de la familia.

En el caso de la madre del alcohólico, se debe considerar que a ésta se le han atribuido las responsabilidades como fuente principal de la patología familiar; sin embargo, esto ha impedido valorar a los demás miembros que tienen una carga proporcional en esta patología.

- A) Madre Demandante: Es aquella que en una forma abierta va a demandar una especial atención para justificar su rol y tenderá en la mayoría de las veces a coincidir con una conflictiva conyugal o de dificultad en el manejo de sus emociones.
- B) Madre Controladora: Ésta se mostrará con una necesidad de controlar las situaciones familiares, las conductas y los deseos y pensamientos de otros.
- C) Madre Sobreprotectora: Podrá solapar actitudes inclusive destructivas; al no poder convencer al hijo tenderá a cuidarlo y ocultarlo evitando su autonomía y buscando su lealtad
- D) Madre Abnegada: Sería el equivalente al padre frágil, pero con el señalamiento de que esta actitud está más reforzada culturalmente. Desde aquí, la madre tendrá el beneficio secundario de tener cerca a los hijos.
- E) Madre Castrante: Es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra, compite y socava la autoconfianza de otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.
- F) Madre Adicta: Es aquella que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive al grado de no notarse como problema comparado con el del paciente identificado.

En caso de que el alcohólico esté casado, su pareja tendrá un lugar especial debido a la cercanía que guarda con el adicto y su comportamiento tenderá, directa o indirectamente, a mantener el consumo de alcohol en su pareja. Al respecto Emma Espejel (1989 citada en Bejos, 2001) en su trabajo "Una nueva alternativa en el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica", menciona acerca de la dinámica de la familia: "La esposa especialmente juega un papel muy importante ya que en distintas formas hace embonar su psicopatología (sea la impulsividad, la de control o la de sumisión) con los aspectos psicopatológicos del marido".

- A) Esposa Maternal: Es la actitud más recurrente de la pareja del adicto, ya que tiende a regañarlo y a la vez protegerlo en lugar de asumir una actitud que corresponda a su rol conyugal, pues prefiere esta actitud que quedarse sola o independiente.
- B) Esposa Resentida: Este comportamiento tiende en forma clara y expresa a mantener la distancia con el adicto, sin dejar de estar sobreinvolucrada desde el coraje. A pesar del resentimiento no muestra y no acepta alternativas.
- C) Esposa Cómplice: Esta actitud representa a una gama de comportamientos que abiertamente mantienen la adicción. Esta mujer incluso puede ser adicta, pero no es condición necesaria. Quizá sea la única forma de tener a su pareja cerca, aunque sea intoxicado.
- D) Esposa Rígida: Es el comportamiento que impide un proceso de cambio, ya que no asume su propia enfermedad ni su corresponsabilidad en el problema de adicción de su marido. Puede mostrarse negativa, rebelde y/o distante.
- E) Esposa Castrante: Al igual que la madre castrante, es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra, compite y socava la autoconfianza de otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.

En principio los hijos pueden fungir como eslabón con la realidad por la culpa que conlleva su descuido y también como portavoces de la problemática familiar a través de sus conductas sintomáticas a nivel conductual o escolar. Aunado a estos, pueden funcionar también como relevos para llenar los huecos que dejan los padres al inmiscuirse en la dinámica de la adicción.

- A) Hijo(a) Parental: Se refiere al hijo(s) que sacrifica su desarrollo en pos de cumplir con un rol de "padres", ejecutando las normas y organizando la vida familiar percibida como caótica.
- B) Hijo(a) Rebelde: Es el abiertamente terco, ausente, distante, crítico y desobediente que reta con su actitud a los padres para que lo frenen.

- C) Hijo(a) Manipulador: Es el clásico hijo que se aprovecha de la intoxicación del padre para pedirle ciertas peticiones que en estado desintoxicado aquél no otorgaría, o condicionar cada actitud propia a cambio de premios, regalos o permisos.
- D) Hijo(a) Dependiente: Es el que no ha logrado su autonomía y que requiere estar con alguno de los padres en forma notoria.
- E) Hijo(a) Adicto: Es aquel que usa tóxicos en forma evidente y quizá descontrolada, ya sea fuera de su casa o compartiendo la complicidad con el padre adicto.
- F) Hijo(a) Resentido: A diferencia de la esposa resentida, el hijo con esta actitud justificará cualquier otro comportamiento que salga de las normas familiares. Puede ser explícito o implícito con una actitud de silencio y suspicacia.

Esta es una realidad dolorosa del alcoholismo, durante la evolución cada miembro presenta un grado de daño; aún cuando ellos no consuman sustancias desarrollarán los mismos patrones de conducta que han aprendido y éstos estarán presentes en su nueva relación familiar y serán continuados generacionalmente, hasta que alguien se desprenda de esta identidad familiar e inicie un nuevo modelo de estilo familiar.

No sólo "pierde el estilo" el que se emborrachó, sino que todos los demás familiares lo pierden también. El alcohol los transforma a todos; la madre comprensiva se torna intolerante con los hijos, éstos presentan trastornos conductuales que interfieren en su rendimiento escolar, los hermanos(as) pierden la confianza y se llenan de miedo y vergüenza, la esposa enamorada se convierte en una mujer resentida y devaluada. El hogar se convierte en un hospital de desintoxicación en el que todos los miembros de la familia son los enfermos y cuidadores del alcohólico, en el mejor de los casos.

Observamos, por ejemplo, que mientras los familiares de un sujeto alcohólico están aguardando su llegada, prevalece la sensación de incertidumbre, todos hacen como si no pasara nada, pero en el interior de cada uno aparecen fantasías destructivas con respecto al alcohólico y a la familia en sí: "Cuando él llegue nos va a maltratar... Esta vez no voy a

permitir que me insulte delante de mis hijos, y mucho menos que les pegue... Ojalá y no me despierte con sus gritos cuando llegue... Mejor me duermo y así no veo su llegada... no puedo dormir... qué tal si me necesita cuando llegue... ¿Y si no llega?... Tal vez chocó o se peleó con alguien en la calle o a la mejor está preso... ¿Por qué no llegará?... Tal vez lo atropellaron o lo balacearon... seguramente está muy contento con sus cuates y yo aquí preocupándome... si por lo menos hablara para avisar que está bien... bueno, dicen que lo malo se sabe luego luego... y qué tal si lo asaltaron y luego no hay forma de identificarlo si es que... no, no, esta vez como siempre, me estoy preocupando a lo tonto... pero es que es muy tarde ya... qué angustia..."

3.2.3 Módulo 3. Elección de Pareja.

A partir de diversas teorías podemos explicar el cómo se elige a la pareja expondremos a continuación cuatro de ellas.

1.- **TEORÍA SOBRE EL PRINCIPIO DE SEMEJANZAS.** Es de todos conocido que lo cercano nos da seguridad. Las personas se sienten semejantes a los que les agradan, se sienten atraídas por los que tienen actitudes, valores y rasgos semejantes. Los aspectos a los que se refiere esta teoría pueden ser más sociológicos: religión, raza, clase social, idioma; o más psicológicos como: comunicación, ideales, intereses, necesidades (Hernández,2000).

En algunos aspectos las personas son parecidas antes de casarse, en otros se perciben iguales, o se van haciendo iguales o muy parecidos, las similitudes son la base en el inicio de una relación. La mayoría de las teorías clínicas concuerdan en que una de las similitudes en la pareja es el nivel de "madurez", es importante que en esta relación los dos crezcan como personas.

2.- **TEORÍA DE LA COMPLEMENTARIEDAD.** Para formar una pareja se busca a una persona que satisfaga las necesidades conscientes e inconscientes. Las personas que tienen necesidades complementarias se atraen. En la relación hay factores similares importantes en la vida de las parejas por su complementariedad

3.- TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL. En toda relación se da y también se recibe. se da un intercambio de beneficios, recompensas y costos, se intenta maximizar los primeros y minimizar los segundos, lo que depende de los miembros de la pareja. Se debiera de repartir equitativamente las recompensas y los costos disponibles en cuanto a la contribución de cada uno. ya que la repartición inequitativa genera angustia o desequilibrio.

La percepción de recompensas y costos es en cierta medida subjetiva dependiendo de normas, aspiraciones, ideales, nivel de comparación propio, y de las alternativas reales o imaginarias; es decir a partir de la historia de vida, lo que da la cantidad y calidad de los recursos que cada uno tiene para dar y recibir.

Se debe de tomar en cuenta las necesidades de la pareja y las propias, y de acuerdo a nuestros recursos y posibilidades proporcionarlas y recibirlas.

4.- TEORÍA DE LOS COMPONENTES DEL AMOR. Se basa en tres componentes básicos que pueden estar presentes en fases determinadas o en diversas formas, los componentes son:

- Ψ Intimidad.- se refiere al aspecto de cercanía, comunicación, unión y es un aspecto emocional.
- Ψ Pasión.- se refiere a la sexualidad, interés y atracción física y se considera un componente motivacional.
- Ψ Compromiso.- es la decisión de continuar con la relación y es considerado un componente cognitivo.

En una relación de pareja lo más sano y conveniente para ambas partes es que estos tres componentes estén presentes y sean cuidados, no existe pareja alguna que sea perfecta con un equilibrio entre estos.

La historia de vida de cada persona nos da datos importantes de las características y conductas buscadas y esperadas en una pareja, es buscar lo conocido por más malo que esto parezca.

FACTORES EN LA ELECCIÓN DE PAREJA.

Las personas quieren a menudo una clase de matrimonio diferente al de sus padres, pero lo conocido genera una fuerza poderosa. Por lo general se buscan relaciones de pareja similares a la de los padres, no por herencia sino por seguir modelos familiares (Satir, 1990).

- ψ Mensajes: una de las formas de aprender de los padres es al recibir los mensajes que nos transmiten, ya sea verbales o no verbales. De esta forma los mensajes se relacionan con la interpretación que se hace de lo que los padres "dicen". Los mensajes que recibimos en la familia, se convierten en información que usamos sobre nosotros mismos y sobre la pareja, es decir, usamos la comunicación que los padres han usado.
- ψ Repetición de Patrones: el tipo de dinámica familiar que vivimos en casa, nos lleva a aprender formas de relacionarnos, similares, ya que es lo conocido.
- ψ Autoestima: esta tiene mucho que ver con la relación de pareja. La baja autoestima conduce a nociones equivocadas acerca de lo que puede ser el amor, de esta forma en la relación de pareja se perpetua una autodevaluación.
- ψ Identidad Genérica: el aprendizaje de lo que es un hombre y un mujer, también lleva a relacionarnos con nuestra pareja. Las personas tratan de cumplir con las expectativas asignadas para cada género.
- ψ Seguridad: al elegir a la pareja se busca a alguien que nos exima de algunas responsabilidades. Se busca la seguridad emocional, apoyo, compañía, contención.
- ψ Confianza: se busca en la pareja siempre alguien que no dañe emocionalmente, que comprenda, que "esté ahí", que proporcione lo que se necesita.

- ψ Miedo: en la mayoría de las personas hay miedo a perder el control de la propia vida; así como se busca la seguridad y la confianza, da miedo tenerla y soltarnos en las manos de otra persona.
- ψ Valores: independiente de los valores y las normas con las que se crece y se introyectan, en la relación de pareja se le asignan valores a cosas específicas, por ejemplo, para algunos la apariencia física es muy importante mientras que para otros, los ideales los son más.

Se puede observar, que la vivencia infantil dentro de la familia es lo que lleva a un tipo de relación de pareja. En ninguna persona, las necesidades infantiles fueron cubiertas del todo, ya sea porque la madre no estuvo del todo o porque el niño vivió una carencia por alguna situación específica. Esto lleva a una forma de conducirse por el mundo lo que permite no sentir el dolor de la carencia, sin embargo se desea cubrir las necesidades en la relación de pareja.

Cuando la situación familiar es de constante dolor como en las familias codependientes al alcohol, es mucho más frecuente la carencia de la afectividad emocional. Los padres se relacionan desde la "falta", y los hijos la reciben y la aprenden como forma de vida.

AMOR, SEXUALIDAD Y COMUNICACIÓN EN LA PAREJA.

Se ha escrito mucho sobre el amor y siempre se parte de que la pareja y el amor van juntos, pero no necesariamente es así puesto que existen diferentes amores (a los padre, a los hijo, a los amigos, a la profesión).

El amor debe tener como características la comprensión, el respeto, la tolerancia y la aceptación; en la relación de pareja por lo general no se acepta al ser amado, pero para no ver los "defectos" se idealiza a la pareja (Malpica y Zarazua, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fromm (1988) menciona que el amor nos hace mejores con nuestros semejantes y con nosotros mismos, de esta forma el amor es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos y lleva a la felicidad y a la satisfacción.

Muchos autores concuerdan con que el amor contiene el compromiso, el respeto, el bienestar, el crecimiento emocional e intelectual. Es un sentimiento de bienestar, que lleva a dar con placer lo que la pareja necesita y recibir con placer lo que brinda la pareja, creciendo ambos en todas las áreas de la vida.

El amor puede confundirse en las parejas con el enamoramiento o amor romántico. El enamoramiento implica tener poco tiempo de conocerse, sentirse atraídos, hace hincapié en el encantamiento (idealización). El amor romántico es la base inicial del matrimonio, donde se empieza a aceptar y a respetar (Malpica y Zarazua, 1998).

Debido a que el amor tiene una gama tremenda de significados, y la necesidad es enorme tanto como para darlo como para recibirlo desde que se nace hasta que se muere, constituye una de las facetas más complejas y mal entendidas de la existencia del humano (McCary, 1983).

Con la palabra amor la sociedad fabrica un ideal afectivo que representa el ajuste del individuo a la posibilidad amorosa del momento, a la realidad histórica (Katchadourian, 1979).

El amor existe cuando la sensibilidad a las necesidades del otro es constante y la entrega es sin egoísmo con el fin de enriquecer la vida del otro y de esta forma recibir como consecuencia para enriquecerse uno mismo.

La comunicación es uno de los componentes más importantes en la relación de pareja. La comunicación disfuncional tiene relación con el autoconcepto, la autoestima y lo aprendido en casa.

La comunicación no es sólo transmitir información al otro, sino escuchar. Uno de los problemas de la comunicación está en asumir o adivinar lo que el otro piensa o siente. Es por ello importante, el diálogo constante en la pareja, don de se exprese sin agresión lo que se desea, piensa, siente, necesita; y escuchar lo mismo del otro.

La sexualidad es otro de los factores importantes en la pareja. Comprende actitudes, patrones de comportamiento, formas de pensar, el acto sexual, la pasión.

El sexo y medio social condicionan la educación, costumbres y expectativas de vida, y se reproduce en la vida social, laboral y familiar. Otros aspectos de influencia determinante son las publicaciones erótico-sexuales abundantes, que refuerzan los grandes mitos y tabúes formados en torno a la sexualidad.

El sentimiento amoroso se distingue de la sexualidad porque arrastra a la persona en su integridad biológica y psíquica hacia la persona que ama, representa la entrega del propio ser y la apetencia del amado. La fusión de los amantes representa el doble juego de la dádiva y la exigencia; el hombre recompensa a la mujer o viceversa, cuando se entregan físicamente y exigen afecto estableciendo así una interrelación entre lo somático y lo psíquico, de este modo se satisface en lo biológico con la descarga del tono nervio, y en lo psíquico, con la apetencia de ternura que traduce el agradecimiento. El hambre sexual y sed de ternura se insertan en el proceso psicoafectivo que llamamos amor (Merani, 1982).

El sexo en la pareja debe ser hablado y para ello debemos conocernos, investigar, innovar, crear, buscar placer y establecer el lazo afecto dentro del acto. La mala información, la cultura, lo aprendido en casa influye en las creencias o ideas falsas sobre el mismo; por ello se recomienda informarse y estar en constante comunicación con la pareja ya que el acoplamiento puede ser determinante.

ASERTIVIDAD.

En la medida que un individuo interactúa satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más retroalimentación social positiva y llegará a calificar de forma positiva su propio yo. Cuando las relaciones con otras personas significativas se caracterizan por la ansiedad, la frustración de las necesidades, la autoevaluación del individuo será consecuencia negativa, distorsionada y regresiva (Kelly, 1987).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) propone que la falta de asertividad se debe a las habilidades adquiridas a partir de los modelos (familia) donde se da la mala enseñanza directa, a través de instrucciones y respuestas sociales reforzadas o castigadas (citado en Morris, 1991).

El desarrollo social significa la adquisición de la capacidad para comportarse de conformidad con expectativas sociales (Hurlock, 1992):

- ψ Como aprender a comportarse socialmente aprobado.
- ψ Asignación de papeles o roles.
- ψ Desarrollo de actividades sociales.

Por consiguiente la conducta socialmente habilidosa se define en términos de la efectividad de su función en una situación determinada. Kelly (1987) define a las habilidades sociales, como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego los individuos en situaciones interpersonales para obtener o mantener un reforzamiento del ambiente.

Para Caballo (1986) una habilidad social es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Algunos ejemplos de habilidades sociales son: hablar en público, expresar agrado, defender derechos, pedir favores, rechazar peticiones, expresar opiniones, disculparse.

Los componentes de una habilidad social son (Wayne, 2000):

Componentes No Verbales.

1. **La mirada:** intensifica la impresión de algunas emociones como ira, mientras que el mirar menos intensifica otras emociones. La mirada mutua implica que se ha establecido "contacto ocular" con otra persona. Los significados y las pautas de miradas son múltiples.
2. **La sonrisa:** es un componente que puede utilizarse como sonrisa defensiva, como gesto de pacificación, para suavizar o rechazar, comunicar una actitud amigable.
3. **Los gestos:** es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador, comunicando alguna información; esto es cultural.
4. **La postura:** la posición del cuerpo y de las extremidades, la forma en que se sienta, como está de pie, como camina reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí mismo y su relación con los otros.
5. **La distancia/contacto físico:** el grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía según el contexto social, existen diferentes puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales.

Componentes Paralingüísticos.

1. **El volumen de la voz:** su función es hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos.
2. **La entonación:** sirve para comunicar sentimientos y emociones, un tono que no varía puede ser aburrido o monótono, sirven para ceder la palabra.

3. La fluidez: las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias; las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.
4. La claridad: si se habla arrastrando las palabras con un acento, vocalización excesiva se puede hacer pesado a los demás.
5. La velocidad: el tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

Componentes Verbales.

El contenido: las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esta situación y lo que está intentando comunicar. El tema contenido del habla varía en gran medida. La conducta socialmente habilidosa es por ejemplo expresar atención, comentarios positivos, hacer preguntas los esfuerzos verbales.

Las conductas asertivas son la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos. Implica respeto hacia uno mismo y respeto hacia los demás al permitir la expresión de ellos. Las personas tiene que reconocer cuales son sus responsabilidades en esa situación y que consecuencias resultan de su expresión; su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables (Rimm, 1993).

CONDUCTA NO ASERTIVA O PASIVA.

Es incapaz de defender sus propios derechos, de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o al expresarlos de una manera autoderrotista. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades, su objetivo es el apaciguar y el evitar conflictos a toda costa. La probabilidad de que esta persona satisfaga sus necesidades está reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta.

CONDUCTA AGRESIVA.

Se expresa de una manera inapropiada e impositiva y transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva puede expresarse de manera directa o indirecta. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas, la victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación, trata que los demás se hagan así débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades.

ALTERNATIVAS DE CAMBIO.

Hay algunos aspectos que se deben tomar en cuenta para hacer una elección de pareja y para pensar en matrimonio. Es muy importante reconocer y aceptar lo que implica el compromiso de la relación de pareja y posteriormente del matrimonio, las responsabilidades que adquirimos cuando aceptamos un noviazgo lo que tiene que ver con las negociaciones hechas desde un principio como son la fidelidad, el respeto, la forma de comunicación; para el matrimonio agregamos la responsabilidad de ser padres y el rompimiento, de alguna forma, del vínculo con las familias de origen.

Es muy importante como se jugará dentro de la pareja a partir de los roles genéricos, es ver que se quiere cumplir y que se quiere negociar con la pareja. De esta forma observar que intereses hay en común, que semejanzas y por supuesto que diferencias. Es muy importante saber que me gusta del otro y que me disgusta. aceptar y respetar sus características sin quererlas cambiar, es mejor valorar si puedo convivir con aquello que no me gusta o mejor terminar sanamente. Muchas veces, nos enamoramos con el ideal, es decir con lo que yo creo que será mi noviazgo o con lo que creo que cambiará mi pareja. pero luego nos desilusionamos, en ocasiones demasiado tarde nos damos cuenta que nunca será como yo esperaba

Finalmente, es importante conocerse a sí mismos y saber que se quiere del noviazgo y luego del matrimonio, y entonces decidir si se acepta el compromiso con la pareja.

3.3 Cartas Descriptivas.

MÓDULO I.

Sesión 1.

Objetivo: Las participantes analizarán y sintetizarán sus expectativas con respecto al taller

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Presentarán el taller, los temas y la forma de trabajo (anexo 1.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 1.2).	15 min.	Sillas en semicírculo
Pedirán a las participantes que sigan instrucciones de la siguiente dinámica (Anexo 1.4)	Llevarán a cabo la dinámica a partir de las instrucciones	Figuras geométricas de papel lustre (cuadro, triángulo, rectángulo, círculo), diurex.	15 min.	Sillas en grupos de 5
Pedirán a las participantes que comenten de manera voluntaria su experiencia y anotarán sus observaciones	Hablarán y comentarán de manera voluntaria su experiencia en la dinámica	Hojas rotafolio, plumones	10 min.	Sillas en semicírculo
Receso			15 min.	
Explicarán la dinámica de presentación y proporcionarán el material (anexo 1.3)	Seguirán instrucciones	Tarjetas blancas, seguros, plumas, hojas rotafolio.	25 min.	Sillas en semicírculo
Darán tiempo para que las participantes hablen en grupo sobre las expectativas del taller así como sus sensaciones de esta primer sesión. Darán retroalimentación y contestarán dudas del mismo Plenario	Comentarán de manera voluntaria sus expectativas del taller en relación a ¿cómo se sienten? en esta primer sesión. Podrán hacer preguntas sobre el taller.		20 min.	Sillas en semicírculo

MÓDULO I.

Sesión 2.

Objetivo: Las participantes generalicen las definiciones de autoconcepto y las sinteticen y apliquen en sí mismas.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Preguntarán a las participantes qué creen que se autoconcepto y anotarán en una hoja rotafolio las ideas básicas, retroalimentando.	De manera voluntaria, dirán lo que piensan que es autoconcepto.	Hojas rotafolio, plumones.	10 min.	Sillas en semicírculo.
Expondrán diferentes definiciones del término autoconcepto, integrando con la lluvia de ideas (anexo 2.1).	Escucharán activamente	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 2.2).	10 min.	Sillas en semicírculo.
Pedirán a las participantes que sigan las instrucciones para la dinámica de "mi espejo" (anexo 2.3).	Llevarán a cabo las instrucciones de la dinámica.	Tarjetas blancas, plumones o colores, seguros, 5 espejos.	20 min.	Las sillas serán acomodadas para que no estorben.
Receso			15 min.	
Darán la instrucción de formar 2 grupos (un coordinador para cada grupo), pedirán a las participantes que compartan sus experiencias en la dinámica anterior y acompañarán y apoyarán si es necesario.	Hablarán de sus experiencias en la dinámica "mi espejo" (anexo 2.3).		25 min.	Sillas divididas en dos grupos.
Hablarán de la relación de la temática con lo experimentado.	Participarán en la integración con los temas.		25 min.	Sillas en semicírculo.
Plenaria	Escucharán activamente		5 min.	Sillas en semicírculo.

MÓDULO 1.

Sesión 3.

Objetivo: Las participantes analicen definiciones de autoestima y las integren con las de autoconcepto.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCION DEL ESPACIO
Preguntarán a las participantes cómo les fue después de saber más de su autoconcepto en la relación con otras personas, y si notaron algún cambio.	Hablarán de manera voluntaria sobre su experiencia en el tiempo entre la sesión anterior y esta.		10 min.	Sillas en semicírculo
Darán la información sobre autoestima y la relacionarán con el tema de autoconcepto (anexo 3.1).	Escucharán activamente y podrán debatir.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 3.2)	15 min.	Sillas en semicírculo.
Darán las instrucciones de dinámica (anexo 3.3)	Llevarán a cabo las instrucciones dadas por el coordinador	Plumas, cuestionarios impresos (anexo 3.3)	25 min.	Sillas en semicírculo.
Receso			15 min.	
Pedirán a las participantes que comenten sobre lo que ven de ellas en sus respuestas, en 4 equipos. Cada coordinador se hará cargo de dos equipos.	Formarán equipos de 5 personas, compartirán lo que ven y sienten al contestar el cuestionario y escucharán a sus compañeras.		10 min.	Sillas en 4 grupos
Repartirán las tarjetas de la dinámica "mi espejo" (anexo 2.3), y pedirán a las participantes que se las vuelvan a colgar, agregando o quitando características, pensando en su autoconcepto y autoestima. Apoyarán y retroalimentarán.	Realizarán la actividad una por una en grupo y escucharán activamente a sus compañeras.		40 min.	Sillas en semicírculo.
Plenaria.	Escucharán activamente.		5 min.	Sillas en semicírculo.

MÓDULO 1.

Sesión 4.

Objetivo: Las participantes tendrán un trabajo personal de análisis y síntesis de los temas abordados hasta este momento en el taller.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Coordinarán y apoyarán en actividades de trabajo personal (anexo 4.1).	Seguirán instrucciones de las coordinadoras.		25 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Pedirán que formen 2 grupos y compartan su experiencia. habrá una coordinadora por grupo.	Formarán dos equipos y sentadas en el piso. compartirán con sus compañeras sus experiencias. Escucharán activamente.	Cobijas y almohadas para sentarse en el piso.	30 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Receso			5 min.	
Coordinarán y apoyarán actividades de trabajo personal (anexo 4.2).	Seguirán instrucciones de las coordinadoras.		20 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Pedirán que formen 2 grupos y compartan su experiencia. habrá una coordinadora por grupo. Cada coordinadora hará plenaria en el grupo que le corresponda.	Formarán dos equipos y sentadas en el piso. compartirán con sus compañeras sus experiencias. Escucharán activamente.	Cobijas y almohadas para sentarse en el piso.	30 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Cierre grupal. Plenaria.	Participarán voluntariamente comentando en grupo su vivencia. Escucharán activamente.	Cobijas y almohadas para sentarse en el piso.	10 min.	El espacio se encontrará sin sillas.

MÓDULO 1.

Sesión 5.

Objetivo: Las participantes analizarán y sintetizarán las necesidades afectivas infantiles, su importancia, así como la relación de estas con el auto concepto y la autoestima.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Iniciarán la sesión preguntando si alguien desea hablar de cómo están hasta este momento del taller y de la sesión pasada.	Podrán compartir de manera voluntaria como se han sentido.		10 min.	Sillas en semicírculo.
Darán la información correspondiente a esta sesión (anexo 5.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolip, plumones, láminas de apoyo para el tema (anexo 5.2).	15 min.	Sillas en semicírculo.
Pedirán a las participantes que hagan parejas y darán las instrucciones de la actividad (anexo 5.3). Apoyarán.	Seguirán instrucciones.		20 min.	Las sillas estarán de forma que no estorben.
Receso			15 min.	
Pedirán a las participantes que hagan parejas y darán las instrucciones de la siguiente actividad (anexo 5.4). Apoyarán	Seguirán instrucciones.		20 min.	Las sillas estarán de forma que no estorben.
Coordinarán el tiempo de compartir, pidiendo que comenten sus experiencias, intentando que sean todas las que hablen	Comentarán sus experiencias en las dos dinámicas de esta sesión.		20 min.	Sillas en semicírculo
Plenaria	Escucharán activamente.		10 min.	Sillas en semicírculo

MÓDULO 1.

Sesión 6.

Objetivo: Las participantes analizarán la identidad de género y la forma en que se adquiere.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCION DEL ESPACIO
Darán las instrucciones para la dinámica "Luisa y Luis" (anexo 6.1)	Llevarán a cabo las instrucciones.	2 hojas rotafolio, plumones	15 min.	Sillas en dos equipos.
Darán la información de género e identidad de género (anexo 6.2).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (Anexo 6.3).	25 min.	Sillas en semicírculo.
Pedirán que formen equipos de 5 personas, repartirán cuestionarios a todas las participantes (anexo 6.4)	Resolverán el cuestionario y en equipos de 5 personas lo comentarán.	Cuestionarios impresos.	10 min.	Sillas en equipos de 5.
Roceso			15 min.	
Dará la información de adquisición de género (Anexo 6.5), y pedirán a las participantes que ayuden a ordenar una lista de juegos para niño y juegos para niñas.	Escucharán activamente y participarán cuando se les pida	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 6.6)	30 min.	Sillas en semicírculo.
Para integrar los temas con el trabajo personal, preguntarán a las participantes cómo ven y cómo viven o actúan la identidad de género. Se retomará la dinámica de "Luisa y Luis", para hablar de cambios genericos (Anexo 6.1).	Hablarán de su vida en relación al tema y participarán en los cambios para "Luisa y Luis".	Hojas de Luisa y Luis (Anexo 6.1), plumones.	15 min.	Sillas en semicírculo.
Plenaria integrando el tema de la sesión pasada con la actual.	Escucharán activamente.		10 min.	Sillas en semicírculo.

MÓDULO 2.

Sesión 7.

Objetivo: Las participantes describirán definiciones, etiología, y generalizarán las formas de relacionar del comportamiento alcohólico dependiente y codependiente.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Presentación de la información (Anexo 7.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 7.2).	30 min.	Sillas en semicírculo.
Repartirán cuestionarios (Anexo 7.3 y 7.4).	Contestarán los cuestionarios	Hojas impresas de cuestionarios (Anexo 7.3 y 7.4).	20 min.	Sillas en semicírculo.
Abrirán un espacio para compartir y explicar las respuestas de los cuestionarios.	Participarán de manera voluntaria sobre sus respuestas.		15 min.	Sillas en semicírculo.
Receso			15 min.	
Presentarán la información de codependencia al alcohol y en relación al dependiente (Anexo 7.5).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 7.6).	20 min.	Sillas en semicírculo.
Abrirán un espacio para compartir sentimientos con respecto a los tests y a los cuestionarios, apoyando y acompañando y haciendo plenaria.	Todas participarán sobre sus emociones, sentimientos y conclusiones.		20 min.	Sillas en semicírculo.

MÓDULO 2.

Sesión 8.

Objetivo: Las participantes analizarán, a partir de la teoría de los sistemas, cómo es una familia alcohólica.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Presentarán la información de los temas (Anexo 8.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 8.2).	30 min.	Sillas en semicírculo
Darán instrucciones para formar equipos de 5 personas y las instrucciones de la dinámica (Anexo 8.3).	Llevarán a cabo la actividad.		20 min.	En equipos de 5 personas.
Abrirán un espacio para compartir el tema.	Hablarán de manera voluntaria.		5 min.	En semicírculo.
	Receso		15 min.	
Presentarán información (Anexo 8.4)	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 8.5)	20 min.	En semicírculo.
Pedirán a las participantes que hagan su familiograma, y que observen cómo se da en su casa la estructura codependiente.	Llevarán a cabo la actividad.	Hojas blancas, lápices, colores.	25 min.	En semicírculo.
Realizarán la plenaria.	Escucharán activamente.		5 min.	En semicírculo.

MÓDULO 2.

Sesión 9.

Objetivo: Las participantes identificarán su estructura familiar y generalizarán e integrarán la tipología de cada miembro de la familia, así como el por qué mantienen la conducta alcohólica.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCION DEL ESPACIO
Presentarán la información (Anexo 9.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 9.2).	20 min.	Sillas en semicírculo.
Darán instrucciones para formar equipos de 5 personas y pedirán que platicuen sobre sus familias, a partir de sus familiogramas.	Llevarán a cabo la actividad.		20 min.	En equipos de 5 personas.
Abrirán un espacio para compartir el tema, acompañando y apoyando.	Hablarán de manera voluntaria.		10 min.	En semicírculo.
Receso			15 min.	
Darán instrucciones de respiración profunda (inflando el vientre, exhalando con una "a" larga).	Seguirán las instrucciones, sentadas en círculo.	Cobijas y cojines para sentarse en el suelo.	5 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Pedirán a las participantes que hablen sobre sus familias y lo que han encontrado con los temas en ellas, así como de sus emociones y sentimientos. Apoyarán y acompañarán.	Participarán todas, en orden voluntario.	Cobijas y cojines para sentarse en el suelo.	45 min.	El espacio se encontrará sin sillas.
Realizarán la plenaria.	Escucharán activamente.	Cobijas y cojines para sentarse en el suelo.	5 min.	El espacio se encontrará sin sillas.

MODULO 2.

Sesiones 10, 11, 12, 13 y 14.

Objetivo.- Las participantes tendrán un trabajo terapéutico (emocional) de cierre y o arreglo con su familia.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCION DEL ESPACIO
Dará una explicación de la dinámica y la forma de trabajo (ver anexo 10.1)	Participación activa en el trabajo de cada computadora		2 horas por sesión.	Espacio sin sillas.

MÓDULO 3.

Sesión 15.

Objetivo: Las participantes analizarán la información de elección de pareja y la generalizarán a sus vidas.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Preguntarán a las participantes cómo inician una relación de pareja: cómo se muestran, cómo son, qué hacen. Anotarán en una hoja rotafolío las ideas básicas, retroalimentando.	De manera voluntaria hablarán de sus experiencias en sus relaciones de pareja.	Hojas rotafolío, plumones.	15 min.	Sillas en semicírculo.
Expondrán diferentes teorías respecto a la elección de pareja, e integrarán la información con los comentarios anteriores. (anexo 15.1).	Escucharán activamente, con actitud reflexiva y crítica.	Hojas rotafolío, plumones, láminas de apoyo (anexo 15.2).	20 min.	Sillas en semicírculo.
Pedirán a las participantes que sigan las instrucciones para la dinámica de "pareja o dispareja" (anexo 15.3)	Llevarán a cabo las instrucciones de la dinámica.		30 min.	Las sillas serán acomodadas para que no estorben, es espacio debe estar sin obstáculos.
Receso			15 min.	
Preguntarán cuál fue su experiencia, qué vieron de ellas y qué relación encuentran de esta experiencia con la forma en que inician sus relaciones de pareja.	Hablarán de sus experiencias en la dinámica "parejas o disparejas" y la relación con sus vivencias en parejas.		30 min.	Sillas en semicírculo.
Hablarán de la relación de la temática con lo experimentado. Plenaria.	Participarán en la integración de los temas.		10 min.	Sillas en semicírculo.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

MÓDULO 3.

Sesión 16.

Objetivo: Las participantes analizarán y sintetizarán factores dentro de la elección y relación de pareja.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCION DEL ESPACIO
Presentarán la información de los temas (Anexo 16.1).	Escucharán activamente.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 16.2).	20 min.	Sillas en semicírculo.
Darán instrucciones para la actividad "qué doy, qué recibo" (Anexo 16.3).	Llevarán a cabo la actividad.	Hojas blancas dobladas por la mitad, plumas.	10 min.	Sillas en semicírculo.
Harán una relación del tema con las listas de la actividad "qué doy, qué recibo", pidiendo a las participantes que comenten sus listas.	Hablarán de manera voluntaria, y participarán en la integración con el tema.		10 min.	Sillas en semicírculo.
Receso			15 min.	
Pedirán a las participantes que escriban sobre cómo fue la relación o cómo es con su pareja actual o una pareja significativa, y que reflexionen con sus listas de la actividad anterior (anexo 16.3).	Escribirán y reflexionarán sobre sus relaciones de pareja.	Hojas blancas, plumas	15 min.	En semicírculo.
Abrirán un espacio para compartir sus reflexiones, acompañarán, apoyarán y retroalimentarán a las participantes.	Todas hablarán de sus reflexiones y escucharán a sus compañeras activamente.		40 min.	En semicírculo.
Realizarán la plenaria.	Escucharán activamente.		10 min.	En semicírculo.

MÓDULO 3.

Sesión 17.

Objetivo: Las participantes analizarán los factores de la comunicación, la sexualidad y los lazos afectivos en la pareja y los generalizarán a sus vidas.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
<p>Pedirán a las participantes que formen 4 equipos y cada equipo discutirá uno de los siguientes temas: amor, comunicación, sexualidad y creatividad; los temas serán repartidos al azar. Luego pedirán que una de cada equipo comente sus conclusiones. Apuntarán palabras clave.</p>	<p>Debatirán, discutirán y llegarán a una conclusión en su equipo sobre el tema discutido. Escucharán activamente a sus compañeras.</p>	<p>Hojas rotafolio, plumones.</p>	<p>30 min. 10 min.</p>	<p>Sillas distribuidas en cuatro equipos.</p>
<p>Darán la información sobre comunicación, sexualidad y amor (anexo 17.1)</p>	<p>Escucharán activamente, con actitud reflexiva y crítica.</p>	<p>Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 17.2).</p>	<p>20 min.</p>	<p>Sillas en semicírculo.</p>
<p>Pedirán a las participantes que sigan las instrucciones para la dinámica de "teléfono descompuesto" (anexo 17.3).</p>	<p>Llevarán a cabo las instrucciones de la dinámica.</p>		<p>10 min.</p>	<p>Sillas en semicírculo.</p>
Receso			15 min.	
<p>Pedirán a las participantes que contesten el cuestionario (anexo 17.4).</p>	<p>Contestarán el cuestionario.</p>	<p>Cuestionarios impresos, plumas.</p>	<p>15 min.</p>	<p>Sillas en semicírculo.</p>
<p>Pedirán a las participantes que comenten de manera voluntaria cómo se sienten con sus respuestas y que observan en su relación de pareja. Apoyarán, retroalimentarán y acompañarán. Plenaria.</p>	<p>Participarán de manera voluntaria y escucharán activamente a sus compañeras.</p>		<p>20 min.</p>	<p>Sillas en semicírculo.</p>

MÓDULO 3.

Sesión 18.

Objetivo: Las participantes generalizarán a su vida la conducta asertiva y alternativas de cambio en la elección de pareja.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Darán la información sobre Asertividad (anexo 18.1)	Escucharán activamente, con actitud reflexiva y crítica.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo (anexo 18.2).	20 min.	Sillas en semicírculo
Darán las instrucciones para la actividad "no quiero... pero digo que sí" (anexo 18.3)	Llevarán a cabo las instrucciones de la actividad.	Papelitos con las preguntas (anexo 18.3), recipiente de cristal.	20 min.	Sillas en semicírculo.
Pedirán a las participantes que comenten cómo se sienten de saber que tienen el poder de decidir y de expresar sus decisiones.	Hablarán de manera voluntaria sobre sus reflexiones y escucharán activamente a sus compañeras		10 min.	Sillas en semicírculo.
Receso			15 min.	
Darán la información sobre alternativas de cambio en la elección de pareja (anexo 18.4)	Escucharán activamente, con actitud reflexiva y crítica.	Hojas rotafolio, plumones, láminas de apoyo.	15 min.	Sillas en semicírculo.
Darán las instrucciones para la actividad "mi fruta favorita" (anexo 18.5).	Seguirán las instrucciones de la actividad.		20 min.	Sillas en semicírculo
Harán una relación de la información con las actividades y la elección de pareja, pedirán a las participantes que comenten y complementen. Plenaria.	Participarán de manera voluntaria en la integración de los temas y escucharán activamente.		20 min.	Sillas en semicírculo.

MÓDULO 3.

Sesión 19.

Objetivo: Cierre del taller.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR	ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE	MATERIAL	TIEMPO	DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
Pedirán a las participantes que hablen y compartan su experiencia, aprendizaje, cambios a partir del taller y si se cumplieron las expectativas. Darán retroalimentación y apoyarán cuando sea necesario.	Todas compartirán su experiencia en el taller, sin un orden establecido, como deseen participar.		El tiempo dependerá del ritmo de participación (45 min. Aprox.)	Sillas en semicírculo.
Receso			15 min.	
Pedirán a las participantes que continúen con la actividad compartiendo y hablando las que no lo hicieron antes del receso. Darán retroalimentación y apoyo cuando sea necesario.	Todas compartirán su experiencia en el taller, sin un orden establecido, como deseen participar.		El tiempo dependerá del ritmo de participación (45 min. Aprox.)	Sillas en semicírculo.
Harán un resumen de lo vivido en el taller, de lo aprendido y reaprendido. Darán un agradecimiento y una despedida.	Escucharán activamente y podrán hacer comentarios cortos.		15 min.	Sillas en semicírculo.

CAPITULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo un análisis del comportamiento alcohólico dependiente y codependiente, desde las perspectivas del psicoanálisis, el aprendizaje social, los estudios de género y la teoría de los sistemas. Así como la propuesta de un taller para mujeres que provienen de familias disfuncionales alcohólicas en donde se analicen, aclaren, aprendan y reaprendan creencias o conceptos erróneos en la forma de relacionarse en la familia y en la pareja, promoviendo así el cambio.

Estos objetivos se cumplieron porque se hizo una investigación bibliográfica de los cuatro diferentes enfoques para aclarar, analizar y proponer la etiología y las características de estos comportamientos (dependiente y codependiente al alcohol); el cumplir esta parte del objetivo nos facilitó la propuesta del taller porque consideramos se integran estos cuatro enfoques en un trabajo corporal.

Podemos entonces reconocer la importancia de la familia como el primer grupo social donde tenemos los primeros modelos, aprendemos normas, costumbres, valores, la forma en que nos movemos por el mundo, y cómo lo enfrentamos, esto no solamente es conductual sino también emocional, desde aquellos conceptos que se graban en nuestro pensar, sentir y hacer que el cuerpo también aprende y recuerda.

La familia siempre está en contacto con otros grupos sociales como la religión, la política y lo educativo; de esta forma se refuerzan o sancionan comportamientos según las normas y deberes sociales que incluyen las diferencias genéricas como la dependencia y codependencia al alcohol. Podemos entonces, aventurarnos a plantear que existe un mayor número de mujeres alcohólicas y de hombres codependientes de los que estadísticamente están registrados, ya que los hombres no pueden mostrar cualidades femeninas como cuidar, ser maternal, proteger, justificar, porque el mandato cultural dice: "ser hombre es no ser mujer", su hombría sería cuestionada, en ambos casos existe una doble sanción por no estar en la norma.

Es importante hacer notar que las diferencias genéricas "hacen" adicciones específicas para mujeres y para hombres. Por ejemplo, la bulimia¹, es aparentemente más vista en mujeres que en hombres. Las mujeres presentan bulimia no compensatoria, esto significa que suceden los atracones y vomitan, mientras los hombres presentan bulimia compensatoria que es atracones y exceso de ejercicio, es por ello que no pueden concebirse o autonombrarse bulímicos. De esta forma, los hombres disfrazan su bulimia, para no tener conductas que se cree son por vanidad, femeninas. Piensan pues las autoras sería interesante contrastar los trabajos de investigación de diferentes adicciones para su cabal solución y comprensión.

En la dependencia y codependencia al alcohol, no hay una "autorresponsabilidad", como una conducta aprendida culturalmente, ya que si alguien se preocupa y ve por sí, es vista como egoísta y rechazada por los otros claramente en las mujeres; en los hombres, es muy evidente el no equivocarse culpando siempre a los otros de sus errores. De esta forma, el codependiente asume las responsabilidades del otro (lo salva, lo cuida, lo persigue, lo justifica) y se olvida de las propias (que quiero, que pienso, que siento, que necesito), el dependiente deja sus responsabilidades en otros culpándolos de lo que les suceda o no.

Precisamente, la codependencia es un tema del que muy recientemente se está hablando, a diferencia del alcoholismo. Es por la creencia del alcohólico(a) como el que necesita ayuda y no se da cuenta porque es el enfermo; se niegan las necesidades de la otra parte, del codependiente, lo que impide que exista un trabajo de investigación y terapéutico integral con estas personas.

A pesar de que el alcoholismo es un tema más estudiado por diferentes disciplinas, existe una dificultad para poder coincidir en una definición y en una intervención integral. Esto se puede entender también, porque en México, no existe un trabajo multidisciplinario

¹ La bulimia es definida por el DSM IV como una adicción, debido a que se presenta un deseo insaciable de consumir alimentos, hay una pérdida de control una vez que la persona empezó el consumo y una tolerancia cada vez mayor de más alimento para saciar su necesidad y calmar su ansiedad; los atracones producen culpa y entonces vomitan o hacen exceso de ejercicio físico. Son las mismas características o pasos que presenta la dependencia al alcohol.

donde se permita enriquecer y crecer en la participación de estos comportamientos. Algo similar ocurre en los enfoques psicológicos, no se ha podido reconocer la necesidad de integración, reconociendo lo que aporta cada una.

Además vemos la necesidad de campañas de prevención donde se desmitifiquen todas aquellas creencias que giran en torno al alcohol como "tener más poder", que finalmente no es cierto y es de mayor importancia las consecuencias de la ingesta de alcohol en la salud en general, pero por diversas cuestiones en México no hay una cultura de prevención.

Muchos modos de psicoterapia incluyen al cuerpo y sin embargo no se consideran corporales, esto se debe, pensamos las autoras, justamente al desacreditarse entre modelos y a la división que se hace del ser humano. A pesar de ello, sin los postulados de muchas teorías psicológicas, seguramente todavía no se hablaría de una psicoterapia más integral. Es decir, de alguna forma todos los modelos psicológicos, han contribuido a las tendencias actuales de psicoterapias, se ha podido retomar la teoría para llegar a técnicas y formas de trabajo psicoterapéutico.

De esta forma, las autoras coinciden con la visión de las psicoterapias corporales: el ser humano no está escindido, es un todo; es mente y es cuerpo y es emociones, sensaciones y comportamientos. Por lo tanto, consideran que es necesario seguir trabajando en la teoría y en la práctica de la psicología para poder abordar temas como el comportamiento alcohólico dependiente y codependiente.

La dependencia y codependencia al alcohol, son temas de interés de muchas disciplinas, desde la psicología, todavía hay mucho por hacer. Las autoras vislumbran la necesidad de la relación entre estos temas con otros como la sexualidad, otras adicciones, diferencias entre dependencia y codependencia al alcohol según etapas de desarrollo del ser humano, diferencias entre estatus económico y social y cualquier otro tópico que pueda servir de base para el desarrollo y crecimiento de personas con estos comportamientos.

Debemos mencionar que el trabajo profesional con estos temas conlleva a un desgaste emocional a partir de cómo han sido vividos por las investigadoras o aquellas personas que den seguimiento a esta propuesta. Finalmente, dentro de cualquier relación interpersonal, puede haber una dependencia y una codependencia que no necesariamente son al alcohol y que sin embargo, pueden vivirse de manera similar.

Es por ello que en la aplicación del taller se necesita que los coordinadores sean psicólogos(as), que estén en contacto con las psicoterapias corporales contemporáneas. Y, ya que el taller es terapéutico, que estén ellas en un proceso psicoterapéutico, de preferencia corporal, en donde puedan trabajar con sus propias emociones, sentimientos, actitudes y comportamientos con respecto a los temas abordados. Las autoras consideran importante impartir el taller dos coterapéutas, un hombre y una mujer, daría una visión más amplia a las participantes desde su propio género.

El área de Estudios de Género de la F.E.S. Iztacala, cuenta con una formación especializada en la aplicación de talleres, con un compromiso en la actualización dentro de la Psicología. De esta forma, se contempla la posibilidad de la aplicación de la propuesta del presente trabajo en esta área, con responsabilidad, experiencia y de manera profesional.

Para finalizar, las autoras aportamos de manera relevante en este trabajo un intento en el cambio equitativo de constructos genéricos, en un crecimiento personal y profesional. en mejorar sus relaciones de pareja y finalmente para hacer conciencia de que la dependencia y codependencia al alcohol, es un problema vivido día a día en una cultura donde el consumo de esta sustancia, es todo un ritual aceptado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abarca, H. (2000). Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad. (En Red). Disponible en: www.flacso.el/masculinidad/html.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1997). Senderos de recuperación: los pasos, las tradiciones y los conceptos Al-Anon. México, D.F.: autor.
- Alonso-Fernández, F. (1988). Alcohol-Dependencia. España: Científicas y Técnicas.
- Bandura, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Universitaria.
- Barrionuevo, J. (2000). Alcoholismo. Revista de alcoholismo. (En Red). Disponible en: www.psicomundo.com.
- Bazán, C. (2001). ¿Qué se puede hacer con un Hombre? Revista de Adicciones. (En Red) Disponible en: www.revistadeadicciones.com.mx.
- Bejos, M. (2001). Una Propuesta de tipología para el diagnóstico de la familia adicta. Revista de Adicciones (En Red) Disponible en: www.revistadeadicciones.com.mx.
- Bertalanffy, L. (1976). Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económico. Pp. 30 – 53.
- Bloom, M. (1980). Life span development. Nueva York: Mc.Millan.
- Bustos, O. (Ed.) (1989). Estudios de género y feminismo I. México: UNAM.

- Caballo, V. (1986). Manual de técnicas y terapias y modificación de conducta. México: Siglo XXI.
- Cantú, F. (1999). El chiste de los tres: la hipertolerante, el poco tolerante y el tolerante. Revista de Adicciones. (En Red). Disponible en: www.revistadeadicciones.com.mx/html/20%primercontacto./med.
- Castelló, J. (2001). Análisis de la "dependencia emocional". (En Red). Disponible en: www.psicooactiva.com/arti/revist.html.
- Coddou, A y Chadwick, M. (2001). Codependencia. Revista Española de Drogodependencias. (En Red). Disponible en: www.psicoterapiaintegral.com/articulo.
- Coopersmith, S. (1976). The antecedentes of self esteem. San Francisco: Ed. Freeman.
- Covarrubias, P., Muñoz, M. y Reyes, C. (1983). ¿Crisis en la familia? Chile: Instituto de Sociología Pontificia.
- Cuentas, J. (1998). "El Derecho a la Equidad de Género". Ni tan fuertes ni tan frágiles. resultados sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y la educación a distancia. UNICEF (México)
- Diez, C. (1996). Deporte y construcción de las relaciones de género. Gaceta de antropología. (En Red). isponible en: www.psicologos.org.ar/psico/genero/ddhh.htm.
- Dio, E. (1997). La Sexualidad Femenina: de la Niña a la Mujer. Estudios de la Mujer. (En Red). Disponible en: www.psicomundo.com/foro/genero/ddhh.htm.
- DSM - IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales. México: Masson.

- Erikson, E. (1976). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Horme.
- Fitts, W. (1965). Manual for the tennessee self concept scale. Nashville. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Freud, S. (1915). Introducción al narcisismo. Obras Completas Tomo I Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1938). Esquema de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós (Biblioteca de Psicología).
- Fromm, E. (1988). El Arte de amar México: Paidós
- Fuente, A. y López, F. (1997). Aproximaciones al estudio de la sexualidad. Salamanca: Amaro.
- Fuller, N. (1997). Identidades masculinas. Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gergen, K. (1971). The concept of self. New York: Holt: Rinehart & Winston Inc.
- Giddens, A. (1995). Transformación de la intimidad. España: Catedras.
- González, N. (1993). Dinámica de grupos: técnicas y tácticas. México: Concepto.
- G-Paullada, A. (2001). Codependencia. Revista de adicciones. (En Red) . Disponible en: www.revistadeadicciones.com.mx.
- Guzmán, J. (2001). Familia y Adicciones. Revista de Adicciones. (En Red). Disponible en: www.revistadeadicciones.com.mx.

- Hernández, D. (2000). Relación de Pareja. Tesis de Licenciatura. No publicada UNAM. Los Reyes Iztaçala.
- Hierro, G. (Ed.) (1989). Estudios de género y feminismo I. México: UNAM.
- Horney, K. (1973). Neurosis y madurez. La lucha por la autorrealización. Buenos Aires: Psique.
- Hurlock, A. (1992). El Desarrollo del niño. México: McGraw-Hill.
- Irigaray, L. (1978). Espectáculo de la otra mujer. Madrid: Saltés.
- Jaimes, E. (2000). El autoconcepto la fuente de las fuentes. (En Red). Disponible en: www.emprendedorasenred.com.ar/articulos/art.44
- Katchadourian, H. (1979). Bases de la sexualidad humana. México: Trillas.
- Kelly, J. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. España: Biblioteca de Psicología.
- Kernberg, O. (1991). Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós.
- Kurtz, R. (1990). Psicoterapia basada en el cuerpo. California: Lytèrythm Publications.
- Lagarde, M. (1990). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM.
- Lamas, M. (1996). "Estudios de Género". La Ventana. Universidad de Guadalajara. Núm. 1.

- Lyles de Reagan, L. (2001). La codependencia: un problema familiar. (En Red). Disponible en: www.vidahumana.org/vidafam/violencel/bredef.codep.html.
- Machorro y Souza, M. (1989). Alcoholismo. México: Manual Moderno.
- Malpica, V. y Zarazua, S. (1998). "Elementos necesarios para la funcionalidad conyugal y familiar" Tesis de Licenciatura, No publicada, UNAM, Los Reyes Iztacala.
- Maslow, E. (1970). Motivation and personality. New York: Harper & Row Publishers.
- May, R. (1969). Love and will. Nueva York:Ed. Norton.
- Mayor, S. (1985). Psicología de la educación. España: Anaya.
- Mc.Cary, J. y Mc.Cary, S. (1983). Sexualidad humana. México: Manual Moderno.
- McGuigan, J. (1974). Psicología experimental. México: Trillas.
- Merani, A. (1982). Psicología genética. México: Grijalbo.
- Minuchin, S y Fishman, H. (1991). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós
- Mischel, W. (1988). Teoría de la personalidad. México: McGraw-Hill.
- Monroy, M. (1987). Perfil de autoconcepto en jóvenes farmacodependientes de un hogar carente de figura paterna. Tesis de Licenciatura. No publicado UNAM: Facultad de Psicología.
- Moreno, M (2000). Colgarse de un colgado. (En Red). Disponible en: www.nacion.co.cl/viva/2000/noviembre/01/portada.html.

- Moreno de Quiros, S. (2001). El sistema familiar codependiente y la terapia familiar. Revista de Adicciones. (En Red). Disponible en: www.revistaadicciones.com.mx.
- Morris, C. (1992). Psicología, un nuevo enfoque. México: Ed. Prentice may.
- Norwood, R. (1985). Las mujeres que aman demasiado. México: Litorate.
- Ocaña, A. (1995). ¡Viva la diferencia! México: Libra.
- Ortiz, F. (1999). La relación cuerpo mente. México: Pax.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.
- Pérez Mitre, G. (1981). Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Revista de la asociación latinoamericana de psicología social, (1), pp. 135-140.
- Quirici, T. (2000). El género hace al síntoma. Revista de psicoanálisis y género. (En Red). Disponible en : www.psicomundo.com.mx.
- Ramos, C. (Ed.) (1991). El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple. México Universidad Autónoma Metropolitana.
- Reidl, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. Revista de la asociación latinoamericana de psicología social, (1), pp. 273-266.
- Rimm, D. y Master, J. (1993). Terapia de la conducta. México: Trilla.
- Rispoli, L. (1993). Psicología funcional del sí. Roma: Austrolabio.

- Rogers, C. (1975). The significance of self-regarding attitudes and perceptions. The mooseheart symposium. New York: Mc Graw-Hill.
- Romero, M y Sinto, E (2000). Una realidad negada: Relatoria del primer congreso de mujeres y adicciones. (En red). Disponible en: www.adductus.com/relatoria.46btmal.
- Rosemberg, M. (1977). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Home.
- Satir, V. (1990). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax.
- Sauri, D. (1998). "Consideraciones para Reconocer los Estereotipos de Género en la Vida Cotidiana y los Medios de Comunicación". Ni tan fuertes ni tan frágiles resultados sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y la educación a distancia. UNICEF (México).
- Sherif, M. y Sherif, C. (1969). Psicología Social. México: Aharla.
- Stoller, R y Herdt, G. (1992). "El Desarrollo de la Masculinidad, Una Construcción Transcultural". Revista asociación escuela argentina de psicoterapia para graduados, 18.
- Tajer, D. (1996). Intervención en el panel "subjetividades sexuadas contemporáneas. La diversidad postmoderna en tiempos de exclusión". Segunda jornadas de actualización del foro de psicoanálisis y género. Buenos Aires.
- Tamayo, A. (1982). Autoconcepto, sexo y estado civil. Revista de la asociación latinoamericana de psicología social, (1)
- Tschirhart, L. y Donovan, M. (1991). Women & self steem. New York: Penguin Books.

Turner, J. (1986). El Niño ante la vida. España: Morata.

Vilchis, B. (1996). La familia en el desarrollo de la personalidad del adolescente. Tesina de Licenciatura. No publicada, UNAM. Los Reyes Iztacala.

Wayne, W. (2000). Las habilidades sociales. (En Red). Disponible en: www.ciudadfutura.com/psico/tecnicas/tec_habilidades.htm.

Winnicott, D. (1955). The depressive position in normal emotional development. British journal of medical psychology. Pag. 28-89 Número 100.

Winnicott, D. (1972). Realidad y juego. México: Gedisa.

Wegscheider, S. (2001). La codependencia es una adicción a una persona y a sus problemas. Revista de adicciones. (En Red). Disponible en: www.revistadeadicciones.secciones/codependencia/familia/01/html.

ANEXOS.

SESIÓN 1.
ANEXO 1.1

- Objetivo 1.- Las participantes conocerán de manera general la temática en general del taller
Objetivo 2.- Las participantes del taller se integrarán y presentarán.

“Bienvenidas al taller Rompiendo las cadenas del alcoholismo.” Se presentarán las coordinadoras. “Este taller consta de 3 módulos y son veinte sesiones con una duración de 2 hrs. cada una de ellas”.

“El primer módulo se llama *Ayer y hoy ¿Quién soy yo?* Y veremos temas como autoconcepto, autoestima, el desarrollo del ser humano, necesidades afectivas infantiles, la adolescencia, pensamos que estos temas son de gran importancia porque podemos entender y conocer quienes somos, es un autoconocimiento, ayudándonos como medio para lograrlo la historia y el presente de nosotras”.

“El módulo dos se llama *Tuercas y Tornillos: El Juego del Alcoholismo*, en este trataremos temas como alcoholismo, codependencia, noviazgo, matrimonio y familia alcohólica estos temas fueron elegidos por nosotras porque creemos que es necesario que veamos cómo funciona una familia, en específico la de cada una de nosotras, los valores, las costumbres, las normas que hay en casa, que me he apropiado y el papel que estoy jugando en casa, trabajamos cerraremos algunas cosas si es necesario con nuestra familia”.

“El módulo tres lleva por nombre *La única constante es el cambio: ¿Yo que quiero?* Es un módulo interesante ya que trabajaremos temas de relación de pareja, de cómo, por qué, y para qué elegimos determinada pareja, alternativas de cambio y herramientas para poderlo hacer”.

“Esperamos cumplir con sus expectativas, nos da mucho gusto que estén aquí, este es un regalo que cada una de ustedes se está dando a sí mismas, este es un lugar donde todas vamos a autoconocernos y a crecer”.

ANEXO 1.2

Lámina.

Módulo 1.- Ayer y hoy ¿Quién soy yo?

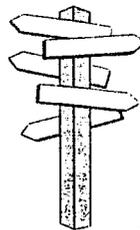
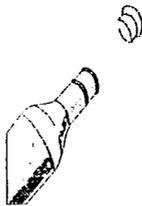
- Ψ Autoconcepto.
- Ψ Autoestima
- Ψ Necesidades afectivas infantiles.
- Ψ Adolescencia.

Módulo 2.- Tuercas y tornillos: el juego del alcoholismo.

- Ψ Alcoholismo.
- Ψ Codependencia.
- Ψ Noviazgo, matrimonio y familia alcohólica.

Módulo 3.- La única constante es el cambio ¿Yo qué quiero?.

- Ψ Elección de pareja.
- Ψ Habilidades sociales.
- Ψ Alternativas de cambio.



ANEXO 1.3

Actividad.

Objetivo.- Conocer las expectativas de cada una de las participantes.

Material.- Cuatro figuras geométricas de papel lustre (cuadrado, triángulo, rectángulo y círculo) y diurex.

Instrucciones.- "Ahora llevaremos a cabo una actividad, debajo de los asientos hay una figura, van a formar equipos, cuadrados con cuadrados, triángulos con triángulos. Podrán decir su nombre en su equipo y la expectativa que tienen del taller".

"Casi siempre que llegamos a un lugar, empezamos una relación, o algún evento en nuestra vida tenemos expectativas, ahora cada quien comentará cuál es su expectativa para con el taller, que es lo que esperan".

ANEXO 1.4

Actividad: "¿Quién soy Yo?"

Objetivo:- Integración y presentación de las participantes.

Material.- Tarjetas blancas, seguros, plumas, y hojas rotafolio.

Instrucciones: "Empezaremos ahora con una actividad, les daremos unas tarjetas blancas, pondrán su nombre (s) y cinco características que crean ustedes que las describan mejor tendrán cinco minutos para hacer su tarjeta"

"Van a caminar por el salón en silencio y observarán a sus compañeras, leerán sus tarjetas, su nombre y las características de las compañeras".

"Todas formamos un círculo, y nos gustaría que compartieran a quién creen que se parecen, con quien no comparte características y cómo se sienten de mostrarse ante otras personas".

Una de las coordinadoras apuntará en el rotafolio las características que más se presentan en el grupo, mientras la otra está organizando la participación.

SESIÓN 2.

ANEXO 2.1

Información.

“El autoconcepto es la forma en que cada persona se valora y evalúa a sí misma. Existen dos elementos importantes que lo constituyen y son la confianza y la seguridad que tienen las personas a sí mismas, esto conduce a la autoestima”.

“El autoconcepto se va desarrollando desde los primeros meses de vida con la relación que tiene el bebé con su madre. Es por esto, que la aceptación de los hijos tal y como son, aceptando sus características tanto físicas como psicológicas, y no como desean los padres que sean sus hijos, constituyen la base de un buen desarrollo psicológico”.

La percepción que tenga el niño sobre alguna inconformidad o rechazo sean o no manifestados abiertamente, afectarán la autoestima y el autoconcepto, por lo que se devaluará y se sentirá inseguro y temeroso para enfrentarse al mundo.

“La confianza estará establecida cuando el niño pueda enfrentar y resolver situaciones difíciles o nuevas, en las que utilizará sus recursos tanto internos como externos, sin la necesidad de que sus padres estén presentes. Es por ello, que los padres deben de observar las potencialidades y dificultades que puedan tener con el objetivo de darles orientación y apoyo. El fomentar sus cualidades y modificar sus defectos es parte también de brindarle confianza”.

“El autoconcepto es determinante de la conducta, ya que esto influye para que el ser humano desarrolle sus capacidades; es decir, desde que nace, requiere sentirse querido, protegido y aceptado, lo que hará que se encuentre bien; por lo tanto, hay una relación muy importante entre el afecto, la seguridad, y la autoestima y el autoconcepto”.

“Situaciones que vivimos en la familia como un rechazo o abandono son influyentes en las características de nuestro autoconcepto, en ocasiones nuestros padres o

familiares nos dicen por ejemplo que somos tontas, enojonas o cualquier otro adjetivo esto no lo apropiamos, es decir, nos colgamos un letrerito que dice yo soy una persona como el ejercicio de la sesión anterior, en ocasiones es congruente, checa el audio y el video, y puede ser que no lo sea”

“El concepto que yo me formo de mí. El que me sienta que valgo, alegre, depresivo, comunicativo, aislado. ¿Cómo me veo?”

“Ese concepto me lo formo a través de las experiencias que adquiero en los ambientes en que me desenvuelvo”.

“La manera como yo pienso y siento de mí mismo me ha sido comunicada a través de mis experiencias. (Tengo claro el sentido de mi vida)”.

- Mi autoconcepto no es inamovible, no estoy determinado.
- Yo tengo unos sentimientos acerca de mí mismo positivos o negativos.
- Según esos sentimientos yo veo el mundo en los términos de esos sentimientos (si veo negativamente el mundo, respondo a ese mundo huyendo y no queriendo participar de él).
- Ello da como resultado la imagen como yo pienso sobre mí y sobre los demás.
- Al percibirme de una manera, proyecto en el contexto en el que vivo mi visión sobre los demás.
- Reacciono a lo otro en la manera con que lo percibo, reforzando la imagen que tengo de mí y de los demás.

Estoy provocando la respuesta de mi propio comportamiento.

Cuando me minusvaloro o mi autoconcepto es negativo:

- Me autocrítico en directo de forma negativa (Cuando me alimento de aspectos negativos, me destruyo y proyecto en los otros lo que pienso de mí).
- Me comparo con los otros rebajándome.
- Aceptarse: la persona que no se ama a sí misma es incapaz de amar a los demás.
- Intentando vencer la imagen pobre de experiencias previas que haya podido tener.

"Las cosas no son como son, pues dependen de la actitud mental del que las mira".

- 1.- Una buena forma física ayuda a ver más positivamente la realidad.
- 2.- Pensar en lo que tengo y no en lo que me falta por tener nos enseña a valorar nuestras adquisiciones y pertenencias.
- 3.- Ponernos la coraza defensiva "por si acaso me atacan" evita muchas veces, las más, el disfrutar del bien que pueden darnos los demás.
- 4.- El cuidado, el aprecio de las cosas pequeñas, de los detalles nimios, nos prepara para un disfrutar más pleno.
- 5.- Intentar todo aquello que merezca la pena, sin que nos frenen ni críticas ni alabanzas.
- 6.- Sacar enseñanza, paciencia y flexibilidad de los fracasos hará más dichosas las victorias.
- 7.- Seré capaz de hacer todo lo que sea capaz de creer, lo que sea capaz de soñar.
- 8.- Querer. Pensar. Planear. Hacer ... ;Ahora!... YA.
- 9.- Eres único, original, maravilloso, irrepetible, y hay gente que te quiere mucha más gente a la que tú puedes querer, y darte, y hacer feliz.
- 10.- No importa el qué. Fíjate en el cómo, y pon ilusión, generosidad, entrega y mucho corazón.

ANEXO 2.2

Actividad: "mi espejo".

Objetivo.- Las participantes reconocerán cual es su autoconcepto.

Material.- tarjetas blancas, plumas o colores , seguros, cinco espejos.

Instrucciones.- "Les daremos unas fichas blancas, en cada ficha anotarán una palabra que pueda definir las, cinco palabras que les agraden y cinco que no les gusten que formen su autoconcepto, tendrán 10 min."

"Ahora se colgarán las tarjetas que contengan lo que les gusta y del otro las que no les gusten".

"Hay cinco espejos que están distribuidos en el salón, caminen y obsérvense en el espejo, también podrán observar a sus compañeras, tendrán 10 min."

SESIÓN 3.

ANEXO 3.1

Información.

“Tanto el autoconcepto como la autoestima son definidas por varios autores desde muy diferentes formas, pero casi todos coinciden que el autoconcepto se refiere a la imagen de sí mismos”.

“La autoestima se determina por la realización de elementos como el yo físico (mi cuerpo), “el deber ser” mucho tiene que ver aquí los otros, y el personal (autopercpción), el familiar, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica. Mientras que el autoconcepto es la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo”.

“La autoestima es la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo. Hay autores que dicen que es necesario para tener una autoestima “buena”: una total aceptación del niño por parte de los padres, que las instrucciones y mensajes que reciben los niños sean directos, claros, tratando de evitar ambigüedades, y que debe haber respeto por la individualidad del niño”.

“Por ejemplo, un padre con baja autoestima espera fracasar en la vida de manera inconsciente, pues anticipa rechazo; es débil y pasivo, escatima el amor y la atención hacia sus hijos y les quita la oportunidad de enfrentarse a la vida con seguridad en sí mismos y con la fuerza de voluntad necesaria”.

“Por otro lado los individuos con elevada autoestima se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito, aceptan sus opiniones y manifiestan confianza en sus relaciones, mostrando mayor independencia social y creatividad, lo que los conduce a comportamientos más asertivos, un comportamiento asertivo es por ejemplo poder decir no quiero, no me gusta, manifestar sus deseos y necesidades”.

Otros autores han mencionado que el concepto que se tiene de sí mismo es la relación que hay entre los pensamientos y sentimientos de una persona sobre su vida, es decir, la percepción que tiene de quién y que es y lo dividen en tres "yo":

Yo actual.- la suma de las experiencias de cada persona.

Yo real.- a partir de esa experiencia y autovaloración ¿quién soy?

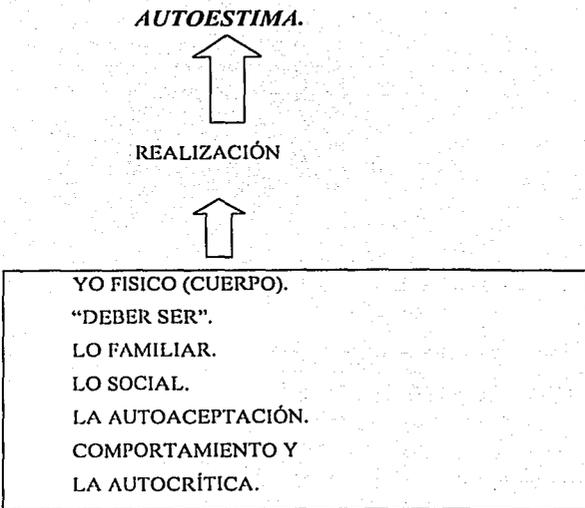
Yo ideal.- lo que yo quisiera ser a partir de lo que los padres por ejemplo desean que seamos.

"Estos tres elementos están en movimiento y relación siempre, hay un choque muy fuerte cuando vemos que a nuestro yo real le falta demasiado para poder llegar a ese ideal, que siempre es inalcanzable por ello su nombre, entonces es importante saber quienes somos, lo que podemos hacer, lo que queremos hacer para nosotras y no para otros".

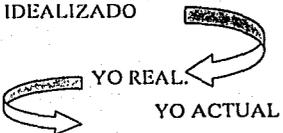
"Esta autoestima puede ir cambiando, nunca es estática, tiene que ver lo que estoy viviendo, una experiencia agradable, reconfortante, o tal vez una crisis personal o familiar. ¿A alguien de ustedes le ha pasado algo así que nos quiera compartir?".

ANEXO 3.2.

Lámina.



YO IDEALIZADO



ANEXO 3.3

Cuestionario.

- 1.- Menciona cinco actividades que te guste hacer.

- 2.- ¿Cuántas llevas a cabo y cuantas no?

- 3.- ¿Qué de lo que quieres hacer haces?

- 4.- ¿Qué haces para darte gusto?

- 5.- ¿Qué es lo que haces para darle gusto a los demás?

- 6.- ¿Qué haces para alcanzar tus metas?

- 7.- ¿Cuándo expresas lo que sientes y lo que quieres?

- 8.- ¿Cómo y cuando respeto mis decisiones?

- 9.- ¿Cómo me siento cuando respeto mis decisiones y digo lo que siento?

- 10.- ¿Cómo es mi autoestima?

SESIÓN 4

ANEXO 4.1

Actividad de trabajo personal.

“Pónganse de pie, y caminen en dirección libre, respirando profundamente (inflando hasta el vientre), y saquen el aire en una sola exhalación provocando al mismo tiempo una “a” larga (las coordinadoras mostrarán cómo)”.

Las coordinadoras irán dando la instrucción de bajar la velocidad de la marcha y preguntarán durante la actividad sin que ellas respondan, “¿Cómo se sienten?, ¿Cómo está su cuerpo?, ¿Alguna imagen o idea llega?, Solo hay que observarse, no se juzguen ni cambien, así está bien”.

“Ahora caminarán como normalmente lo hacen y observen la velocidad, alguna parte del cuerpo (cabeza, hombros, cuello, espalda, brazos, piernas, rodillas) está tensa o relajada, muestro más. Sólo me observo sin juzgar ni cambiar. ¿Qué les dice esta forma de caminar?, ¿Qué frase o imagen les llega?, continúen con esa forma de andar y exagérenla, si caminan rápido ahora caminen más rápido, si sacan alguna parte del cuerpo, sáquenla más, si aprietan alguna zona exagérenlo”.

“En una frase muy corta o en palabras sueltas que reflejen lo que quiero mostrar al mundo lo dirán a sus compañeras cuando se crucen en el camino, a quien ustedes quieran pueden decirselo y sigan su camino, sigo exagerando aquello que siempre muestro” (20 min.)

“Deténganse y respiren, reflexionen un poco acerca de ¿Cómo me sentí de mostrar lo que siempre muestro?, ¿Cómo estoy?”. (5min).

“Se numeran un uno y un dos, forman equipos, los unos con los unos y los dos con los dos” (Una coordinadora para cada equipo).

“Se sientan en el suelo y cada equipo forma un círculo, compartan su experiencia sobre cómo se sintieron, que vieron que muestran mientras nosotras escuchamos y posteriormente diremos de cómo vimos a la compañera. En ocasiones puede pasar que no cheque lo que pensamos mostrar y lo que ven los otros, todas pasaremos estando en los dos momentos (comentando de mi y de otros)”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

167

ANEXO 4.2

Actividad de trabajo personal.

“Pónganse de pie, y caminen en dirección libre, respirando profundamente (inflando hasta el vientre), y saquen el aire en una sola exhalación provocando al mismo tiempo una “a” larga (las coordinadoras mostrarán cómo)”.

Las coordinadoras irán dando la instrucción de bajar la velocidad de la marcha y preguntarán durante la actividad sin que ellas respondan, “¿Cómo se sienten?, ¿Cómo está su cuerpo?, ¿Alguna imagen o idea llega?, Solo hay que observarse, no se juzguen ni cambien, así está bien”.

“Ahora caminarán y mostrarán lo que nunca enseñan al mundo, si quieren ir a una velocidad muy lenta, ¿Alguna parte del cuerpo (cabeza, hombros, cuello, espalda, brazos, piernas, rodillas) no muestran? . Sólo me observo sin juzgar ni cambiar. ¿Qué les dice esta forma de caminar?, ¿Qué frase o imagen les llega?, continúen con esa forma de andar y exagérenla, si caminan derechitas ahora pudiera ser que quiero caminar más relajada, sacando mi vientre, mostrándome enojada, puedo hacer lo que nunca hago o muestro”.

“En una frase muy corta o en palabras sueltas que reflejen lo que quiero mostrar al mundo lo dirán a sus compañeras cuando se crucen en el camino, a quien ustedes quieran pueden decirse lo y sigan su camino, sigo exagerando aquello que siempre muestro” (20 min.)

“Deténganse y respiren, reflexionen un poco acerca de ¿Cómo me sentí de mostrar lo que nunca muestro?, ¿Cómo estoy?”. (5min).

“Se numeran un uno y un dos, forman equipos, los unos con los unos y los dos con los dos” (Una coordinadora para cada equipo).

“Se sientan en el suelo y cada equipo forma un círculo, compartan su experiencia sobre cómo se sintieron, que vieron que muestran mientras nosotras escuchamos y posteriormente diremos de cómo vimos a la compañera. En ocasiones puede pasar que no cheque lo que pensamos mostrar y lo que ven los otros, todas pasaremos estando en los dos momentos (comentando de mi y de otros)”.

SESIÓN 5.

ANEXO 5.1

Información.

“La sesión pasada nos dimos cuenta de lo que mostramos y no mostramos al mundo, para poder ser hoy de alguna manera es por una historia la nuestra”.

“Toda esta historia nos construye, una parte muy importante de todo ser humano es el afecto el cual lo recibimos desde que somos pequeños, encontramos poco a poco formas de entrar en contacto con los que nos rodean por ejemplo la risa, el llanto. El vínculo más importante es con la madre nos da una base emocional segura o no, a partir de las cuales se desarrollan las relaciones posteriores; un vínculo muy carente de afecto o de constantes separaciones impide un “sano” desarrollo social y emocional a lo largo de la vida. Digo “sano” con comillas por que no hay alguien en este mundo que lo sea en un 100%”.

“Estas experiencias influyen en las actitudes en el aprendizaje, en el concepto que el niño tiene sobre sí mismo (autoconcepto), y la capacidad

“Existen varias necesidades que podríamos considerar básicas y son:

“El alimentarnos, que produce una sensación de placer interna saciedad, pero también es un momento en que somos vistos, tocados, cargados”.

“La necesidad de ser cargado.- es muy importante para el desarrollo del ser humano, esto hace que el niño perciba la protección, puede relajarse, estar, esto en el futuro nos lleva a poder tener confianza en otras personas”.

“La necesidad de poder estar.- esto se relaciona con ser cargado, por que sé que con mamá puedo estar segura, me relajo, me abandono sin tener que estar en alerta y tener un sentimiento de inseguridad”.

“La necesidad de tomar y dar.- el bebé toma de los que le rodean, alimento, caricias, afecto, los padres entonces reciben tan solo con dar al bebé por que experimenta el placer del bebé cuando este recibe”.

“La necesidad de contacto.- el bebé puede percibir el contacto como algo afectivo o no que está lleno de emociones de alegría, ternura, enojo, también puede sentir que aunque esté en brazos de mamá ella no está (está haciendo otra cosa, lavando trastes, leyendo una revista, pensando)”.

“La necesidad de ser contenido.- cuando un bebé hace berrinche, lo que quiere es la atención de la madre y como no sabe cómo pedirlo esto hace, la madre lo puede abrazar y tal vez se enoje y patalee, después comienza a llorar, hasta que se calma, esto que la madre hace es contener”.

“Como podemos ver estas necesidades son muy importantes, en ocasiones un mismo evento lo vivimos cada una de nosotras de manera diferente, por ejemplo a alguien en su salón de clases la sentaban hasta atrás por su tamaño y vivirlo como un rechazo, otra persona lo entenderá : es que yo soy “de las grandes”, para otro alguien pudo haber sido indiferente”.

“No existe alguien en el mundo perfecto, nunca es mucho y suficiente”

ANEXO 5.2

Lámina

NECESIDADES INFANTILES.

NECESIDAD DE SER CARGADO.



NECESIDAD DE ALIMENTO.



NECESIDAD DE ESTAR.



NECESIDAD DE TOMAR Y DAR.



NECESIDAD DE CONTACTO



NECESIDAD DE SER CONTENIDO.

DAR ← → RECIBIR.

AMAR ← → SER AMADO

CONTROLAR ← → SOLTAR

SER EMOTIVO Y FRAGIL. ← → FUERTE Y RACIONAL

PODER IR DE UNA A LA OTRA.



ANEXO 5.3

Actividad.

"Media luna".

INSTRUCCIONES.- "Formen equipos de dos. Una se recuesta de lado en una posición cómoda y comienza a respirar profundamente soltando el aire en una sola exhalación haciendo un sonido de una "A" larga, la otra toma la posición de su compañera. se van a acercar poco a poco --las otras sigan respirando- hasta que su pecho toque la espalda de su compañera, intenten cubrirla por completo. sigan respirando profundamente y sientan la presencia de esa persona que está detrás de ustedes, la que esta a cargo pone su mano suavemente en la espalda. sientan a su compañera, pueden relajarse ya que ella está contigo y no tienes que hacer nada para que esté. Ahora con más fuerza presionen la espalda de su compañera. Se van separando las que se están haciendo cargo. Pueden tomar otro tiempcito, no hay prisa, quédense con esa sensación. Se van incorporando despacio, sin prisa, lo último que levantamos es la cabeza. Ahora cambiamos"

*Las instrucciones son las mismas para cuando cambian de papel.

ANEXO 5.4.

Actividad

"Llenando huecos".

INSTRUCCIONES.- "Se recuesta una en el piso, boca arriba, la otra en los pies de su compañera, vamos a respirar profundamente llenando todo nuestro vientre de aire y sacándolo en una sola exhalación, y haciendo el sonido de una "A" larga. La compañera que se está haciendo cargo pondrá sus manos -sin cargar las piernas- en el hueco que hay en la pantorrilla de su compañera, posteriormente en el arco de la rodilla de la pierna derecha y luego pasamos a la izquierda -seguimos respirando profundamente- nos vamos a las manos en el hueco de la muñeca y la espalda alta, (a la altura del hombro), del otro lado hacemos lo mismo -seguimos respirando profundamente- ahora se ponen de pie (con la compañera entre las piernas) y meten sus manos en el arco de la espalda a la altura de la cintura, nos vamos a la cabeza y en el hueco del cuello metemos las manos, nos vamos separando y las que están recostadas pueden quedarse así un ratito".

*Las instrucciones para cuando hallan cambiado de lugar serán las mismas, los tiempos serán para el cambio de pies manos, espalda y cuello serán indicados por las coordinadoras.

17/04

SESIÓN 6.

ANEXO 6.1

Actividad: "Luisa y Luis".

Objetivo: Lograr comprender el concepto de identidad, estableciendo las diferencias entre los roles masculino y femenino.

Material: 2 hojas rotafolio, plumones.

Instrucciones: "se dividirán en dos equipos, uno describirá a una persona llamada Luis y la otra mitad a una persona llamada Luisa. Deberán escribir aspectos físicos y actividades, relaciones con otras personas y todo lo que se les ocurra, como si fueran a contar como es el personaje de una historia. Tiene 10 minutos".

"Ahora podríamos comentar las siguientes preguntas, y entonces ver como también nosotros pensamos de acuerdo al género, y como lo vamos transformando. Pueden participar de manera voluntaria, no es necesario reacomodarse".

¿Por qué se dan diferencias entre ellos?

¿Que consecuencias tiene para Luis y Luisa ser de esa manera?

¿Esas dificultades tienen relación con las exigencias sociales?

¿Son las historias iguales o parecidas a las de cualquier hombre y mujer en nuestra sociedad?

Se les dará tiempo en la plenaria de esta sesión para discutir acerca de como nos gustarían que cambiaran las cosas y como le podríamos hacer a las descripciones de Luisa y Luis para mostrar estos cambios.

Se deberán contestar las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las diferencias entre ellos?

¿Qué ocurre si Luisa trata de llevar a cabo la historia de Luis?

¿Sería deseable un cambio?

¿En qué sentido te gustarían que cambiaran las cosas?

¿Qué habría que hacer para cambiar?

ANEXO 6.2.

Información.

“Como vimos en la actividad pasada es muy clara la idea que tenemos de un hombre y una mujer esto implica características físicas, la profesión, los quehaceres de “Luis y Luisa”, esta información la pudimos extraer porque nos la dan desde pequeños, por ejemplo los juegos de niñas y de niños, rosa para las niñas y azul para los niños”.

“¿Alguien de ustedes sabe lo que es “género”? Género es un concepto que se creó desde la sociología, es la construcción social y cultural de un ser masculino y femenino, es como un marco de referencia”

“Es como tener un cuadro e irlo pintando de diferentes colores y matices según nuestra historia, pero mucho peso tienen las normas, los estereotipos, los roles y valores sociales, el marco de ese cuadro es el límite (impuesto desde afuera) de lo que “debemos “ y no “debemos ser” ”.

“Estos marcos de referencia son los estereotipos, esta palabra refleja el análisis de la opinión pública, es lo que para la mayoría de la gente es digno de imitarse, sin hacer ninguna reflexión y cuestionamiento, están cargados de prejuicios y atributos, son sociales por que son compartidos por un grupo, ¿Cuál es el estereotipo (físicamente) de una mujer?”.

“Estos estereotipos sirven para:

- Ψ En lo individual.- ayudan a conservar nuestros propios valores y cumplir con las exigencias sociales.
- Ψ En lo social.- contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías dentro de un grupo para explicar y justificar la conducta social”.

"Hace un momento comentaron cual es el estereotipo de la mujer hoy en día y una modelo de hace unos años cuando eran caderonas y piernudas se morirían de hambre si quisieran ser hoy modelos ¿no?"

"Esto significa que los prototipos van cambiando con el paso del tiempo y también de una cultura a otra, por ejemplo la vestimenta que llevan las mujeres en medio oriente, tienen que cubrirse todas, no pueden mostrar absolutamente nada por que si lo hicieran recibirían un castigo por los demás, ya sea ridiculizándolas y/o imponiéndoles sanciones legales".

"¿Qué son los roles?, es el papel que "debemos de ocupar en el sistema social. ¿De dónde creen que salga o surja este "debe ser"?"

Ψ Ciencia.

Ψ Religión.

Ψ Educación.

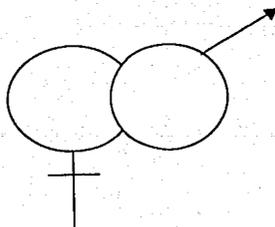
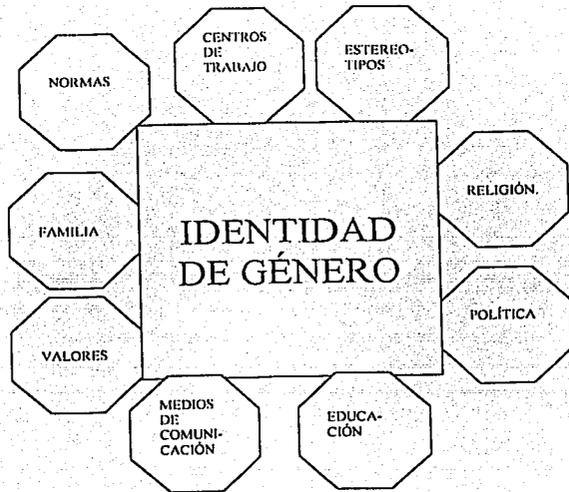
Ψ Familia.

Ψ Medios de comunicación.

Ψ Centros de trabajo.

ANEXO 6.3

Lámina.



ANEXO 6.4

Cuestionario.

1. ¿Leés algún diario? ¿Cuál? ¿Por qué eliges ese?
2. ¿Con qué frecuencia?
3. ¿Qué secciones o suplementos prefieres?
4. ¿Compras alguna revista? ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia?
5. ¿Lees o mirás alguna otra revista? (en la sala de espera del médico, en la de alguna amiga, en la peluquería, etc.) ¿Cuál?

RADIO

1. ¿Escuchas alguna radio? ¿Cuál? ¿Por qué la eliges?
2. ¿En qué horario escuchas radio?
3. ¿Qué programas de radio eliges?
4. ¿Qué te parece la radio que escuchas?

TELEVISION

1. ¿Tienes televisión?
2. ¿Tienes televisión por cable?
3. ¿En qué lugar de tu casa está ubicado el televisor?
4. ¿Qué tipo de programa es el que más te gusta? (marca con una cruz)

Noticieros

-telenovelas

-películas

-series

-programas políticos

-programas deportivos

-programas musicales

-programas culturales

-documentales

-programas de humor

-otros (¿cuáles?)

5. ¿Cuáles son tus programas de televisión preferidos? ¿Por qué?

6. ¿Cuántas horas de televisión mirás por día?

7. ¿Cuál es tu canal de televisión preferido? ¿Por qué?

8. ¿A qué persona de la televisión admiras? ¿Por qué?

ANEXO 6.5.

Información.

"Desde que nacemos existe una diferencia de trato según el género, hay estudios que demuestran que a las niñas se les habla con un tono de voz más suave, se les carga con mayor delicadeza y los padres tienen ciertas expectativas por ser niñas, mientras que a los niños el tono de voz y el contacto son un poco más fuerte en comparación con las niñas".

"La identidad de género (el sentido psicológico básico de pertenencia a su propio género), en la mayor parte de las personas, se desarrolla en la primera infancia y se mantiene a lo largo del ciclo vital como un aspecto central de la identidad. Sin embargo, incluso aquellas personas que tienen una identidad de género fuerte y consistente, no exhiben todos los atributos, habilidades, intereses, actitudes, conductas, pensamientos, emociones, sentimientos, que podrían esperarse de acuerdo con las descripciones y prescripciones que la sociedad asigna a su género. Así, los hombres y las mujeres tenderían a usar las características que poseen, congruentes con su género, para mantener su identidad de género, mientras que conceden menos importancia a las características que no poseen o a las que sí poseen, pero son incongruentes con su género".

"Cómo ya vimos, el género, los roles, las conductas estereotipadas son cuestiones sociales y aprendidas por diferentes formas, en la infancia alrededor de los tres años ya tenemos claro que si somos niñas o niños pertenecemos a alguno de los géneros, identificando los deberes de cada uno de ellos y esto lo reproducimos en el juego"

"Aparecen diferencias entre "juegos de niñas" y "juegos de niños". Las niñas suelen elegir temas como "las mamás", "las maestras", roles sociales que tienen una experiencia directa, mientras que los niños juegan a ser "indios", "vaqueros", "superhéroes", y se recalca que independientemente de la realidad cercana que rodea a los niños, incluso si estos se mueven en un ambiente progresista, la mayoría de los niños siguen entendiendo el rol social de la mujer en torno a la casa y algunas profesiones típicamente femeninas,

mientras que los niños al utilizar personajes fantásticos o de épocas y lugares remotos, están expresando atributos de poder y de aventura que confieren específicamente al varón"

ANEXO 6.6.

Lámina.

JUEGOS DE NIÑAS

JUEGOS DE NIÑOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

183

SESIÓN 7.

ANEXO 7.1

Información.

“Como vimos en la sesión pasada aprendemos formas de ser niña y niño, entre las conductas que aprendemos es el ser alcohólico o codependiente y es importante tener claro las definiciones para poder entenderlos”.

“El alcoholismo, también conocido como “síndrome de dependencia al alcohol.” es una conducta que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Ψ Deseo insaciable: el deseo o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.
- Ψ Pérdida de control: la inhabilidad frecuente de parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado.
- Ψ Dependencia física: la ocurrencia de síntomas después de abstinencia tales como vómitos, sudor, temblores, y ansiedad cuando se deja de beber después de un período de consumo de alcohol en grandes cantidades. Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.
- Ψ Tolerancia: la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse endrogado o intoxicado”.

“Entenderemos por conducta alcohólica (dependencia al alcohol o alcoholismo) la presencia de una necesidad fuerte y compulsiva de ingerir alcohol; la falta de control en la ingesta una vez iniciado el consumo; el aumento progresivo de la cantidad de alcohol ingerida para llegar a la intoxicación y para aliviar malestares como: vómitos, temblores, sudor y ansiedad cuando se ha dejado de beber después de consumir grandes cantidades”.

“La codependencia es una condición específica que se caracteriza por una preocupación y una dependencia excesivas (emocional, social y a veces física), de una

persona, lugar u objeto. Eventualmente el depender tanto de otra persona se convierte en una condición enferma y destructiva que afecta al individuo en todas sus relaciones”.

“El codependiente pierde la conexión con lo que siente, necesita y desea. Si es dulce y agradable aunque no lo sienta, es porque busca aceptación. Cree que su valor como persona depende de la opinión de los demás. Da más importancia a los demás que a sí mismo. Se crea un yo falso, pues en realidad no está consciente de quien es y está tan desconectado de sus propios sentimientos, que asume la responsabilidad por las acciones de los demás. Se avergüenza por lo que hacen otras personas y toma las cosas de una manera personal. Invierte una enorme cantidad de energías en mantener una imagen o un estatus para impresionar porque su autoestima es muy baja, ya que depende del valor que los demás le otorgan”.

“Podemos explicar el cómo aprendimos esto desde diferentes enfoques”

“El análisis de un gran número de estudios revela que los padres estimulan las actividades típicas de género en los juegos, en los diversos quehaceres y en presentar la conducta alcohólica o no. El aprendizaje social es tal vez la base de la adquisición de la identidad de género y de los patrones de comportamiento incluso desde esta postura el comportamiento alcohólico, pero la simple imitación y el refuerzo no parecen explicar por completo como ocurren estos procesos”.

“Para la teoría del aprendizaje social, la conducta alcohólica puede adquirirse meramente por la observación y la imitación de la conducta de modelos y no requiere necesariamente la existencia de un estado de frustración previa. Según esta concepción no existiría algún elemento de tipo innato ni tampoco existen estímulos específicos desencadenantes de la conducta alcohólica, sino que sería el resultado de procesos de aprendizaje que ya revisamos en la sesión pasada”.

ANEXO 7.2.

Lámina.

EL CODEPENDIENTE Y EL ADICTO.....

QUIERE

SIENTE.

PIENSA.

HACE.

NECESITA.

TIENE.

ANEXO 7.3.

Actividad.

Responde al cuestionario con sí ó no.

1.-¿Te comprometes demasiado?

Si No.

2.-¿Te ves forzado a ayudar a otros a resolver sus problemas? (por ejemplo, ¿ofreces consejos que no te piden?).

Si No.

3.-¿Te sientes demasiado responsable de los sentimientos, pensamientos, acciones, necesidades y bienestar de otros?.

Si No.

4.-¿Te enorgulleces de crear calma en una situación caótica?

Si No.

5.-¿Tratas de complacer a otros y nunca a ti mismo?

Si No.

6.-¿Te cuesta trabajo expresar tus sentimientos?

Si No.

7.-¿Tienes dificultad en completar un proyecto? (llevarlo a cabo de principio a fin)

Si No.

8.-¿Tienes dificultad para divertirte?

Si No.

9.-¿Creciste en medio de demasiados "deberías"?

Si No.

10.-¿Tienes a ignorar problemas y pretendes que no existen?

Si No.

11.-¿Creciste en una familia problemática, reprimida, químicamente dependiente o disfuncional?

Si No.

12.-¿Sientes que si no eres productivo no vales?

Si No.

13.-¿Te sientes incómodo cuando te alaban?

Si No.

14.-¿Te sientes atrapado en las relaciones?

Si No.

15.-¿Quisieras tener más tiempo para ejercicios, aficiones o deportes?

Si No.

16.-¿Dices muy seguido que ya no tolerarás más ciertas conductas de otras personas?

Si No.

17.-¿Te sientes a menudo "loco" y ya no sabes qué es ser "normal".

Si No.

18.-¿Te sientes muy ansioso por un cambio o promoción en el trabajo?

Si No.

19.-¿Mientes o exageras, cuando sería igual de fácil decir la verdad?

Si No.

20.-¿Buscas constante aprobación y afirmación?

Si No.

21.-¿Tienes miedo de tu propia ira?

Si No.

22.-¿Buscas personas necesitadas para ayudarlas?

Si No.

23.-¿Tratas de guardar tus sentimientos para ti mismo y poner buena cara?

Si No.

24.-Cuándo tienes pereza, ¿te excusas?

Si No.

25.-¿Llegas siempre tarde a las citas, reuniones, etcétera?

Si No.

26.-¿Te sientes cansado y sin energía?

Si No.

27.-¿Sientes que si no te llevas bien con tu superior, es por tu culpa?

Si No.

28.-¿Te disgusta tomar cualquier riesgo?

Si No.

29.-¿Tienes a gastar el dinero compulsivamente, comer más de lo debido, tomar tranquilizantes, fumar, trabajar en exceso, o beber demasiado?

Si No.

CONTESTA VERDADERO O FALSO SEGÚN SEA EL CASO.

1. "Tomemos unas copas para entrar en calor":
VERDADERO FALSO

2. "Yo sólo bebo cerveza porque es bebida de moderación"
VERDADERO FALSO

3. "Me emborraché porque me crucé con vodka y whisky":
VERDADERO FALSO

4. "Con una copa es más sociable, resuelve su timidez y ansiedad"
VERDADERO FALSO

5. "Dale un café para que se le baje la borrachera":
VERDADERO FALSO

6. "La bebida le ayuda a inspirarse, es más creativo cuando bebe"
VERDADERO FALSO

7. "La bebida le ayuda a inspirarse, es más creativo cuando bebe":
VERDADERO FALSO

8. "La bebida alegre, estimula"
VERDADERO FALSO

9. "Fulano sabe beber, lleva más copas que ninguno y no se emborracha"
VERDADERO FALSO

10. "Lávate la boca o toma un chicle para que no huelas a vino":
VERDADERO FALSO

11. "No es alcohólico, sólo bebe vino":

VERDADERO

FALSO

12. "Fulano no es alcohólico, no anda tirado por las calles":

VERDADERO

FALSO

13. "A su familia no le falta nada; tienen dinero, viajes, lo mejor siempre":

VERDADERO

FALSO

14. "Es responsable, nunca falta a su trabajo, no es alcohólico":

VERDADERO

FALSO

ANEXO 7.5

Información.

"Una pregunta que frecuentemente se escucha por parte de las parejas de los adictos es "No se como "me fuí a casar con el o ella". Tampoco se pueden explicar porque no se han separado de él o ella. Es una realidad que la relación con el adicto (alcohol o drogas) es desgastante y se sufre a través de los años. Este tipo de pregunta que se hacen van acompañados de un gran componente emocional"

"Buscando la forma de dar un contestación simple y clara. La frase que utilizamos para contestar a la pregunta es "Jirafas con Jirafas". Esta contestación trae usualmente una expresión de confusión, y en ese mismo momento les preguntamos que si "han visto un chango con un hipopótamo?", "¡claro que no!" "Un cocodrilo con un león?" replicamos..... "tampoco" responden. Un perico con gacela?..... "No" "Pero si a visto una Jirafa con una Jirafa"....."Si" Bueno, entonces una forma de entender porque se caso y continua con su pareja es porque ustedes son una jirafa y su pareja también. Con un poco de humor que permite aliviar ligeramente la carga emocional que trae"

"La realidad es que las parejas son complementarias y curiosamente también esto se da dentro de un padecimiento. En el adicto lo que encontramos es una pobre tolerancia emocional y en la pareja encontramos una hipertolerancia emocional y usualmente vemos que ambos provienen de familias donde existe el antecedente del alcoholismo. Quedando claro porque utilizamos el "Jirafas con jirafas"y que nos ayuda también a entender el componente genético, "van a tener jirafitas". En la enfermedad de la adicción esta comprobado que hay un componente hereditario".

"A lo que surge la pregunta: ¿Bueno, y cómo es que se reconocen unos a otros?. Contando con un cerebro que es sumamente poderoso y de formas que no percibimos conscientemente en un principio se juntan las parejas. Para entender este fenómeno es como si una persona fuera por la calle cargando una almohada y nadie se fija en el o ella y tampoco el o ella se fijan en otras personas, hasta que dentro de un grupo de gente: ve a

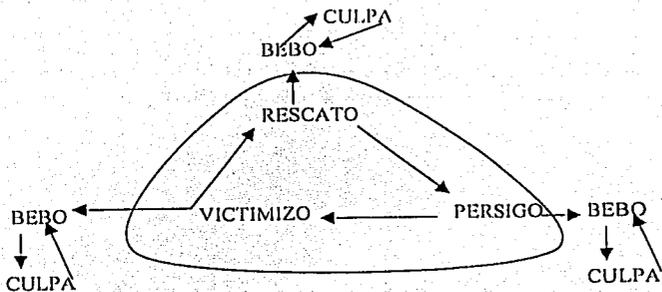
otra persona que también va cargando una almohada y se dan cuenta que ambos son iguales. "Jirafas con Jirafas"

"El codependiente idealiza, y al adicto le fascina ser idealizado, el codependiente es sumiso, el adicto es manipulador, es así como el adicto depende del alcohol y codependiente del codependiente, el codependiente es dependiente del adicto y codependiente del alcohol, no puede haber el uno sin el otro".

"El codependiente rescata, persigue y se victimiza y cualquiera de estas conductas son para el adicto un buen pretexto que lo lleva a tomar y posteriormente se culpa, entonces el codependiente lo persigue.....".

ANEXO 7.6.

Lámina.



SESIÓN 8.
ANEXO 8.1

“La familia, cuenta con características que permiten que se de una forma de comportarse dentro de ella. Para conocer esta forma de ser dentro de nuestra familia, se crearon ejes de análisis”.

“Primero debemos hablar de “Totalidad” en la familia, que dice que por ser la familia, más que la suma de sus partes, tienen la particularidad de alterarse si se modifica el comportamiento de uno de sus miembros, pero no como reacción de uno de ellos, sino como el movimiento de todas las características que forman a la familia”.

“Las características son las siguientes”:

- A) Límites: con este eje podemos observar si los límites entre los padres y los hijos son funcionales, así como entre la familia de origen del adicto y su cónyuge con su núcleo familiar actual. También vemos quién lo pone o los viola en la familia. La importancia de los límites radica en que son reglas que definen quiénes y cómo participan en los derechos y obligaciones de padres e hijos. Los límites funcionarán cuando los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- B) Alianzas: son las asociaciones abiertas o encubiertas de dos o más miembros de la familia, es decir, son alianzas que se forman dentro de la familia, son como equipos de dos o más miembros de la familia que se unen. Éstas serán funcionales si incluyen a miembros de la misma generación como hermanos vs. padres, si sucede lo contrario y se encuentran persistentes contra un tercero (lo que se llama coalición y veremos a continuación), se trata más bien de una asociación patológica.
- C) Coaliciones: son relaciones que se establecen entre uno o más miembros de diferentes o mismos subsistemas en contra de otro de los miembros de la familia (por lo general son connotadas de forma negativa, como cuando los miembros de una familia alcohólica se unen en contra del alcohólico).

- D) Territorio o Centralidad: Se refiere al espacio emocional o afectivo que cada quien ocupa en dentro del contexto familiar, es decir, como se involucra cada uno de los miembros de la familia emocional o afectivamente (puede ser cuando el padre del alcohólico tiene poco territorio o centralidad por su actitud periférica, su interacción escasa, cumpliendo su rol parental desde lo económico solamente y delegando la responsabilidad a la esposa o hijo mayor).
- E) Geografía o Mapa: Se refiere al esquema que representa en forma gráfica la organización de la familia, es decir, el espacio físico que se ocupa en el espacio en relación a los otros miembros de la familia (el alcohólico y los demás miembros de la familia ocupan un determinado espacio a partir de la dinámica familiar).
- F) Jerarquía: Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad. Lo más funcional es que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible y con posibilidad de negociación. Esto no sucede en las familias donde el padre o la madre son alcohólicos, ya que al perder autoridad, es un hijo el que la asume.
- G) Dinámica Familiar: puede explicarse como un conjunto de pautas con que se relacionan o negocian cada uno de los miembros de la familia, y así se establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado.
- H) Roles: son expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrán cada uno de los otros participantes en la relación familiar. Son otorgados y asumidos. Es decir, los papeles que se deben jugar en la familia, a partir de si me lo "dan" y si lo "recibo".
- I) Comunicación: es el intercambio de información entre los miembros de la familia, que comprende el conjunto de mensajes verbales y no verbales. Por ejemplo, en la familia con alcoholismo, lo que la madre quiere decirle al padre se lo dice al hijo que asume el papel de autoridad, quien luego se lo dice al padre y así se rompe la comunicación entre el papá y la mamá.
- J) Normas: son las reglas que rigen la conducta de los miembros de familia. Proporcionan una estructura a seguir. Pueden ser implícitas o explícitas, es decir, totalmente habladas y negociadas solo asumidas con nuestro actuar y reforzadas por

todos los demás miembros de la familia. Cuando el beber en exceso lleva a expresar sentimientos y el expresarlos sin beber se castiga.

- K) Valores: representan el significado y la coherencia de las actividades de cada uno de los miembros dentro de una familia. Son la base para juzgar el comportamiento entre ellos. Las normas permiten que estos valores se perpetúen.

“Estas características van cambiando con forme la familia cambia. Esto pasa ya que las familias atraviesan por un ciclo de vida y con esto, cambian las expectativas y problemas de cada uno”.

1ª Etapa: la Pareja en Formación. Es cuando la pareja se une, ya sea matrimonio o unión libre. Esta etapa es usualmente vista por las personas como una transición al gozo y al placer sin tomar en cuenta ninguna de sus dificultades. Puede ser visto como una meta en la se que llega a la felicidad eterna.

2ª Etapa: la Familia con Hijos Pequeños. En esta etapa hay una modificación sustancial de los roles y tareas para desempeñar entre la pareja. Ahora forma un nuevo subsistema y parte de sus funciones consiste en el establecimiento de una relación con sus hijos sin perder su relación de pareja. Al nacimiento del hijo, la pareja tiene que adaptarse a una realidad diferente a la falta de privacidad temporal y de necesidades de un tercero que tiene que ser asimilado al sistema.

3ª Etapa: La Familia con Adolescentes. Esta etapa es crítica en el desarrollo de la familia ya que la estabilidad del sistema se pone a prueba porque una de las características de los adolescentes es el reto a los valores establecidos de sus padres y de la sociedad en general. La presencia de los adolescentes implica un mayor intercambio de información del sistema con el medio externo.

4ª Etapa: La Salida de los Hijos del Hogar. Aunque esta etapa tiene un gran rango de edades y es sumamente variable dependiendo de la clase social y cultural a la que pertenecen, es común en todas, y como en las etapas anteriores, puede ser fuente de problemas o de enriquecimiento de experiencias familiares e individuales. Con la disminución del número de hijos y con el incremento de la longevidad, esta etapa llamada “nido vacío”, se ha incrementado continuamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

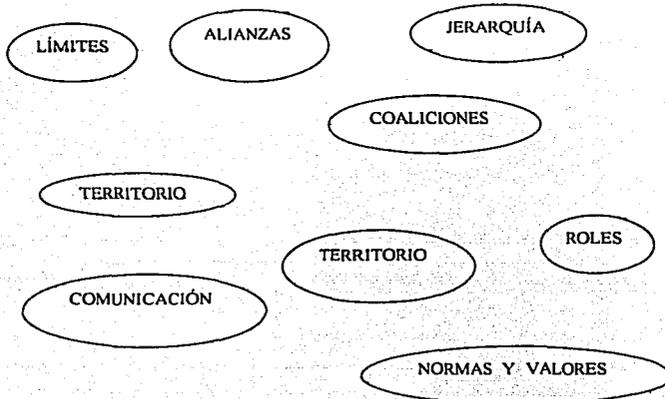
196

5ª Etapa: La Familia en los Últimos Años de Vida de la Pareja. En esta etapa se le presenta a la pareja un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones debidas al cambio en el estilo de vida por imposibilidades físicas, laborales, enfermedades y viudez. Pueden presentarse una baja autoestima.

“Cuando hay alcoholismo estas etapas tienen características específicas de relacionarse entre sí y con los demás. A continuación mencionamos algunas formas que se pueden dar en las familias con o sin alcoholismo y que dependiendo de este factor también cambian”.

- A) Amalgamada: Es la familia con perturbación en la formación y mantenimiento de los límites, siendo demasiado frágiles, invadiendo el subsistema de los hijos al subsistema de los padres con el permiso de éstos, sin permitir la integración de los roles sociales establecidos, la autonomía de sus miembros y sin la identidad personal de cada uno de ellos.
- B) Archipiélago: Aquí los límites tienden a ser rígidos y sus miembros no logran establecer y mantener relaciones duraderas entre sí.
- C) Distante: Es la familia que no necesariamente convive con el adicto, pero a pesar de su ausencia seguirá involucrada con una preocupación enferma que denota la necesidad de control por parte de la familia sobre lo que el adicto haga o deje de hacer.
- D) Resistente: Es la familia con dificultades para la aceptación del alcoholismo a pesar de haber recibido la información pertinente. Intentarán controlar la situación, al paciente, al terapeuta o simplemente pondrán distancia, desertarán del tratamiento y buscarán distintas opiniones especializadas pero sin comprometerse con ninguna.
- E) Incapacitadora: Es una variante de la anterior en la cual observamos una actitud que puede estar enmascarada con un comportamiento aparentemente colaborador, pero con la intención de mostrar una buena imagen para no comprometerse a fondo en el tratamiento, ni mucho menos en lo referente a la exploración de las causas.

SISTEMA FAMILIAR



- ✓ AMALGAMADA
- ✓ ARCHIPIÉLAGO
- ✓ DISTANTE
- ✓ RESISTENTE
- ✓ INCAPACITADORA

- HIJOS PEQUEÑOS
- HIJOS ADOLESCENTES
- NIDO VACÍO
- ÚLTIMOS AÑOS DE VIDA

- PAREJA EN FORMACIÓN

SESIÓN 8.

ANEXO 8.3

Actividad: "mi familia en el teatro".

Objetivo: que las participantes apliquen los conocimientos adquiridos en esta sesión al actuarlos.

Material: dulcera de cristal dentro de la cual habrá papelitos doblados con los ejes de análisis del sistema familiar.

Instrucciones: "formarán equipos de cinco personas, cada equipo sacará un papelito para saber que tema le toca. Cuando lo lean, tendrán 5 minutos para organizarse y hacer una representación de cómo es esta característica en una familia".

"Una vez que hayan terminado, cada equipo pasará a actuar según como se hayan organizado, las demás solo observaremos".

ANEXO 8.4

Información.

“En la familia codependiente o con comportamiento alcohólico, se dan formas específicas de relacionarse entre los miembros, es decir se da una estructura y una dinámica alrededor del alcohólico. A continuación veremos cómo es una familia con estas condiciones”.

1. **NEGACIÓN DEL ALCOHOLISMO.** Así como el alcohólico maneja sus mecanismos de defensa, la familia utiliza los propios y en esta forma el proceso se prolonga. En una familia codependiente podría decirse que la adicción es mantenida por la conducta de todos los miembros de la familia, y frecuentemente se ve reflejada también por unos patrones de conducta de larga duración. Es así como la familia, en su afán por ayudar a su alcohólico, solo prolonga esta conducta porque no se acepta primero.
2. **INCOMUNICACIÓN.** Por lo general, en la familia alcohólica se desarrolla la triangulación de la comunicación que como ya hemos comentado, el alcohólico y el codependiente utilizan a los hijos para mandarse mensajes. Es una comunicación agresiva donde hay insultos, gritos y humillaciones, y aunque en ocasiones sean muy sutiles las agresiones, se deteriora la autoestima con el que se tiene la comunicación e incrementan los resentimientos. Es una comunicación implícita, con pocas palabras se trata de decir todo, esto crea mucha confusión y enojo porque no se entendió lo que se dijo, o se distorsiona la comunicación. En la familia alcohólica la comunicación es caótica. “¿dice mi mamá que si vas a comer? Porque aquí no es restaurante”.
3. **AMBIENTE EMOCIONAL DE CONTINUO SUFRIMIENTO.** La familia vive en un estado emocional de continua tensión, de stress, una sensación de vacío por la falta de apoyo, comunicación, amor y confianza. En los miembros pequeños de la familia hay miedo no sólo por el dependiente al alcohol sino también por la codependiente, que reacciona ante la conducta del mismo en forma impulsiva y agresiva, creando temor, ansiedad e inseguridad en los miembros de la familia. Existe una sensación de

frustración continua, impotencia y desesperanza por la conducta repetida tanto del alcohólico como del codependiente, coraje, odio, enojo y resentimientos porque nadie aprende de las experiencias y todos culpan a todos. Además la expresión de sentimientos no es permitida, así la tolerancia al sufrimiento en la familia va aumentando.

4. **FALTA DE ESTRUCTURA FAMILIAR.** El alcoholismo impide el funcionamiento o la toma de responsabilidades por los miembros de la familia, por lo actúan ante el comportamiento alcohólico, tratando de sobrevivir. Esto hace que algún miembro familiar, por lo general, el cónyuge o el hijo mayor, tome las responsabilidades que el alcohólico dejó, lo que trae como consecuencia gratificaciones inconscientes que prolongan la dependencia. La familia tienen ahora un nuevo estilo de vida en el cual se han cambiado los roles de la familia adicta. El control, el poder, la toma de decisiones, los permisos, incluso los negocios familiares están ahora bajo la dirección del codependiente, que se vuelve la cabeza de la familia. El alcohólico pasa a ser el "chivo expiatorio": todos justifican su irresponsabilidad culpando al alcohólico de todo, éste al sentirse culpable, nuevamente encuentra la justificación para continuar emborrachándose, con el fin de disminuir el sentimiento de incomodidad y así sucesivamente a lo que los grupos de Al-Anón llamó el carusel de la negación.

"La familia centra su atención en el alcohólico, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, el comportamiento alcohólico ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función específica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel "funcionando" disfuncionalmente".

5. **CAMBIO EN LOS VALORES DE LA FAMILIA.** En la familia codependiente los valores normales se van cambiando poco a poco por los nuevos valores del alcohólico. Los principios, la moral, las reglas de urbanidad, la ética familiar, todo ha quedado alterado. Ahora se funciona con una desorganización donde no hay coherencia, es un ambiente impredecible, con falta de respeto entre todos los miembros de la familia. Se puede llegar tarde a la hora de comer, no llegar a dormir

a la casa, llegar tres días después, durante los alimentos hay gritos, quejas, ofensas, humillaciones, amenazas, insultos y en ocasiones hasta golpes.

“La familia aprende a ser irresponsable como una medida defensiva ante esta situación caótica, ningún miembro se hace responsable de si mismo. Todos estan tensos, ansiosos, angustiados, agresivos, con miedo, terror. Esto sucede continuamente, convirtiéndose en una rutina familiar. Este ritual es el que se cree que posterga la identidad de la familia alcohólica de una generación a la siguiente, perpetuando el alcoholismo de la familia”.

6. ESTANCAMIENTO Y EVOLUCIÓN A LA CRONICIDAD. La familia, en su intento de sobrevivir, hecha mano de todos los recursos que tiene para tratar de continuar en pie. En este sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de su realidad con evasión, minimización, justificación, racionalización y otras defensas. Al no enfrentar la realidad y negar la enfermedad familiar se prolonga el proceso y el sufrimiento se hace crónico.

“La familia se ha inmunizado, desarrollando una tolerancia al sufrimiento. La familia no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia a la situación caótica, dolorosa, exhibe gritos, destrozos, actitud indiferente, manipulación. Esta tolerancia se da junto con una incapacidad de sentir, un bloqueo absoluto de los sentimientos, y se llega a convertir en una forma de complicidad con el alcohólico. La tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor, la nostalgia estarán presentes en cada uno de los miembros de la familia”.

ANEXO 8.5

Láminas.



SESIÓN 9.

ANEXO D.1

Información.

“Dentro de la familia alcohólica, cada miembro tiene un rol asignado y asumido, que puede variar a partir de su historia de vida. Daremos una descripción de algunos de los papeles que se pueden jugar en estas familias:”

- A) Padre Ausente: Ya sea por muerte, separación o porque no ha asumido su rol, el padre desaparece dejando un hueco que otro tendrá que ocupar.
- B) Padre Distante: Es aquel que da prioridad a aspectos fuera del hogar y que además no muestra afecto o atención a su esposa e hijos; es desapegado emocionalmente.
- C) Padre Frágil: No es convincente en sus decisiones, sus límites o sus órdenes. Es un hombre de “paja” que no logra convencer más que a través de actitudes extremas. Puede ser abiertamente resignado o delegar el poder a otros, o simplemente asumir su rol siendo pasivo.
- D) Padre Autoritario: Es la actitud que tenderá a asumir para lograr un lugar como padre que no ha mantenido, lo cual sucede por soledad, depresión o porque la madre lo controla desde la sumisión de ella a través de la cual se puede aliar con los hijos.
- E) Padre Adicto: Es aquel que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive al grado de no notarse como problema, a veces siendo otro miembro de la familia el que parece tener más problemas o por el cual se inicia un tratamiento.
- F) Padre Agresivo: Es aquel que muestra una actitud violenta en forma predominante con la mayoría de los miembros de la familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

204

- A) Madre Demandante: Es aquella que en una forma abierta va a demandar una especial atención para justificar su papel de mujer conflictiva o buscapleitos con el marido, o como una mujer que sufre tanto y que no sabe manejar sus emociones.
- B) Madre Controladora: Ésta se mostrará con una necesidad de controlar las situaciones familiares, las conductas, los descos y pensamientos de otros.
- C) Madre Sobreprotectora: Podrá solapar actitudes inclusive destructivas; al no poder convencer al alcohólico tenderá a cuidarlo y ocultarlo evitando que se responsabilice de su comportamiento.
- D) Madre Abnegada: Sería el equivalente al padre frágil, pero con el señalamiento de que esta actitud está más reforzada culturalmente. Desde aquí, la madre tendrá el beneficio secundario de tener cerca a los hijos.
- E) Madre Castrante: Es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra y compite jugando a hacer menos a los otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.
- F) Madre Adicta: Es aquella que abusa del alcohol, reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas inclusive.
- A) Esposa Maternal: Es la actitud más recurrente de la pareja del adicto, ya que tiende a regañarlo y a la vez protegerlo en lugar de hacerla de esposa la hace de mamá de su esposo, pues prefiere esta actitud por miedo a quedarse sola.
- B) Esposa Resentida: Este comportamiento ayuda a la esposa a mantenerse lejos del alcohólico, como parte de este juego, sin dejar de estar sobreinvolucrada desde el coraje. A pesar del resentimiento no muestra y no acepta alternativas.
- C) Esposa Cómplice: Esta actitud representa a una gama de comportamientos que abiertamente mantienen la adicción. Esta mujer incluso puede ser adicta, pero no es condición necesaria. Quizá sea la única forma de tener a su pareja cerca, aunque sea intoxicado, o si deja de beber el alcohólico no tendrá a quien cuidar.

- D) Esposa Rígida: Es el comportamiento que impide un proceso de cambio, no quiere ver como ella forma parte del alcoholismo familiar, ni quiere ver su codependencia.
- E) Esposa Castrante: Al igual que la madre castrante, es un rasgo que caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra y compite, lleva a bajar la autoestima de otros.

“Los hijos en estas familias no reciben lo necesario para su sano desarrollo emocional. Funcionan muchas veces como el escaloncito que la familia necesita para ver la problemática por los problemas emocionales que presenta y que puede llevar a iniciar un trabajo terapéutico. También la hace de llena-huecos, porque al sobreinvolucrarse en la dinámica familiar juega el papel que a otro le tocaba jugar. Es común que sea un mensajero entre los padres”.

- A) Hijo(a) Parental: Se refiere al hijo(s) que juega a ser el padre, lo cual no le permite seguir con su desarrollo normal. Puede organizar o establecer las normas familiares.
- B) Hijo(a) Rebelde: Es el abiertamente terco, ausente, distante, crítico y desobediente que reta con su actitud a los padres para que lo frenen.
- C) Hijo(a) Manipulador: Es el clásico hijo que se aprovecha de la intoxicación del padre para pedirle ciertas cosas que en estado desintoxicado aquél no otorgaría, o condicionar cada actitud propia a cambio de premios, regalos o permisos.
- D) Hijo(a) Dependiente: Es el que no ha logrado su autonomía y que requiere estar con alguno de los padres en forma notoria.
- E) Hijo(a) Adicto: Es aquel que usa tóxicos en forma evidente y quizá descontrolada, ya sea fuera de su casa o compartiendo la complicidad con el padre adicto.
- F) Hijo(a) Resentido: A diferencia de la esposa resentida, el hijo con esta actitud justificará cualquier otro comportamiento que salga de las normas familiares. Puede ser explícito o implícito con una actitud de silencio y suspicacia.

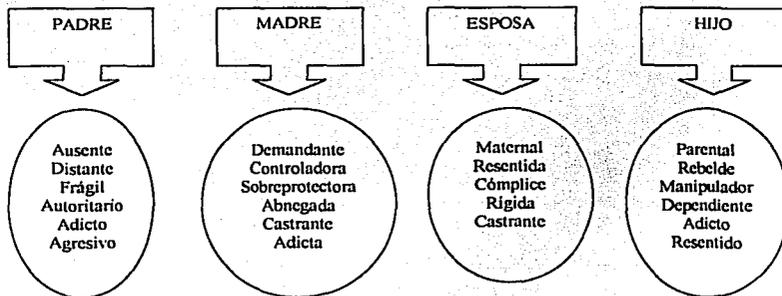
“Esta es una realidad dolorosa del alcoholismo, dentro de la familia cada miembro presenta un grado de daño; aún cuando ellos no consuman sustancias desarrollarán los mismos patrones de conducta que han aprendido y éstos estarán presentes en su nueva relación familiar y serán continuados generacionalmente, hasta que alguien inicie un cambio de actitudes, formas de relacionarse, aumente su autoestima, y salga del juego”.

“Otra situación que se presenta en la familia alcohólica es el “mártir”, la víctima, un rol que le da oportunidad al codependiente de ser el “bueno”, el que aguanta, el santo, y recibe gratificación en esta posición por parte de la gente, lo admiran, lo felicitan por ser tan “bueno”, por “no tirar la toalla”, por soportar tanto y por cargar “la cruz” sin quejarse. El codependiente se siente gratificado, aceptado y en ocasiones hasta orgulloso de serlo, sin percibir que no le da ningún crecimiento personal y que lleva a la familia a continuar con la adicción”.

“El hecho de tener un alcohólico dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia. Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias de la adicción; por ello la familia inconscientemente se siente bien con un “enfermo” en casa. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida”.

ANEXO 9.2

Láminas.



SESIÓN 10.

ANEXO 10.

Información.

“Este trabajo se llama Constelación Familiar, es fuerte, pero muy sanador por que cada una de ustedes tendrá la posibilidad de cerrar pendientes, podrán escuchar cómo se sienten cada uno de los elementos de su familia, acomodar a cada uno de los miembros de la familia, además de darse cuenta de que lugar ocupan

“Se trata de lo siguiente: necesitamos una voluntaria” Una vez que se tiene se le dirá: “elige de todas las compañeras a una que represente a tu mamá, a tu papá, hermanos y a otros miembros de la familia, siempre que vayas a decirle a alguien primero le preguntas ¿puedes representar a...?”

“Ahora que ya tienes a todos los miembros de tu familia aquí imagina cómo está acomodada en este espacio tu familia, velas acomodando como quieras” Hará esto con toda la familia y se le pedirá que esté en un lugar donde pueda observar, si es necesario puede re acomodarse.

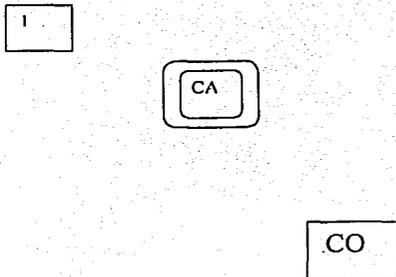
Una vez hecho esto se les pedirá a las participantes que están representando que: “Cierren los ojos y respiren profundamente inflando el vientre y soltando una “A” larga, - varias veces- ¿Qué sienten?, ¿Tienen alguna idea?, ¿Qué sensación tienen al estar en ese lugar?, ¿Tienen algún deseo de movimiento?” Responderán de una por una.

A partir de lo reportado, empieza el trabajo de acomodo y cierre.

Nota: El trabajo será así con cada participante, por eso son cinco sesiones (10-15), está pensado que en cada sesión trabajen cuatro participantes y se dará un pequeño receso de 5 min. después de cada trabajo.

Ejemplo de una Constelación Familiar.

Hay una pareja que tiene siete años de casados se llaman Martín y Carolina. Tienen un hijo de 7 años. Supongamos que se trabaja con la esposa, y se le pide configurar a la familia y nos da la siguiente figura.



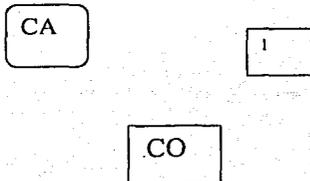
Abreviaciones:

Co. Compañero (Martín)

Ca. Compañera. (Carolina).

I Hijo único.

Se le pregunta a Carolina ¿Está bien así? Ella responde que no y se hace otro acomodo



El terapeuta T: pregunta al hijo ¿Cómo se encuentra el hijo?

Hijo: me siento totalmente inseguro, mi mirada se dirige al vacío, veo a mis padres solo de reojo. Siento frío.

T: ¿qué tal la mujer?

Compañera: Me parece inquietante no tengo ninguna clase de contacto con el hombre que está tras de mí.

T: ¿Cómo se encuentra el hombre?

Compañero: Bastante bien pero mi brazo derecho me pesa
Carolina interviene y decide hacer un cambio y queda así:



T: ¿Qué tal el hombre ahora?

Compañero: Mejor pero me gustaría ir a la derecha.

T: ¿Qué tal "Carolina"? (representante de Carolina).

Compañera: Me siento mejor ahora, pero preferiría ponerme al lado de mi compañero para no tenerlo a espaldas.

T: ¿Cómo está el hijo?.

Hijo: me siento más tranquilo y seguro, la atracción hacia mi madre es mucha.

Compañero: Necesito dar un paso hacia delante.

Queda la constelación de la siguiente manera



SESIÓN 15.
ANEXO 15.1
Información.

“La elección de la pareja se da a partir de diferentes factores que tienen que ver con nuestra historia de vida, con las experiencias dentro de nuestras familias de origen. Comentaremos algunas teorías de cómo elegimos pareja”.

1.-TEORÍA SOBRE EL PRINCIPIO DE SEMEJANZAS.- Lo cercano nos da seguridad. Las personas nos sentimos semejantes a los que les agradan, nos sentimos atraídas por los que tienen actitudes, valores y rasgos semejantes por ejemplo: religión, raza, clase social, idioma, comunicación, ideales, intereses, necesidades.

“En algunos aspectos las personas son parecidas antes de casarse, en otros aspectos se perciben como iguales, o se van haciendo iguales o muy parecidos a lo largo del tiempo, las similitudes son la base en el inicio de una relación”.

2.-TEORÍA DE LA COMPLEMENTARIEDAD.- Para formar una pareja se busca a una persona que satisfaga nuestras necesidades, y para ello buscamos personas con características diferentes. Las personas que tienen necesidades complementarias se atraen. En la relación hay factores similares importantes en la vida de las parejas por su complementariedad

3.-TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL.- En toda relación se da y también se recibe, se da un intercambio de beneficios, recompensas y costos, aunque casi siempre se intenta tener más beneficios y recompensas que costos. Esto depende de los miembros de la pareja. Se debiera de repartir equitativamente las recompensas y los costos disponibles en cuanto a la contribución de cada uno, ya que la repartición inequitativa genera angustia o desequilibrio.

“La percepción de recompensas y costos es vista desde el cristal con que se mira dependiendo de normas, aspiraciones, ideales, nivel de comparación propio y de alternativas reales o imaginarias; es decir a partir de la historia de vida, lo que da la cantidad y calidad de los recursos que cada uno tiene para dar y recibir”.

“Se debe de tomar en cuenta las necesidades de la pareja y las propias, y de acuerdo a nuestros recursos y posibilidades proporcionarlas y recibirlas”.

4.-TEORÍA DE LOS COMPONENTES DEL AMOR.- Se basa en tres componentes básicos que pueden estar presentes de diferentes formas en diferentes momentos en el inicio de la pareja, los componentes son:

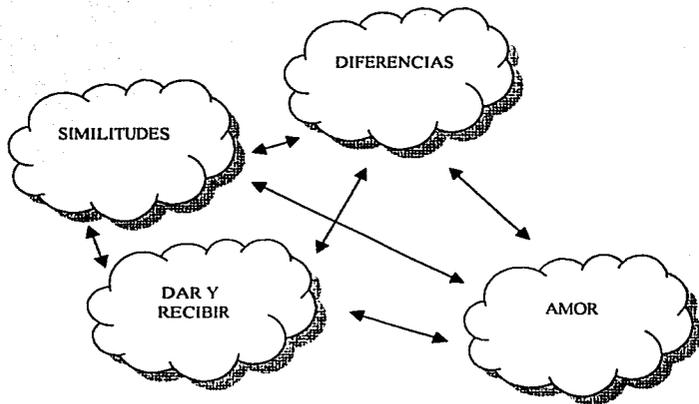
- Ψ Intimidad.- se refiere al aspecto de cercanía, comunicación, unión. Es un sentimiento hacia otra persona.
- Ψ Pasión.- se refiere a la sexualidad, interés y atracción física. Es un componente que nos permite tener motivos para estar o no con una persona.
- Ψ Compromiso.- es la decisión de continuar con una persona. Es un componente más intelectual, razonado.

“En una relación de pareja lo más sano y conveniente para ambas partes es que estos tres componentes estén presentes y sean cuidados, no existe pareja alguna que sea perfecta con un equilibrio entre estos, pero la comunicación, que veremos más a fondo, es básica para tratar de equilibrarlos”.

“La historia de vida de cada persona nos da datos importantes de las características y conductas buscadas y esperadas en una pareja, es buscar lo conocido por más malo que esto parezca. Esto pasa en las familias con alcoholismo, donde los miembros de la pareja vienen de familias también alcohólicas y entonces, no queriendo ver esto, se unen”.

ANEXO 15.2

Láminas.



24

ANEXO 15.3

Actividad: "pareja o dispareja".

Objetivo: las participantes analizarán cómo es su elección de pareja a través del juego.

Distribución del Espacio: sin sillas, sin obstáculos.

Tiempo de toda la dinámica: 30 min.

Instrucciones: "caminarán en dirección libre, respirando profundo, inflando el vientre y sacando el aire con una "A" a larga, como ya lo saben hacer". Esto será durante un minuto. "ahora caminen aumenten la velocidad, solo un poco en su andar, tal vez un poco más..... ahora caminen hacia atrás..... de lado..... del otro lado.... nuevamente de frente". Después de unos minutos, se repetirá la secuencia aumentando la velocidad hasta llegar al trote. "Ahora bajen la velocidad de su marcha poco a poco, de frente hasta llegar a su paso normal". "en esta caminata encontrarán a otras personas diferentes o parecidas, las dejamos pasar, las vemos a los ojos y las dejamos pasar junto a nosotras, como cuando vamos por el mundo que vemos a muchas personas, seguimos caminando y cuando digamos AHORA, formaremos parejas". Después de unos segundos: "ahora... sigan caminando, con su pareja, se toman de la mano, y sigan caminando.....aceleren un poco el paso...un poco más.....de frente en dirección libre...ahora hacia atrás...de lado...del otro lado.... ahora como ustedes quieran caminar sin soltar a su pareja.... es libre la forma de caminar, usen su creatividad". Después de unos minutos: "caminen normalmente de frente en dirección libre con su pareja y vayan bajando la velocidad, un poco más lento, respirando profundo, un poco más lento y busquen un lugar para sentarse.....respiren profundo como ya saben, inflando el vientre sacando el aire en una "A" larga, cierren sus ojos y en una palabra o frase corta digan cómo están o cómo se sienten".

SESIÓN 16.

ANEXO 16.1

Información.

“Como ya veíamos, todas las personas queremos a menudo una clase de matrimonio diferente al de nuestros padres, pero lo conocido genera una fuerza poderosa. Por lo general se buscan relaciones de pareja similares a la de los padres, no por herencia sino por seguir modelos familiares”.

- ψ Mensajes: una de las formas de aprender de los padres es al recibir los mensajes que nos transmiten, ya sea verbales o no verbales. De esta forma los mensajes se relacionan con la interpretación que se hace de lo que los padres “dicen”. Los mensajes que recibimos en la familia, se convierten en información que usamos sobre nosotros mismos y sobre la pareja, es decir, usamos la comunicación que nuestros padres han usado y los usamos con nuestras parejas.
- ψ Repetición de Patrones: el tipo de dinámica familiar que vivimos en casa, nos lleva a aprender formas de relacionarnos. Estas formas las llevamos a la práctica en nuestras relaciones personales incluyendo a la pareja. Por ejemplo, una madre que cuando se victimiza y obtiene algo del padre, envía mensajes a los hijos de una forma de dinámica, que al repetirse muy seguido se aprende y se cree que es la única forma de relacionarse con los demás.
- ψ Autoestima: esta tiene mucho que ver con la relación de pareja. La baja autoestima conduce a nociones equivocadas acerca de lo que puede ser el amor, de esta forma en la relación de pareja se continua con una autodevaluación, y desde mi autoestima baja hablo con mi pareja.
- ψ Identidad Genérica: el aprendizaje de lo que es un hombre y un mujer, también lleva a relacionarnos con nuestra pareja. Las personas tratan de cumplir con las expectativas asignadas para cada género. Las mujeres y los hombres tendemos a mostrar con la pareja aquello que creemos es adecuado para cada género, aun

cuando pueda existir desagrado, pero para evitar una sanción social solo callamos y seguimos.

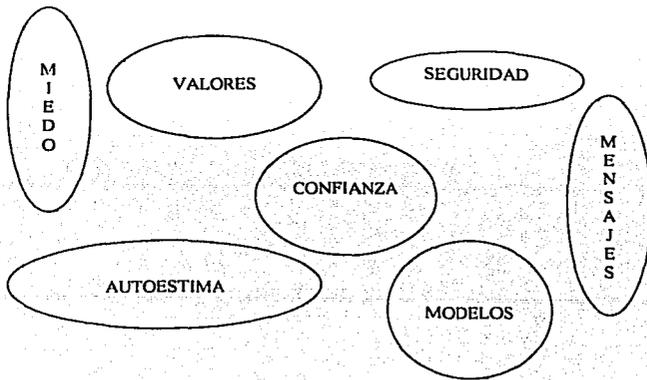
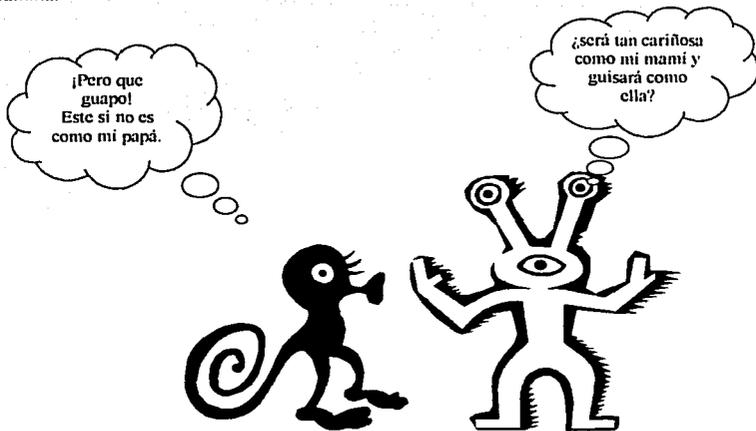
- ψ Seguridad: al elegir a la pareja se busca a alguien que nos ayude con algunas responsabilidades. Se busca la seguridad emocional, apoyo, compañía, contención; es decir, buscamos "poder" mostrarnos con la pareja tal y como somos y lo que necesitamos.
- ψ Confianza: se busca en la pareja siempre alguien que no dañe emocionalmente, que comprenda, que "esté ahí", que proporcione lo que se necesita. Buscamos alguien con quien no sentir el miedo que sentimos cuando éramos niñas.
- ψ Miedo: en la mayoría de las personas hay miedo a perder el control de la propia vida o miedo a perder el amor según como lo hayamos vivido; así como se busca la seguridad y la confianza, da miedo tenerla y soltarnos en las manos de otra persona.
- ψ Valores: independiente de los valores y las normas con las que se crece, para luego dejarlas muy bien guardadas en nuestras mentes y sacarlas cuando creemos necesario, y que en la relación de pareja las usamos para tomar decisiones, también hablamos de los valores que damos a cosas específicas para poder decir "con éste si o con éste no", por ejemplo, para algunos la apariencia física es muy importante mientras que para otros, los ideales los son más.

"Se puede observar, como lo hemos estado repitiendo, las experiencias en nuestra infancia son lo que lleva a un tipo de relación de pareja. En ninguna persona, las necesidades que teníamos de niños fueron cubiertas del todo, ya sea porque la madre no estuvo del siempre por alguna situación o porque vivimos como una carencia alguna situación específica. Esto lleva a una forma de conducirse por el mundo lo que, en aquel momento nos permitió sobrevivir al dolor emocional (recordemos que de bebés somos pura sensación), sin embargo, cuando crecemos buscamos cubrirla".

"Cuando la situación familiar es de constante dolor como en las familias codependientes al alcohol, es mucho más frecuente la carencia afectiva. Los padres se relacionan desde la "falta" de cuando eran niños, y los hijos la reciben y la aprenden como forma de vida".

ANEXO 16.2

Lámina.



ANEXO 16.3

Actividad: "que doy, que recibo"

Objetivo: las participantes analizarán los factores que intervienen en su elección de pareja.

Material: hojas blancas dobladas por la mitad, plumas.

Instrucciones: "escribirán en la hoja que se les dio 5 cosas que desean recibir de una pareja, y en la otra mitad, 5 cosas que quieran dar y estén dispuestas a dar a una pareja".

SESIÓN 17.

ANEXO 17.1

Información.

“Se ha escrito mucho sobre el amor y siempre se parte de que la pareja y el amor van juntos, pero no necesariamente es así puesto que existen diferentes amores (a los padre, a los hijo, a los amigos, a la profesión)”.

“Se ha hablado del amor durante siglos, en canciones, poemas, en libros, sin embargo es muy difícil definirlo”.

“Se dice que el amor debe tener como características la comprensión, el respeto, la tolerancia y la aceptación, lo cual es muy difícil, ya que por lo general nos “enamoram” de lo maravilloso de la otra persona, pero lo medio “feito” no queremos no verlo. Esto nos permite comentar que cuando iniciamos una relación de pareja tendemos a idealizar a la persona y a la relación misma; por ello el desencanto en el matrimonio”.

“Primero diremos que el amor nos hace mejores con nuestros semejantes y con nosotros mismos al relacionarnos desde esta parte nuestra. De esta forma el amor es la preocupación que nos lleva a movernos por la vida y el crecimiento de lo que amamos y lleva a la felicidad y a la satisfacción”.

“Mucho también se habla de que el amor contiene el compromiso, el respeto, el bienestar, el crecimiento emocional e intelectual. Este sentimiento de bienestar lleva a dar con placer lo que la pareja necesita y recibir con placer lo que brinda la pareja, creciendo ambos en todas las áreas de la vida”.

“Aunque muy difícil de notar, hay una diferencia entre el amor y el enamoramiento. El enamoramiento implica ver solo las cualidades de la pareja, y sentirse atraídos por éstas;

por lo general se da al inicio de la relación de pareja, sin embargo, puede durar mucho más tiempo cuando no se quiere dejar la idealización”.

“Con la palabra amor la las personas fabrican un ideal afectivo que representa el movimiento que hacemos para adaptarnos a la relación del momento. La idealización, también tiene que ver con la sociedad, a partir de que también hay un estereotipo de lo que es el amor en la pareja”.

“Se puede decir que el amor existe cuando la sensibilidad a las necesidades del otro es constante y la entrega es sin egoísmo con el fin de enriquecer la vida del otro y de esta forma recibir como consecuencia para enriquecerse uno mismo”.

“En esta parte del dar y recibir, la comunicación es básica. Es uno de los componentes más importantes en la relación de pareja. La mala comunicación tiene relación con el autoconcepto, la autoestima y lo aprendido en casa (recuerden lo que vimos de los mensajes y los patrones familiares)”.

“La comunicación no es sólo transmitir información al otro, sino escuchar. Uno de los problemas de la comunicación está en adivinar o imaginar o creer que sabemos lo que el otro piensa, siente, quiere y necesita. Es por ello importante, el diálogo constante en la pareja, don de se exprese sin agresión lo que se desea contar o decir al otro, y escuchar lo mismo del otro”.

“La comunicación, que es básica en todas las parejas, nos da la oportunidad de conocer más a la persona amada y por supuesto a nosotros mismos. Uno los temas esenciales en los diálogos debe ser el sexo ya que la sexualidad es otro de los factores importantes en la pareja. Comprende actitudes, patrones de comportamiento, formas de pensar, valores, prejuicios, sanciones genéricas, pero también pasión, intimidad, ternura, cariño, amor, placer”.

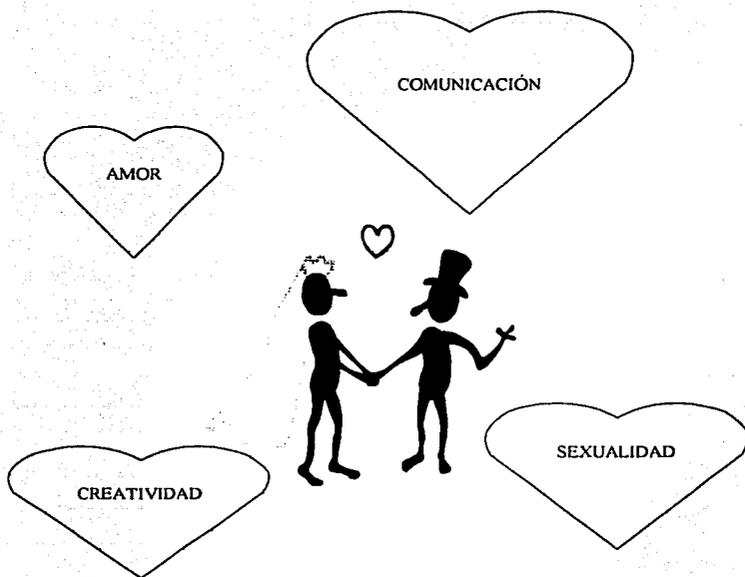
“El sexo en la cultura es condicionado por la educación, las costumbres y expectativas de vida, y esto repercute en la vida social, laboral y familiar”.

“El sentimiento amoroso en el sexo arrastra al ser humano en su biológica y psicológicamente hacia la persona que ama; representa la entrega del propio ser y la apetencia del amado”.

“El sexo en la pareja debe ser hablado y para ello debemos conocernos, investigar, innovar, crear, buscar placer y establecer el lazo afecto dentro del acto. La mala información, la cultura, lo aprendido en casa influye en las creencias o ideas falsas sobre el mismo; por ello es muy importante informarse y estar en constante comunicación con la pareja ya que el acoplamiento sexual también es un factor que puede llevar al establecimiento de la pareja”.

ANEXO 17.2

Láminas.



ANEXO 17.3

Actividad: "teléfono descompuesto"

Objetivo: las participantes generalizarán a importancia de la comunicación en la relaciones interpersonales.

Instrucciones: "sentadas en semicírculo, les pedimos que la primera del lado derecho diga algo al que le sigue por la derecha, y esta segunda debe repetir el mensaje a la que está a su lado derecho y así sucesivamente; la última deberá decirlo en voz alta. Al finalizar quien dio el mensaje deberá pasarse hasta el final y se recorrerán los lugares, la segunda deberá ahora dar un mensaje y pasarlo a las demás. Se hará así varias veces".

ANEXO 17.4

Cuestionario.

1. ¿cómo le expreso mis sentimientos a mi pareja?
2. ¿cómo me demuestra sus sentimientos mi pareja?
3. ¿cómo expreso mis necesidades?
4. ¿cómo expresa mi pareja lo que necesita?
5. ¿qué ideas nuevas tengo para hacer con mi pareja?
6. ¿qué hago para poner en práctica estas ideas?
7. ¿cómo hablo de sexo con mi pareja?
8. ¿cómo me siento cuando hablo de sexo?
9. ¿cómo considero, en estas 4 áreas (amor, creatividad, comunicación y sexualidad) que estoy en mi relación de pareja

SESIÓN 18
ANEXO 18.1
Información.

“En la medida que un individuo interactúa satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más retroalimentación social positiva y llegará a calificar de forma positiva su propio yo. Cuando las relaciones con otras personas significativas se caracterizan por la ansiedad, la frustración de las necesidades, la autoevaluación del individuo será consecuencia negativa, distorsionada y regresiva”.

“La teoría del aprendizaje social propone que la falta de asertividad se debe a las habilidades adquiridas a partir de los modelos (familia) donde se da la mala enseñanza directa, a través de instrucciones y respuestas sociales reforzadas o castigadas”.

“El desarrollo social significa la adquisición de la capacidad para comportarse de conformidad con expectativas sociales”:

- ψ Como aprender a comportarse socialmente aprobado.
- ψ Asignación de papeles o roles.
- ψ Desarrollo de actividades sociales.

“Por consiguiente la conducta socialmente habilidosa se define en términos de la efectividad de su función en una situación determinada. Se define a las habilidades sociales, como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego los individuos en situaciones interpersonales para obtener o mantener un reforzamiento del ambiente”.

“Una habilidad social es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

“Algunos ejemplos de habilidades sociales son: hablar en público, expresar agrado, defender derechos, pedir favores, rechazar peticiones, expresar opiniones, disculparse”.

Los componentes de una habilidad social son:

Componentes No Verbales.

1. La mirada: intensifica la impresión de algunas emociones como ira, mientras que el mirar menos intensifica otras emociones. La mirada mutua implica que se ha establecido “contacto ocular” con otra persona. Los significados y las pautas de miradas son múltiples.
2. La sonrisa: es un componente que puede utilizarse como sonrisa defensiva, como gesto de pacificación, para suavizar o rechazar, comunicar una actitud amigable.
3. Los gestos: es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador, comunicando alguna información; esto es cultural.
4. La postura: la posición del cuerpo y de las extremidades, la forma en que se sienta, como está de pie, como camina reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí mismo y su relación con los otros.
5. La distancia/contacto físico: el grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía según el contexto social, existen diferentes puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales.

Componentes Paralingüísticos.

1. El volumen de la voz: su función es hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos.
2. La entonación: sirve para comunicar sentimientos y emociones, un tono que no varía puede ser aburrido o monótono, sirven para ceder la palabra.

3. La fluidez: las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias; las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.
4. La claridad: si se habla arrastrando las palabras con un acento, vocalización excesiva se puede hacer pesado a los demás.
5. La velocidad: el tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

Componentes Verbales.

1. El contenido: las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esta situación y lo que está intentando comunicar. El tema contenido del habla varía en gran medida. La conducta socialmente habilidosa es por ejemplo expresar atención, comentarios positivos, hacer preguntas los esfuerzos verbales.

“Las conductas asertivas son la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos. Implica respeto hacia uno mismo y respeto hacia los demás al permitir la expresión de ellos. Las personas tienen que reconocer cuáles son sus responsabilidades en esa situación y que consecuencias resultan de su expresión; su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables”.

CONDUCTA NO ASERTIVA O PASIVA.

“Es incapaz de defender sus propios derechos, de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o al expresarlos de una manera autoderrotista. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades, su objetivo es el apaciguar y el evitar conflictos a toda costa. La probabilidad de que esta persona satisfaga

sus necesidades está reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta”.

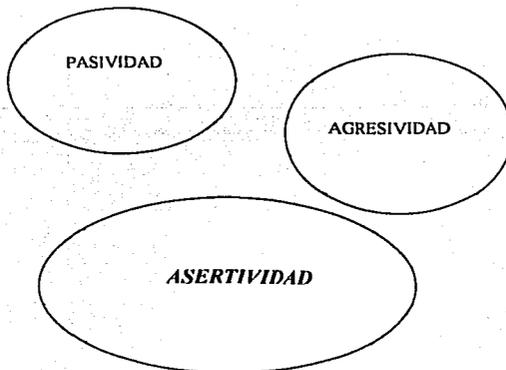
CONDUCTA AGRESIVA.

“Se expresa de una manera inapropiada e impositiva y transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva puede expresarse de manera directa o indirecta. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas, la victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación, trata que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades”.

ANEXO 18.2

Láminas.

COMPONENTES NO VERBALES	COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS	COMPONENTES VERBALES
La mirada	El volumen de voz	El contenido de la conversación o mensaje
La sonrisa	La entonación	
Los gestos	La fluidez	
La postura	La claridad	
La distancia/contacto físico	La velocidad	



ANEXO 18.3

Actividad: "no quiero, pero ¿cómo lo digo?"

Objetivo: las participantes generalicen conductas asertivas en su vida diaria.

Instrucciones: "dentro de este recipiente tenemos situaciones que pueden ser cotidianas o no tanto, pero que deberán decirnos que harían en cada una. Si alguna compañera contesta y tu tienes otra posible respuesta puedes también contestar".

Preguntas.

6. Tu pareja te dice que tengas relaciones sexuales en su carro ¿tu qué haces?
7. Tu pareja, estando juntos en una fiesta, se empieza a exceder en el consumo del alcohol, ¿qué haces?
8. Tienes un compromiso con tus amigas, serán puras mujeres, y tu pareja te dice que no vayas ¿qué le dices?
9. Estás con tu pareja pensando en la compra de un regalo, el decide que será una licuadora y a ti no te gusta la idea ¿qué haces?
10. Por fin te compraste la blusa que te encanta, es escotada, cuando tu novio la ve te dice que te la quites, ¿qué haces?
11. Tu papá te pide dinero porque no tiene para darle el gasto a tu mamá y sabes que no te pagará, ¿qué haces?
12. estás en una reunión familiar y tu mamá te pide que le digas a tu papá que no siga tomando, ¿se lo dices?, ¿cómo lo haces?
13. Llega tu hermano borracho y tus papás lo empiezan a regañar, ¿qué haces?

14. estás viendo un programa que te gusta en televisión y tu hermano le cambia, ¿qué le dices?

15. estás enojada con tu novio porque te dejó plantada, ¿qué haces, ¿cómo lo dices?

14. estás viendo un programa que te gusta en televisión y tu hermano le cambia, ¿qué le dices?

15. estás enojada con tu novio porque te dejó plantada, ¿qué haces, ¿cómo lo dices?

ANEXO 18.4

Información.

“Hay algunos aspectos que se deben tomar en cuenta para hacer una elección de pareja y para pensar en matrimonio. Es muy importante reconocer y aceptar lo que implica el compromiso de la relación de pareja y posteriormente del matrimonio, las responsabilidades que adquirimos cuando aceptamos un noviazgo lo cual tiene que ver con las negociaciones hechas desde un principio como son la fidelidad, el respeto, la forma de comunicación; para el matrimonio agregamos la responsabilidad de ser padres y el rompimiento, de alguna forma, del vínculo con las familias de origen”.

“Es muy importante como jugaremos dentro de la pareja a partir de los roles genéricos, es ver que si quiero cumplir y que quiero negociar con mi pareja. De esta forma observar que intereses tenemos en común, que semejanzas y por supuesto que diferencias. Es muy importante saber que me gusta del otro y que me disgusta, aceptar y respetar sus características sin quererlas cambiar, es mejor valorar si puedo convivir con aquello que no me gusta o mejor terminar sanamente. Muchas veces, nos enamoramos con el ideal, es decir con lo que yo creo que será mi noviazgo o con lo que creo que cambiará mi pareja, pero luego nos desilusionamos, en ocasiones demasiado tarde nos damos cuenta que nunca será como yo esperaba”.

“Finalmente, es importante conocernos y saber que quiero de mi noviazgo y luego de mi matrimonio, y entonces decidir si me quedo con “este” o con “otro”.

ANEXO 18.5

Actividad: "mi fruta favorita".

Objetivo: las participantes generalizarán conductas asertivas en sus decisiones cotidianas y con el tema de elección de pareja.

Instrucciones: "todas se asignarán el nombre de una fruta y la comentaremos, después caminaremos por el salón y al encontramos con una compañera le diremos si me gusta o no esa fruta que es ella y por qué, deberán caminar y hacer esto mismo con todas sus compañeras, después de hacerlo, tomarán el hombro, solo pondrán su mano suavemente, de aquella fruta que haya sido la que más me gusta o se me antoja en ese momento; puede ser que mientras yo tomo del hombro a alguna compañera, alguien me toma a mí y así sucesivamente".