



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**INFLUENCIA DEL TALLER GESTÁLTICO
“DE ORUGA A MARIPOSA”
EN EL AUTOCONCEPTO Y LA ACTITUD HACIA EL
ALCOHOL EN INDIVIDUOS ALCOHÓLICOS RESIDENTES
EN UN CENTRO DE ADICCIONES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

FRANCISCO GUILLERMO MARTÍNEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA:

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

COMITÉ:

MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

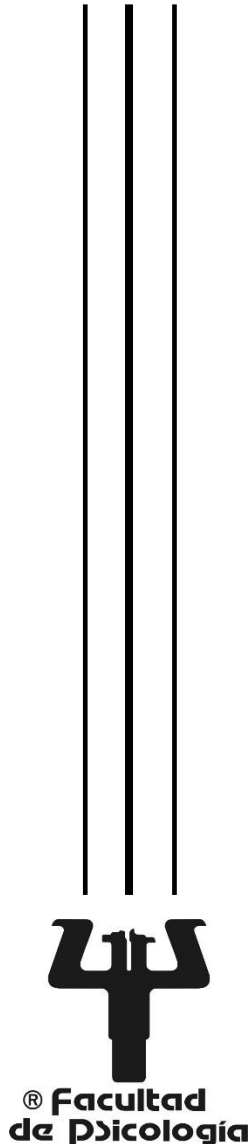
MTRA. INDA GUADALUPE SÁENZ ROMERO

MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO:

MTRO. MARCOS EVENCIO VERDEJO MANZANO



**® Facultad
de Psicología**



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.

Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad de servir a mis semejantes.

A mi esposa Isabel, a mis hijos Eric y Hugo, por ser parte de mi vida, y por tolerar mis sueños de alcanzar metas nuevas.

A la UNAM, por ser mi segunda alma mater y, por haberme formado como profesional y como persona.

A mi directora Karina, por ser mi maestra y mi referente para ser mejor psicólogo, por sus valiosas enseñanzas que sin duda aplicaré en mi quehacer profesional, por su compromiso y profesionalismo para guiar este proyecto de investigación.

A mi asesor metodológico y estadístico Marcos, por ser antes que maestro, un amigo que me brindó su apoyo para darle carácter científico a este proyecto de investigación.

A cada una de las personas del grupo de A.A. “Volver a Nacer” que participaron en el taller gestáltico, por ser parte de esta experiencia inolvidable. En especial a Eduardo y a Manuel, donde quiera que estén.

A cada una de las personas del grupo de A.A. “Emperadores Tulyehualco” que, aunque participaron sólo en las evaluaciones para este estudio, vivieron también la experiencia del taller gestáltico, recibiendo grandes beneficios.

A todos, muchas gracias.

“No sé si los resultados de los instrumentos reflejen lo que aquí está pasando, pero lo que estoy viendo, creo, es de enorme importancia terapéutica para estas personas, tal vez recuerden este trabajo como una de las experiencias que cambió sus actitudes”.

Francisco Guillermo Martínez Martínez.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1. PANORAMA DEL PROBLEMA.....	9
¿QUÉ ES EL ALCOHOLISMO?	9
PANORAMA MUNDIAL Y NACIONAL DEL ALCOHOLISMO.....	9
PREVALENCIAS Y TENDENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	13
CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	16
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y ADICCIONES	17
OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS.....	22
TRASTORNOS NO RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	23
IMPACTO SOCIAL DEL ALCOHOLISMO	23
ATENCIÓN INSTITUCIONAL.....	25
TRATAMIENTO Y NECESIDAD DE ATENCIÓN	26
TIPOS DE ALCOHÓLICOS.....	27
RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y EL ALCOHOLISMO.....	28
CAPÍTULO 2. AUTOCONCEPTO Y ACTITUD HACIA EL ALCOHOL	29
DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO	29
DEFINICIÓN DE ACTITUD.....	40
INFLUENCIA DEL AUTOCONCEPTO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL	47
CAPÍTULO 3. LA TÉCNICA: EL TALLER GESTÁLTICO	51
PANORAMA HISTÓRICO DE LA TERAPIA GRUPAL.....	51
GRUPO TERAPÉUTICO	54
CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS.....	55
ÉTAPAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO.....	57
MODELOS DE INTERVENCIÓN	58
PANORAMA HISTÓRICO DE LA GESTALT.....	61
FUENTES DE LA GESTALT	65
ELEMENTOS TEÓRICOS DE LA GESTALT	67
OBJETIVOS DE LA GESTALT.....	79

TÉCNICAS GESTÁLTICAS	80
LAS REGLAS.....	82
LAS TÉCNICAS	86
TALLERES GESTÁLTICOS	103
¿POR QUÉ TERAPIA GESTALT?.....	106
CAPÍTULO 4. MÉTODO	109
JUSTIFICACIÓN.....	109
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	111
OBJETIVOS.....	111
HIPÓTESIS DE TRABAJO	111
VARIABLES.....	111
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	113
ESCENARIO	113
MUESTREO	114
SUJETOS.....	114
INSTRUMENTOS	115
PROCEDIMIENTO	121
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	124
ANÁLISIS CUANTITATIVO	125
ANÁLISIS CUALITATIVO.....	136
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	163
ANÁLISIS CUANTITATIVO	163
ANÁLISIS CUALITATIVO.....	185
CONCLUSIONES	205
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	208
REFERENCIAS	211
APÉNDICE.....	220
ANEXOS	222

Resumen

Se presentan los resultados de la experiencia de aplicar técnicas Gestalt en individuos alcohólicos residentes, con la ventaja de medir antes y después su autoconcepto y su actitud hacia el alcohol, para saber cómo influyó la intervención en estas dos variables. Las actividades se realizaron en nueve sesiones, donde se fomentó el *darse cuenta* y el *aquí y ahora* en las relaciones interpersonales y en las actitudes adictivas.

Se evaluaron, un Grupo de Intervención y un Grupo de Control, centros de atención de adicciones, conformados por cinco individuos cada uno, hombres entre 21 y 50 años, en igualdad de circunstancias. El criterio de asignación nunca fue aleatoria.

Se empleó un diseño cuasiexperimental de comparación con pretest-postest con grupos independientes. Cuantitativamente, entre grupos, no se encontraron tendencias favorables al autoconcepto social, emocional, ético, ocupacional, iniciativa y global de los individuos, excepto en el social del grupo de intervención; tampoco en la actitud positiva y negativa hacia el alcohol. Cualitativamente, la mayoría de individuos presentó una tendencia favorable al autoconcepto y a la actitud positiva hacia el alcohol, y los menos, a la actitud negativa hacia el alcohol.

Los beneficios fueron proporcionales al nivel de participación. Estudios similares podrían mejorar, con la participación constante de los individuos y aumento de las sesiones.

Palabras clave: autoconcepto, actitud hacia el alcohol, individuos alcohólicos, técnicas Gestalt.

Introducción

A nivel nacional, una de cada tres personas de 12 a 65 años mantiene un consumo excesivo de alcohol y, la edad promedio de consumo ha bajado a 12 años de edad, y con ello, la ingesta en mujeres (Cruz, 2015). Ante esta perspectiva, el consumo de alcohol en el país, y en particular, en la Ciudad de México, se ha convertido en un problema de salud pública que, ha penetrado a todos los sectores de la sociedad; en este sentido, los Centros de Integración Juvenil en la Ciudad de México (CIJ) reportan que el alcohol continúa siendo la droga de inicio con un 33.8%, donde el 89% corresponde a hombres y el 11% en mujeres (Gómez, Aical, Monllau y Vittore, 2010; en Cab et al., 2015).

En este contexto, existe una relación entre el autoconcepto y las conductas de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol (Roy, 1999; en Hernández, Jordán, García y Hernández, 2015), creyéndose que, la relación del alcoholismo con el autoconcepto de un individuo está ligado a factores externos; pues no sólo es el efecto que el alcohol le produce, sino el juicio social que se apropia; es decir, las autopercepciones (Smith y Blinn, 1994, en Flores, 2000). En este sentido, el autoconcepto no es innato, sino que es desarrollado por el individuo a través de la interacción social y la reflexión sobre esa interacción (Salmeron, 1992). Ante ello, se destaca la gran importancia que tienen las autopercepciones en la actitud hacia el consumo de alcohol; por tanto, algunas dimensiones del autoconcepto se relacionan, más que otras, con esta actitud; en especial aquellas relacionadas con la esfera social (Calero, Schmidt y Bugallo, 2016). Al igual, en otro estudio, Esnaola (2006) encuentra que, el consumo de alcohol y tabaco están relacionados con algunas dimensiones del autoconcepto.

La relación entre estas variables, despierta interés por prevenir o disminuir el consumo de alcohol en individuos alcohólicos, a través de la atención del autoconcepto y de la actitud que tienen hacia el alcohol. De ahí, el interés por realizar una intervención con técnicas Gestalt en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos adictos que ya cayeron en las garras de las adicciones y que están tratando de buscar una salida; esta vez, en individuos adictos residentes en un grupo de Alcohólicos Anónimos (A.A.). El objetivo fue conocer la influencia de la intervención en las variables mencionadas; considerando que, las relaciones interpersonales y la expresión de las emociones, nunca han sido el fuerte de los individuos alcohólicos; de igual manera, la actitud que han mantenido a esta sustancia durante su actividad alcohólica; como lo es, la percepción acerca de que el alcohol es un medio para las relaciones sociales y la integración

social, de igual forma, no reconocer los riesgos de los efectos negativos del alcohol y la existencia de variables que conllevan a su consumo abusivo. Por tal razón, se trabajaron las técnicas expresivas y supresivas, la responsabilidad; se fomentó el darse cuenta en el aquí y ahora, entre otras.

El capítulo uno, expone el panorama de la enfermedad del alcoholismo a nivel mundial, nacional y local, tendencias de consumo, prevalencias e impacto en la población. En el capítulo dos, se define el autoconcepto y los factores que influyen en su desarrollo. En el capítulo tres, se explica la psicología Gestalt, los objetivos de la técnica, sus elementos teóricos, sus reglas (se cuidó su cumplimiento en todo momento de la intervención), sus técnicas (la mayoría de estas, fueron aplicadas en este trabajo) y la psicoterapia grupal (el tipo de intervención que se realizó). En el capítulo cuatro, se explican los aspectos metodológicos seguidos en el presente estudio. En el capítulo cinco, se presenta el análisis de los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos derivados de esta investigación. En el último capítulo, el seis, se discuten los resultados, se exponen las conclusiones, las limitaciones y sugerencias del estudio.

Para finalizar, se espera que el taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” produzca cambios en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en los participantes del grupo de intervención, ante la situación de evaluación en comparación con el grupo de control. Con ello se busca conocer la influencia de la intervención en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en los individuos que participaron en el taller.

Capítulo 1. Panorama del problema

¿Qué es el alcoholismo?

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol que es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC); adormece progresivamente las funciones cerebrales y sensoriales. Al principio produce euforia y desinhibición conductual, por ello en ocasiones se confunde erróneamente con un estimulante. Primero afecta a los centros cerebrales responsables del autocontrol, lo que conduce que nos dejemos llevar por sus efectos. Dependiendo de la cantidad de alcohol ingerida, se producen diversos efectos que se encuadran en siete estados en el proceso de ingesta: *sobriedad, euforia, excitación, confusión, estupor, coma y muerte* (Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2012).

De acuerdo a Albarracín y Muñoz (2008; en Cab et al. 2015), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el alcoholismo como un “desorden del comportamiento que se manifiesta por el consumo descontrolado de bebidas alcohólicas, lo que interfiere en la salud mental, física, social y/o familiar del bebedor”.

Este mismo organismo define la dependencia del alcohol como un “conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, en los cuales el uso del alcohol se transforma prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron valor mayor para él” (p.11).

Por lo tanto, la característica principal de esta problemática es que la persona empieza a construir su vida en torno a dicha sustancia, de tal manera que va perdiendo gradualmente el interés en la realización de otras actividades, así como sus responsabilidades. Al mismo tiempo empiezan a perder el control en la ingesta del alcohol; cuando esto sucede, se dice que la persona ha desarrollado una adicción al alcohol.

Panorama mundial y nacional del alcoholismo

A nivel mundial, el consumo de alcohol afecta gravemente la salud de las personas y de las sociedades de diferente manera, sus efectos son devastadores y están determinados por varias causas: por la cantidad de alcohol consumido, los hábitos de consumo y en algunas ocasiones por la calidad del alcohol. En el año 2012, 3.3 millones de defunciones son atribuibles a esta sustancia; o sea el 5.9% del total mundial.

Un porcentaje importante, el 5.1%, de la carga mundial de morbilidad y mortalidad atribuibles al consumo y abuso del alcohol corresponde a los traumatismos, en particular a los de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales por causa del alcohol están relacionados con personas jóvenes, lo que provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, entre los 20 y 39 años.

Recientes estudios, establecen relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas, tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Mientras que el consumo de alcohol en una mujer embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales.

El consumo del alcohol puede tener repercusiones no sólo en la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados; tales como trastornos mentales y comportamentales.

En lo que respecta a la mortalidad y morbilidad por género, así como los hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias importantes. El porcentaje de defunciones causados por el alcoholismo, entre los hombres asciende al 7.6% de todas las defunciones, comparado con el 4% en mujeres. En tanto, en el año 2010, el consumo total de alcohol per cápita en el mundo registró un promedio de 21.2 litros de alcohol puro entre los hombres y 8.9 litros entre las mujeres.

Ante dicha problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS), decidió coordinar la búsqueda de estrategias y divulgación de la investigación científica en temas relacionados al consumo de alcohol, con la finalidad de reducir la morbilidad causada por esta sustancia; así como prevenir y salvar vidas. En este sentido, en el año 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución respecto a la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol y por la que insta a los países miembros a fortalecer sus programas nacionales para combatir esta adicción. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que puedan proteger la salud y salvar vidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, define la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el consumo del alcohol se vuelve una prioridad para el individuo, en relación a otras actividades de mayor valor para él. Una característica central que se presenta, es el deseo irresistible, difícil de controlar, de consumir alcohol (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008).

Respecto a la relación entre el consumo de sustancias adictivas y la escolaridad, Riaño (2015) llevó a cabo una investigación en Colombia en el año 2012, basada en la relación que tiene el consumo de sustancias (cannabinoides, solventes y alcohol étílico) en las habilidades cognitivas, principalmente aquellas relacionadas con el aprendizaje, donde reporta que, el nivel máximo académico alcanzado en secundaria incompleta fue de un 50.9%, en contraste con 7.5% de los sujetos con niveles de pregrado y posgrado; lo que muestra que la población más afectada es aquella con grados académicos bajos. En ese mismo sentido, Valdez (2005) en una investigación, entre estudiantes de ambos sexos, entre los 12 y 19 años, encontró que el porcentaje más elevado de consumo de bebidas alcohólicas se presenta entre adolescentes que no han presentado continuidad en sus estudios.

En un estudio con adolescentes, realizado por Chassin et al., Pitkänen et al. (2002, 2004; 2005; en Moya et al., 2008) encontraron resultados significativos relacionados a sus actitudes, los cuales indican que, quienes bebían alcohol a los 12 años, tenían mayor probabilidad de pertenecer a los bebedores extremos a los 14 años; de esa manera, poseían una actitud más positiva y menos negativa hacia el alcohol a esa edad; por tanto, el consumo precoz del alcohol se considera similar a una variable de vulnerabilidad al alcoholismo en la adultez.

Mientras tanto, el panorama del alcoholismo en México no es muy alentador, una de cada tres personas de 12 a 65 años de edad mantiene un consumo de alcohol definido como nocivo, 17 millones son fumadores y al menos 500 mil son adictos a alguna sustancia ilícita; esto ha propiciado que, la edad promedio de consumo baje a 12 años, aumentando con ello los patrones de ingesta en las mujeres (Cruz, 2015). Según Torres y Palmar (2005; en Cab, Chan, Cisneros y Druet, 2015), dicha problemática representa un riesgo con elevado costo, tanto en morbilidad como en mortalidad pues representa diversos problemas de salud, los cuales conducen a incapacidad y muerte prematura, entre otras consecuencias, además de conflictos sociales y psicológicos en especial entre los jóvenes.

De igual manera, el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México (IAPA), estima que, en el país, más de cuatro millones de personas son alcohólicas, de las cuales tres millones 500 mil son hombres y cerca de 700 mil son mujeres; estas personas en algún momento han tenido problemas en su trabajo y con su familia por su manera de beber (Hernández, 2015).

Asimismo, en el país, los accidentes de tránsito representan la primera causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años; en este sentido, reportes del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reportan que, entre el 40 y 60 por ciento de los accidentes mortales, están relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas (televisa.news, 2017).

Para combatir dicha problemática el Gobierno Federal presentó el Programa de Prevención y Atención de las Adicciones, el cual consta de seis objetivos generales y 150 líneas de acción. En general, los objetivos están enfocados en la prevención, la mejora en la calidad de servicios de atención, la formación y especialización de los profesionales de la salud y la investigación científica en la materia. Y en las líneas de acción, conocer las estadísticas para fomentar actividades que coadyuven a la recreación, y prevención de las adicciones; además de la creación y acreditación de centros de atención a las adicciones (Cruz, 2015).

En esta línea, los Centros de Integración Juvenil reportan que el alcohol continúa siendo la droga de inicio con un 33.8%, donde el 89% corresponde a hombres y el 11% a mujeres. De acuerdo a Valdez (2005), el grupo de edad que refirió una mayor frecuencia de consumo es el comprendido entre los 15 y 19 años con un 26.9%, seguido por el de 20 a 24 años, con un 23.3% de los sujetos (Cab et al., 2015).

En este contexto, el consumo de bebidas alcohólicas en México y en específico en la Ciudad de México, se ha convertido en un problema de salud pública, el cual ha alcanzado a toda la sociedad, sin distinción de edad, género, posición social y nivel educativo; por tanto, los datos del consumo del alcohol en jóvenes en esta ciudad, siguen siendo alarmantes. Las cifras de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) señalan que cada vez más los menores de 12 años, tanto niñas como niños, consumen alcohol, lo que representa un foco rojo a nivel nacional, debido que las mujeres tienden a tomar al mismo ritmo que los hombres. Esta situación se agrava ya que el consumo de bebidas alcohólicas entre niñas estudiantes de secundaria está por encima de la media nacional que es del 19%; en la Ciudad de México es del 25%, de tal manera que son 0.9 hombres por 1.0 mujeres los que están abusando del alcohol (Hernández, 2015).

Este consumo desmedido de alcohol, se incrementó desde la década pasada; aunado a esto, también aumentó el consumo de drogas ilícitas como la marihuana, metanfetaminas, y cocaína en la población de 12 a 19 años de edad. Tan solo, el consumo de marihuana paso de 4.0 a 6.6% durante los últimos cinco años en la Ciudad de México (Antonio, 2015).

En el marco del Primer Foro Universitario de Conductas de Riesgo y Embarazo en Adolescentes, organizado en el año 2015 por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), el director del Instituto de Atención y Prevención de Adicciones en el D.F (IAPA), Rafael Camacho Solís, recordó que hace 20 años la edad promedio de consumo de alcohol y algunas drogas ilegales era entre 19 y 21 años, hoy inicia desde los 12.6 años, lo que califica de muy grave. Asimismo, en la población adulta, por cada mujer que bebe alcohol hay 1.6 hombres; sin embargo, entre los adolescentes la incidencia entre géneros es por igual.

De igual forma, en la Ciudad de México, las mujeres abusan más del alcohol y de las demás drogas tanto ilegales como médicas sin prescripción, que en el promedio nacional; sin embargo, el problema principal relacionado con las adicciones entre los jóvenes mexicanos sigue siendo el alcohol, seguido del consumo de tabaco y marihuana. En este contexto, la dirección de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) señala que se observa una juventud “bastante confundida en el tema de la recreación y las drogas”, refiere que las diferentes encuestas nacionales y de los propios CIJ, reportan un aumento en el consumo asociado a la recreación; trayendo consigo, una serie de consecuencias y convirtiéndose en un factor de riesgo. Además de ser vulnerables a una serie de peligros a los que están expuestos los jóvenes intoxicados, lo que conlleva a una disminución en la esperanza y calidad de vida, por el surgimiento de enfermedades colaterales de salud (Antonio, 2015).

Prevalencias y tendencias del consumo de alcohol

Se presentan los resultados derivados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT 2016-2017). Las prevalencias *alguna vez* en la vida, *último año*, *consumo diario* y *patrón de consumo*.

Población total (de 12 a 65 años).

De acuerdo a ENCODAT 2016-2017, la prevalencia del consumo de alcohol *alguna vez en la vida* en la población total se ha mantenido estable entre 2011 y 2016 (71.3% y 71.0%, respectivamente). En la prevalencia del *último año* se mantuvieron estables (51.4% en 2011 y 49.1% en 2016). En la prevalencia *consumo diario*, hubo un aumento, al pasar de 0.8% en el 2011 a 2.9% en el 2016. Por patrón de consumo, se observaron variaciones importantes en el *consumo excesivo* en el último año incrementándose de 28.0% a 33.6% en ambas mediciones.

Por sexo, en los hombres la prevalencia del consumo de alcohol *alguna vez* presentó resultados similares, 80.6% en 2011 y 80.1% en 2016. Situación similar se presentó en las mujeres al mantenerse en 62.6% en ambas mediciones. Mientras que, el *consumo diario* en hombres se incrementó de 1.4% en 2011 a 4.5% en 2016; y en mujeres pasó de 0.2% a 1.4% en ambas mediciones. Mientras que, por patrón de consumo, en el *consumo excesivo* en el último año, en los hombres aumentó de 41.3% a 45.5% y en las mujeres de 15.5% a 22.6% en ambas mediciones (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Tendencias en la población de 12 a 17 años.

Respecto al consumo de alcohol *alguna vez* en la población adolescente, ha permanecido estable desde 2011, de 42,9% a 39.8% en el 2016. Asimismo, las prevalencias del *último año* no tuvieron variaciones importantes al pasar de 30% a 28% en ambas mediciones. Por patrón de consumo, se observó que, de 2011 a 2016, el índice de adolescentes que mantuvieron un *consumo diario* de alcohol se elevó de 0.2% a 2.6%.

Por sexo, las tendencias se han mantenido estables, en hombres el *consumo alguna vez* en 2011 fue de 46% y en 2016 de 41.7%; mientras que, en las mujeres fue de 39.7% y 37.9% en las dos mediciones. En tanto, la prevalencia en el *último año* en los hombres pasó de 31.8% a 28.8% y en las mujeres de 28.1% a 27.2%. Mientras que, por patrón de consumo, en el *consumo excesivo* en el último año en los hombres se mantuvo estable con 15.5% en ambas mediciones; sin embargo, en las mujeres aumentó significativamente al pasar de 8.6% en 2011 a 14.9% en 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Tendencias en la población de 18 a 65 años.

El consumo de alcohol *alguna vez* en la población adulta se ha mantenido estable del 2011 a 2016 (77.1% y 77.3%, respectivamente). De igual manera, las prevalencias del *último año* no tuvieron variaciones importantes al pasar de 55.7% a 53.3% en ambas mediciones. En tanto, el índice de adultos que mantuvieron un *consumo diario* de alcohol se elevó de 0.9% a 3.0%. En cuanto al patrón de *consumo excesivo* último año, este se incrementó de 31.2% a 37.4% en las dos mediciones.

Por sexo, en los hombres, la prevalencia *alguna vez* se mantuvo sin cambios significativos (88.1% en 2011 y 88.3% en 2016). Lo mismo sucedió con las mujeres adultas al presentar 67.0% y 67.3% en ambas mediciones. Mientras que, la prevalencia en el *último año* en los hombres bajó de 69.3% a 66.4% y en las mujeres se mantuvo sin cambios importantes (43.2% a 41.3% en ambas

mediciones). Mientras que, por patrón de consumo, en el *consumo excesivo* en el último año en los hombres bajó de 46.8% en 2011 a 51.9% en 2016; sin embargo, en las mujeres aumentó significativamente al pasar de 16.8% en 2011 a 24.0% en 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Tendencia de la edad de inicio del consumo de alcohol.

En 2011, el 55.2% de los consumidores de alcohol, refirieron haberlo hecho por vez primera a los 17 años o menos; este índice disminuyó en 2016 a 53.1%. En el mismo año, el 38.9% indicó haberlo hecho entre los 18 y 25 años de edad y el 5.9% entre los 26 y 65 años. En el año 2016, el 41.3% inició entre los 18 y 25 años y el 5.6% entre los 26 y 65 años de edad.

Por sexo, se observó que, tanto en el 2011 como en el 2016, fueron los hombres quienes presentaron la mayor prevalencia al iniciar el consumo de alcohol a los 17 años o menos (64.9% en 2011 y 61.5%, en 2016). Mientras que las prevalencias más altas en mujeres se encontraron entre los 18 y 25 años (46.1% en 2011 y 47.1 en 2016). Dichas cifras disminuyen conforme aumenta la edad de tal manera que, el 38.9% de la población inició el consumo de esta sustancia entre los 18 y 25 años en 2011 y el 41.3% en 2016, mientras que, el 5.9% empezó a beber alcohol entre los 26 y 65 años de edad en 2011 y el 5.6% en el mismo rango de edad en 2016.

El promedio de la edad de inicio de bebidas alcohólicas, por sexo, en 2011 fue de 16.6 años en hombres y 19.2 años en mujeres; edades que se han mantenido constantes desde 2008 (17 años en hombres y 19.3 en mujeres), (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Bebidas de preferencia.

La bebida preferida de los hombres es la cerveza; 19.1% en menores de edad y 30.6% para 18 a 29 años, seguida de los destilados (10.6% y 11.5% respectivamente); mientras que, para las mujeres, además de cerveza (11.7% adolescentes y 20.3% adultas) son las bebidas enlatadas en adolescentes y los destilados (16%) para las de 18 a 29 años. El vino ocupa el último lugar en la preferencia de los consumidores.

En conclusión, los resultados de la ENCODAT 2016-2017, indica que en México el consumo de alcohol es alto, en especial el *consumo excesivo*. Dicho patrón se presenta tanto en la población de mayor edad como en una alta proporción en menores de edad y es en las mujeres adolescentes donde se ha dado el mayor incremento proporcional, hasta presentar prevalencias similares a las de los hombres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz,

2017). Como en el caso de drogas, los datos sobre el tratamiento por consumo de alcohol indican que sólo una parte de quienes presentan dependencia al alcohol van a tratamiento, el 14.9% de los hombres y el 8.1% de las mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Clasificación de las drogas

Según la Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2012), las drogas se clasifican en:

1. Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC), las cuales entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro, las cuales son:
 - a) El alcohol.
 - b) Los opiáceos: morfina, codeína, heroína, metadona.
 - c) La GHB (gamma-hidroxibutirato).
 - d) Los medicamentos psicoactivos: hipnóticos, ansiolíticos.
2. Drogas estimulantes del SNC. Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro:
 - a) Los estimulantes mayores: anfetaminas, cocaína.
 - b) Los estimulantes menores: nicotina y cafeína.
3. Drogas perturbadoras del SNC. Provocan trastornos del funcionamiento del cerebro:
 - a) Los alucinógenos: LSD, fenciclidina (PCP), ketamina, mescalina, psilocibina, etc.
 - b) Los derivados del cannabis sativa: hachís, marihuana, aceite.
 - c) Las drogas de síntesis: MDMA (éxtasis), MDEA (eva), etcétera.

De acuerdo con los criterios de la OMS, la adicción o dependencia es una enfermedad mental primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recidivancia o *recaída*⁷ (Souza, 2007). En este trastorno participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo como en sus manifestaciones. La adicción se caracteriza por una alteración en la motivación del individuo que lo lleva a un patrón de búsqueda de determinados estímulos de sustancias o conductas, a pesar de sus consecuencias negativas; al igual que a una disminución en la motivación en el resto de estimulaciones vitales.

La adicción al alcohol es el factor que desencadena la mayoría de los males de sujeto alcohólico, una adicción lleva a otra adicción; por ello, el estudio se enfoca en los problemas derivados del consumo sin control de dicha sustancia.

Según Ricardo (2007) el alcohol clasificado como una droga depresora del SNC, es considerado un estimulante por su efecto inicial basado en el freno que pone a las inhibiciones. Al avanzar su efecto produce una depresión del SNC, que en los casos más evolucionados puede llegar a un coma respiratorio. En el caso de los consumidores de sustancias en este país, es habitual el uso de alcohol para iniciar el episodio de consumo, acompañarlo o actuar como inhibidor de una excitación excesiva. Esto significa que, el alcohol juega un papel muy importante, sobre todo en los últimos años, en la iniciación del consumo que se ha reducido antes de la adolescencia; la situación de uso, y por lo tanto el eventual abuso son cada vez más precoces.

Trastornos relacionados con sustancias y adicciones

Las sustancias que afectan la mente causan tres tipos de trastorno: intoxicación, abstinencia y lo que hoy se denomina como trastorno por consumo de sustancias (antes llamado dependencia y abuso de sustancias). La mayoría de estos términos del DSM-5 son aplicables a casi todas las sustancias, también porque sus características diagnósticas y algunas de sus manifestaciones fisiológicas son casi idénticas a las que produce alguna sustancia (Morrison, 2015).

Los trastornos relacionados con sustancias engloban diez 10 diferentes clases de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros estimulantes), el tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas 10 clases de drogas no son completamente diferentes entre sí, ya que todas ellas, cuando se consumen en exceso, producen una activación directa del sistema de recompensa cerebral que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Hay una variedad de categorías diagnósticas asociadas a cada grupo específico de sustancias. Ver *tabla 1*.

Esta activación es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. Los mecanismos farmacológicos de cada droga que producen recompensa, son distintos, aunque generalmente las drogas activan el sistema produciéndose sentimientos de placer, denominados “subidón”. De manera que, los individuos con bajos niveles de autocontrol, que reflejan disfunciones en los mecanismos de inhibición natural, están predispuestos a desarrollar trastornos por consumo de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Trastorno por consumo de sustancia.

Una característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas evidentes y significativos relacionados con dicha sustancia; por ejemplo, el abuso en el consumo de alcohol conlleva a un número importante de trastornos. Ver *tabla 1*.

Una particularidad del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente de los circuitos cerebrales que persiste después de la desintoxicación; en especial, en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios se muestran en las constantes *recaídas* y el deseo intenso de consumo de la sustancia cuando la persona se expone a estimulantes. Globalmente, el diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamiento relacionado con su consumo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El lenguaje concerniente al diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol que, es aplicable también a cualquier sustancia, es perceptible cuando el consumo provoca problemas; si bien, este comenzó como una forma de adaptarse a otras dificultades, sólo empeoró las cosas para la persona, al igual que para las personas que conforman su círculo social. De igual forma, la repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible, cuyos efectos tienen relevancia clínica. El consumo genera malestar o disfunción; es decir, el consumo de sustancia debe tener intensidad suficiente para interferir en la vida de la persona. Así, el trastorno por consumo de sustancias se define en términos similares a los utilizados en muchos trastornos mentales no relacionados con sustancias. La interferencia con la vida de la persona se demuestra con, por lo menos, dos síntomas de una lista de 11: más consumo del que se pretende, esfuerzos por reducir el consumo, inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia, comportamiento de búsqueda (*craving*), descuido de responsabilidades, problemas sociales, disminución de actividades, consumo en contra de riesgo físico, consumo no obstante el desarrollo de algún trastorno físico o psicológico, tolerancia y síntomas de abstinencia. La intensidad se determina a partir del número de síntomas presentes.

Al diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias, intoxicación y abstinencia, se debe recordar que la velocidad con que inicia y finaliza un cuadro afecta la probabilidad de que una persona tenga problemas con una sustancia específica. Mientras que, la absorción rápida de una

sustancia (al fumarla, inhalarla o inyectarla) promueve un inicio de acción más rápido, una duración menor y una probabilidad mayor que se desarrolle un trastorno por consumo de sustancia (Morrison, 2015).

Tabla 1. *Diagnósticos asociados a una clase de sustancia*

	Trastornos psicóticos	Trastornos bipolares	Trastornos depresivos	Trastornos de ansiedad	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Trastornos del sueño	Disfunciones sexuales	Síndrome confusional	Trastornos neurodegenerativo	Trastornos por consumo de sustancias	Intoxicación por sustancias	Abstinencia de sustancias
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros alucinógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opiáceos			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes hipnóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X	X	X
Otras (o desconocida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

1. Nota: X= la categoría está reconocida en el DSM-5.
2. I= se puede añadir el especificador “inicio durante la intoxicación”.
3. A= se puede añadir al especificador “inicio durante la abstinencia”.
4. I/A= se puede añadir “inicio durante la intoxicación” o “inicio durante la abstinencia”.
5. P= el trastorno es persistente.
6. *También trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (reviviscencias).
7. **Incluye sustancias anfetamínicas, cocaína y otros estimulantes sin especificar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.482).

Trastorno por consumo de alcohol.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), un trastorno por consumo de alcohol es un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos hechos siguientes en un plazo de 12 meses: cuando el consumo de alcohol es frecuente en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto, cuando fracasa el deseo de abandonar o controlar el consumo de alcohol, cuando se invierte mucho tiempo para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos, cuando la persona experimenta un poderoso deseo o necesidad de conseguir alcohol, cuando el consumo recurrente de alcohol lo lleva al incumplimiento de los deberes como el trabajo, la escuela y el hogar; de igual manera, cuando la persona mantiene un consumo continuado de alcohol a pesar de problemas sociales e interpersonales recurrentes provocados por los efectos del alcohol; asimismo, cuando el consumo de alcohol provoca abandono o reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio y el consumo recurrente de alcohol puede darse en situaciones de riesgo físico; cuando a pesar de ello, se continúa con el consumo de alcohol a sabiendas de la conciencia de riesgo físico o psicológico.

Sin embargo, existe tolerancia definida, por alguno de estos hechos: una necesidad de consumir cantidades mayores de alcohol para conseguir los efectos deseados, un efecto notablemente reducido tras el consumo continuando de la misma cantidad de alcohol.

Por otro lado, la abstinencia se manifiesta por alguno de estos síntomas: presencia del síndrome de abstinencia y el deseo de consumir alcohol para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

En base a los hechos encontrados, se especifica la gravedad actual:

1. *Leve*: debe haber la presencia de 2 a 3 síntomas.
2. *Moderado*: debe haber la presencia de 4 a 5 síntomas.
3. *Grave*: debe haber la presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por sustancia.

De acuerdo a Morrison (2015), las personas se pueden intoxicar por sustancia de manera voluntaria o involuntaria (por accidente); sin embargo, de cualquier forma, los efectos sobre el SNC inducen cambios psicológicos o comportamientos que no son convenientes para el individuo. La intoxicación por sustancia casi siempre es reversible, pero cuando los efectos son permanentes se debe buscar otro diagnóstico.

El comportamiento de una persona intoxicada cambia por vías que implican una desventaja; es decir, los cambios son problemáticos. Incluyen problemas laborales, educativos, o sociales, estados de ánimo lábil o anómalo, compromiso del pensamiento, juicio deficiente y beligerancia. Para diagnosticar a una persona con intoxicación por sustancia se requieren, tanto cambios conductuales negativos como síntomas y signos fisiológicos. Estos signos de compromiso fisiológico son específicos para la sustancia, pero existen algunos elementos en común como son: la pérdida de la coordinación motora o agitación, pérdida de la capacidad de mantener la atención, compromiso de la memoria, disminución del estado de alerta (somnia, estupor), efectos sobre el Sistema Nervioso Autónomo, SNA (boca seca, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, cambios en la presión arterial) y cambios del estado de ánimo (depresión, euforia, ansiedad y otros).

Intoxicación por alcohol.

Existe gran variabilidad en las concentraciones de alcohol en sangre, que distintas personas toleran en grado distinto sin parecer estar intoxicadas; por tanto, los síntomas de intoxicación por

alcohol suelen ser más perceptibles cuando el nivel en sangre se encuentra elevado (durante la fase temprana del periodo de consumo) que cuando va disminuyendo y la persona está recuperando su sobriedad. Los niveles de alcohol pueden cuantificarse en la orina, en la sangre, en el aire exhalado e incluso en la saliva.

La intoxicación alcohólica sólo debe diagnosticarse cuando existe evidencia (generalmente a partir de antecedentes) de que la persona bebió con rapidez suficiente una cantidad que basta para intoxicar a la mayoría de las personas (Morrison, 2015).

De la misma manera, se diagnostica cuando: existe evidencia de que la ingesta de alcohol es reciente, cuando existe un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (comportamiento sexual inapropiado, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o después de la ingestión de alcohol. Cuando uno o más síntomas aparecen durante o poco después del consumo de alcohol: habla pastosa, incoordinación, marcha insegura, nistagmo, alteración de la atención o de la memoria y estupor o coma (Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Abstinencia de sustancia.

Los síntomas de abstinencia se desarrollan al tiempo que la concentración de la sustancia disminuye en el cerebro de alguien que consume con frecuencia. Los criterios genéricos para abstinencia son simples; sólo se requiere que la persona experimente síntomas específicos después de dejar de consumir una sustancia que había estado consumiendo por un periodo específico. Esto debe producir estrés y disfunción; sin embargo, no debe existir otra enfermedad física o trastorno mental que explique mejor la sintomatología. Los síntomas son específicos para una sustancia en cuestión; sin embargo, ciertos síntomas se identifican en la abstinencia de muchas sustancias como: la alteración del estado de ánimo (ansiedad, irritabilidad, depresión), la actividad motora anómala; (inquietud, morbilidad), anomalías del sueño (insomnio o hipersomnias) y otros problemas físicos (fatiga, cambios del apetito).

Para que se generen síntomas de abstinencia, las personas debieron haber desarrollado antes tolerancia a la sustancia; para que esto ocurra, es necesario un consumo frecuente durante un periodo que depende de la sustancia misma. En el caso del alcohol, suelen necesitarse semanas de consumo intenso para generar tolerancia con relevancia clínica. La mayor parte de las personas que dependen de una sustancia experimentan abstinencia si hay una suspensión súbita del consumo.

El tiempo de la abstinencia depende de la vida media de la droga, que es el tiempo que el organismo requiere para eliminar la mitad de la sustancia. Por lo general, los síntomas de abstinencia se presentan entre 12 y 24 horas después de que se administra la última dosis y persiste durante unos días. Con frecuencia, los síntomas son acompañados de una pulsión intensa por reiniciar el consumo de la sustancia (Morrison, 2015).

Abstinencia de alcohol.

Se requiere el consumo intenso de alcohol durante un periodo de días para diagnosticar un cuadro de abstinencia; sin embargo, los bebedores pueden tolerar cantidades muy variables de alcohol, por lo que resulta difícil tener más precisión. Los síntomas se desencadenan unas cuantas horas después de suspender el consumo y coincide con una declinación rápida del nivel de alcohol en la sangre. Casi todas las personas muestran evidencia de hiperactividad del sistema nervioso central, como sudoración, pulso acelerado o intensificación de los reflejos. El síntoma más frecuente es el temblor, también puede aparecer náusea y vómito. Algunas personas pueden desarrollar alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas por un periodo breve, entre 12 y 24 horas. Después de dos o tres días algunos pueden presentar convulsiones.

En ocasiones, el síndrome de abstinencia se denomina *abstinencia no complicada*; suele ser corta, dura unos pocos días y alcanza su límite al segundo día. Sin embargo, la irritabilidad, la ansiedad y la incapacidad para conciliar el sueño pueden persistir durante más tiempo.

A mayor intensidad del consumo, es mayor la posibilidad de que los síntomas sean graves, de tal manera que, lo que al principio era *abstinencia no complicada* se convierte en síndromes más graves; el más conocido es el delirium tremens (DT). Cuando una persona cursa tanto con convulsiones como con delirium, las convulsiones casi de manera invariable se presentan antes.

Otro síndrome de abstinencia de alcohol es el trastorno psicótico inducido por el alcohol, acompañado con alucinaciones; es un cuadro poco común, cuyos síntomas pueden imitar casi a la perfección a la esquizofrenia (Morrison, 2015).

Otros trastornos inducidos por sustancias

Los trastornos pueden experimentarse durante la fase de la intoxicación, la abstinencia, o como efectos prolongados del consumo de una sustancia una vez que se utilizó de manera inapropiada o cuando los síntomas de abstinencia ceden. Los trastornos inducidos por sustancia/medicamento son: trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, bipolar o

depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y los relacionados, trastorno del sueño, disfunción sexual, delirium y trastorno neurocognitivo, mayor o leve (Morrison, 2015). Para los objetivos del presente estudio, no se va a profundizar en ellos.

Trastornos no relacionados con sustancias

Además de los trastornos relacionados con sustancias, hay otros trastornos que no tienen que ver con el consumo de estas; estos son, los comportamientos de juego patológico o ludopatía, donde existe evidencia que esta práctica es capaz de activar los sistemas de recompensa, similar a las drogas de abuso, produciendo síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias adictivas. De igual manera, se han descrito otros patrones de comportamiento excesivo como los juegos por internet, aunque todavía no hay investigación sólida al respecto. Asimismo, todavía no se incorporan los grupos de comportamiento repetitivo, como la adicción al sexo, al ejercicio, a las compras, a la comida, entre otras; puesto que no existen suficientes datos científicos para establecer los criterios diagnósticos, como para considerarlos trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Impacto social del alcoholismo

Como se dijo, el alcoholismo y las adicciones a otras sustancias psicoactivas de tipo legal o ilegal y el abuso en su consumo representan un grave problema social y de salud pública; puesto que las adicciones, no sólo pueden ser causa de enfermedad y muerte para quien las padece, también dañan familias y comunidades, disminuyen la productividad y generan violencia y delincuencia, accidentes y un gran número de problemas que representan un elevado costo económico para el estado (Barbor, Higgins-Biddie, Saunders y Montero, 2001). Además, según la OMS (2015), el consumo excesivo de alcohol afecta a todas las personas que forman parte del círculo social del individuo, sean estos amigos, familiares, compañeros de trabajo, parejas sentimentales y hasta a los desconocidos.

El abuso en el consumo de alcohol, causa más de 200 enfermedades y está asociado con el riesgo de desarrollar trastornos mentales y comportamentales, tales como alcoholismo, enfermedades no transmisibles como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de traumatismos ocasionados por violencia o accidentes de tránsito (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Respecto a tener accidentes debidos al

consumo de alcohol, estos suceden en mayor medida en hombres (2.3%) que en mujeres (0.5%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Medina-Mora, et al., (2008) mencionan que las sustancias psicoactivas como el tabaco y el alcohol, consideradas de tipo legal, son las que más daños y pérdidas generan. Fuentes (2014b) sostiene esta hipótesis al afirmar que, el tabaquismo es considerado como una epidemia mundial que mata anualmente alrededor de seis millones de personas, de las cuales alrededor del 10% son fumadores pasivos. De igual manera, el costo aproximado anual que registra el país para atender esta adicción es de aproximadamente 80 mil 500 millones de pesos. En tanto, los daños a la salud atribuibles a la ingesta de alcohol se concentran en cirrosis hepática y accidentes de tránsito; asimismo, cada año mueren en el mundo 3.3 millones de personas como consecuencia del consumo nocivo de alcohol (Fuentes, 2014a). En relación, provoca preocupación el consumo nocivo del alcohol, por el daño que ocasiona en la sociedad, práctica que ha aumentado en poblaciones vulnerables, en especial en las mujeres y menores de edad.

De acuerdo a la OMS (2010), el grado de riesgo y daños que el uso nocivo del alcohol genera en la persona varía de acuerdo a características personales como la edad, sexo, la tolerancia al alcohol, la situación o el contexto en el que se bebe, entre otras. Sin embargo, las devastadoras consecuencias son cada día más evidentes, en especial en poblaciones más vulnerables. Asimismo, el consumo abusivo del alcohol es uno de los principales riesgos de salud en el mundo (ocupa el tercer lugar), contribuye de manera importante a la carga mundial de morbilidad, muerte prematura y discapacidad, siendo uno de los cuatro factores importantes para el desarrollo de enfermedades no transmisibles y hay evidencias que su uso aumenta la carga de morbilidad debido a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA y la tuberculosis.

Gómez et al. (2010; en Cab et al., 2015) mencionan que, en nuestro país, la ingesta de sustancias alcohólicas en jóvenes mayores de 18 años, ocupa el lugar número once en el mundo y tercero en América; asimismo, los Centros de Integración Juvenil en la Ciudad de México (CIJ) reportan que el alcohol continúa siendo una droga de inicio con un 33.8%, donde el 89% de este índice corresponde a hombres y el 11% en mujeres.

Entre los costos sociales está el encarecimiento de los servicios médicos, pérdidas significantes en la productividad, accidentes, problemas con la justicia, etcétera. Además, para el sujeto que consume en exceso esta sustancia, implica dependencia económica, aislamiento social

y pérdida de oportunidades de trabajo con efectos negativos para su familia y la sociedad (Borges, et al., 1999).

Aunque los consumidores están conscientes de su enfermedad, siguen bebiendo, a veces ya no por gusto, sino por dependencia, pues el alcoholismo se convierte en una adicción cuando el consumidor ya no puede dejar de beber. La dependencia al alcohol repercute seriamente en todos los ámbitos de la vida del individuo que la padece, debido a sus efectos cognitivos, conductuales y fisiológicos. La adicción degrada paulatinamente la salud y las relaciones sociales del enfermo, llevándolo, incluso, hasta el borde de la muerte. Muchas veces el consumidor padece una serie de síntomas y no sabe que ya es un alcohólico; algunos de estos son: beber más de lo usual, querer reducir o dejar el consumo y no poder, sufrir accidentes a causa de estar alcoholizado, etcétera (Oceánica, 2015).

Atención institucional

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las dos instituciones de salud más importantes del país, no cuentan con programas de rehabilitación para adictos; sin embargo, en febrero de 2016 el ISSSTE firmó un convenio de colaboración con la CONADIC, para prevenir y atender las adicciones de los derechohabientes, en coordinación con los CIJ, los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A). Por su parte, en junio del mismo año, el IMSS y la CONADIC hicieron lo mismo para tratar de forma integral el problema de las adicciones de los derechohabientes (Prensa IMSS, 2016). Si estas instituciones no son capaces de brindar atención integral en adicciones, sí pueden referir a las personas adictas a las instituciones y centros mencionados. De igual manera, los servicios médicos de la Ciudad de México; en algunos casos cuentan sólo con unidades de desintoxicación, con lo que es imposible atender la demanda de rehabilitación integral.

Por otra parte, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Centro de Prevención y Atención de Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREAA) ofrece tratamiento breve dirigido a evitar el desarrollo de la dependencia severa en personas adictas. Sin embargo, su capacidad de atención en el número de personas, es limitada (http://www.psicol.unam.mx/Principal/Servicios_Psicologicos/CEPREAA.html).

Otra alternativa, son los centros privados de rehabilitación contra las adicciones; no obstante, la realidad es que están fuera del alcance de la gran mayoría de la población mexicana, pues cobran cantidades muy elevadas. Por ejemplo, Oceánica ofrece un tratamiento con un costo de 248 mil pesos, y la estancia para tratamiento normal es de 35 días. Mientras que Monte Fénix ofrece un sólo tratamiento con la misma duración a un costo de 145 mil pesos; sin embargo, ambas instituciones revelan cifras más exactas únicamente a los interesados y de manera personal (Redacción Imagen Digital, 2013).

En cambio, como ya se mencionó, existen alternativas como los Centros de Atención de Adicciones, públicos, sociales y privados:

1. Hay dos Unidades de Atención Toxicológica dependientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México; las cuales, atienden urgencias por intoxicación aguda severa. Son instituciones públicas, profesionales y gratuitas.

Los centros están organizados por delegación:

2. Las 31 Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones. Otorgan tratamiento ambulatorio, son públicas y gratuitas, dependen de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
3. Los 18 Centros de Integración Juvenil. Otorgan tratamiento ambulatorio, bajo un modelo profesional. Cobran cuotas de recuperación.
4. Los Centros de Atención Integral de las Adicciones; en algunas delegaciones, y dependen de estas; son públicos y ofrecen servicio gratuito ambulatorio bajo un modelo profesional.
5. Los Centros de Atención de las Adicciones; cuentan con un registro otorgado por el IAPA; además de obtener el reconocimiento federal. Son públicos, sociales y privados; los que ofrecen servicio residencial o ambulatorio. Operan bajo tres modelos: profesional, de ayuda mutua o *mixto*⁸ y pueden ser gratuitos, cobrar cuotas de recuperación o pedir cooperación variable (Ciudad de México, 2016).

Tratamiento y necesidad de atención

De acuerdo a la ENCODAT 2016-2017, de las personas enfermas de alcoholismo, en el último año cerca de 700 mil han acudido a algún tipo de tratamiento; de este total, 262 mil 53

personas se consideran dependientes a la sustancia. Por sexo, las mujeres son las que menos acuden a tratamiento en comparación con los hombres (0.5% y 3.2% respectivamente).

Por tipo de tratamiento, la mayoría ha estado en un *anexo*² (32.4%), seguido de un tratamiento por desintoxicación (24.8%) y tratamiento psiquiátrico o residencial (13.2%). Son los hombres quienes más se someten a un tratamiento en un *anexo* y por desintoxicación (34.6% y 23.6% respectivamente); y las mujeres quienes más se someten a un tratamiento por desintoxicación (38.4%), (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Tipos de alcohólicos

Existen varios tipos de alcohólicos y no existe una clasificación rígida ni única; no obstante, es posible clasificarlos según la cantidad de alcohol que consumen y que seguramente los grupos de A.A. han definido en base a la experiencia y contacto directo con ellos:

1. *Bebedor Social*: suele beber en reuniones de trabajo o con amigos. A menudo, este tipo de bebedores toma dos o tres copas sin causarle ningún problema el decir no a la próxima invitación. Tiene la capacidad de decidir si bebe o no.
2. *Bebedor Fuerte*: este tipo de bebedor, bebe en exceso, puede tener el hábito, de tal forma, que gradualmente llegará a perjudicarlo en lo físico y en lo mental. Si se presenta una razón bastante poderosa (mala salud, enamoramiento, cambio de medio ambiente, o la advertencia de un médico) puede dejar de beber o hacerlo con moderación, aunque esto le resulte difícil o tal vez necesite ayuda médica.
3. *Bebedor Problema*: la persona pudo haber pasado por las etapas anteriores; empieza a perder todo control una vez que comienza a beber y es capaz de realizar cosas absurdas, increíbles o trágicas. Pocas veces se embriaga a medias, su comportamiento deja de ser normal. Mientras no bebe puede ser una magnífica persona, pero cuando lo hace, se vuelve muy hostil; bebe en el momento más inoportuno o cuando tiene que tomar una decisión muy importante. Es incapaz de conservar un empleo, ha perdido amigos y sus relaciones sentimentales están deterioradas. Quizás ha buscado ayuda profesional sin encontrar una solución. Entiende perfectamente que no puede controlar su consumo de alcohol, pero es incapaz de comprender por qué. Además, ha perdido todo interés en las relaciones sociales y gradualmente, en la vida misma, llega a sentir auto-lástima. En muchas áreas de su vida parece “carecer de esperanza” (Amigos de Bill, AA, 2017).

Relación entre el autoconcepto y el alcoholismo

Las autopercepciones de una persona tienen gran importancia en la actitud hacia el consumo de alcohol. En un estudio realizado por Calero et al. (2016), con adolescentes escolarizados, a través del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología en la Universidad de Buenos Aires, encontraron que, los dominios del autoconcepto amoroso y aceptación social mostraron una actitud positiva al consumo de alcohol, al igual que la autoestima hacia al final de la adolescencia. En tanto, el autoconcepto académico y la autopercepción positiva sobre el comportamiento mantuvieron una relación negativa con el alcohol. En conclusión, una autopercepción positiva en dominios relacionados a la esfera social se asocia a un mayor consumo de alcohol; y por ende a una actitud positiva a la sustancia; es decir, la persona necesita ingerir alcohol para sentirse aceptada entre sus iguales o en el entorno donde se desenvuelve. Mientras tanto, las autopercepciones positivas en la conducta y en lo académico se asocian a un menor consumo de alcohol; o sea, a una actitud negativa hacia el alcohol. Estos resultados se interpretaron considerando la influencia del contexto social en la construcción del autoconcepto. En este sentido, la actitud cobra importancia en la decisión de la persona al consumir o rechazar el alcohol.

En el siguiente capítulo, se profundizará en los significados de las variables autoconcepto y actitud hacia el alcohol, las cuales se encuentran presentes en una persona alcohólica, y además se analiza la relación existente entre ambas variables.

Capítulo 2. Autoconcepto y actitud hacia el alcohol

El presente capítulo, tiene por objetivo definir el autoconcepto, presentando las definiciones de varios teóricos que fueron determinantes en la construcción y desarrollo del término. De igual manera, se define la actitud dirigida al consumo excesivo de alcohol y se presentan algunas investigaciones relacionadas con ambas variables.

Definición de autoconcepto

Las personas desarrollan y mantienen su autoconcepto a través del proceso de adopción de medidas y luego reflexionan sobre lo que han hecho y lo que otros dicen acerca de lo que han hecho. Enseguida, reflexionan sobre lo realizado para hacer frente a sus expectativas y las expectativas de los demás y con las características y logros de los demás. Es decir, el autoconcepto no es innato, pero es desarrollado por el individuo a través de la interacción con el medio ambiente y la reflexión sobre esa interacción. En este sentido puede decirse que, “el autoconcepto es la percepción que se tiene de sí mismo; en específico, son las actitudes, sentimientos y conocimientos con respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social”. (Salmeron, 1992), p. 88.

El campo de la psicología es muy extenso; por lo que, en esta disciplina no existe una sola teoría que explique con precisión la conducta humana, razón por la que existen diversas corrientes, doctrinas y teorías que, desde su perspectiva tratan de explicar los fenómenos psicológicos que afectan la conducta. Quizás esa diversidad teórica es lo que permite entender los conceptos psicológicos. De tal manera, se hace mención de algunos autores que movidos por la cuestión ¿quién soy? en su momento encaminan a la psicología a la definición del autoconcepto, agregando así riqueza conceptual a su significado:

Descartes (1637; en Flores, 1998) con su frase “pienso, luego existo” marca la tendencia a sentar la filosofía del hombre, aunque se conciba como un yo abstracto pensante.

En tanto, *Freud* no utilizó el término *self* propiamente dicho; sin embargo, en su trabajo sobre el Narcisismo (1914), introdujo un criterio diferente al del Yo estructural del sistema psíquico referido a sus otros escritos. El yo de la teoría del narcisismo representa un Yo que abarca a todo el individuo, convirtiéndolo en un *self* básico y total. Freud insistió repetidamente en la importancia del Yo corporal en el desarrollo del Yo; esto se refiere a la influencia en la

imagen del cuerpo en la diferenciación del *self* del mundo de los objetos, pero también al hecho de que las funciones de los órganos que establecen contacto con el mundo exterior, caen gradualmente bajo el control del Yo. Por su parte, *Erikson* (1959) define al self como una función sintética del Yo y que representa a los modelos sociales del medio ambiente y también la imagen de la realidad adquirida a través de las sucesivas etapas de la vida (La Rosa y Díaz, 1991).

Fitts (1965; en la Rosa, 1986), autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT), sustenta que el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad. Aunque entiende por autoconcepto generalmente el aspecto positivo del mismo; es decir, la autoestima, discute otros aspectos como estructura, componentes y consistencia. Expresa su modelo conceptual en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal; enfatiza la libre comunicación.

Según *Coopersmith* (1967), “la autoestima es un juicio personal sobre la dignidad de uno, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo”, y también es “la extensión en que la persona cree ser capaz, significativa, exitosa y digna”. Mientras que, para *James* (1968), el sí mismo de un individuo es la suma de todo lo que puede llamar suyo, incluyendo su cuerpo, su familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social. Por su parte, *Rogers* (1972), considera que uno de los factores básicos para las buenas relaciones interpersonales es la conciencia de la aceptación de sí mismo. Según él, el *self* es la conciencia de ser o de funcionar, y se forma como resultado de la interacción con el ambiente, y en particular, como resultado de la interrelación valorativa con los demás. Asimismo, *Shavelson, Hubner y Stanton* (1976), indican que el autoconcepto y la autoestima han sido utilizados de modo intercambiable en la literatura, ya que la distinción entre autodescripción y autoevaluación no ha sido clasificada ni desde el punto de vista conceptual ni tampoco desde una perspectiva empírica (La Rosa y Díaz, 1991).

Tamayo (1982; en Flores, 1998), dice que el autoconcepto es considerado actualmente como una de las más recientes y significativas interpretaciones de la personalidad humana. Para el autor, el autoconcepto comprende funciones perceptivas y activas. La percepción de sí mismo implica participación activa del individuo para conservarla y desarrollarla; a la vez que, está determinada socialmente.

Byrne (1984; en La Rosa y Díaz, 1991), afirma que, en términos generales, el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes,

sentimientos y conocimientos respecto a nuestras habilidades, capacidades, apariencia y aceptabilidad social.

En la visión de La Rosa (1986; en Flores, 1998), el autoconcepto es una “fotografía organizada” y una Gestalt organizacional del sí mismo. La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones del sí mismo, las cuales pueden ser conocidas.

Harter (1999; en Calero et al., 2016), realiza una definición interesante del autoconcepto, que deja clara su diferencia con la autoestima; ambos términos muchas veces confundidos: “La autoestima es definida como el nivel general de valoración de la propia persona, mientras que el autoconcepto se define como el juicio evaluativo del sí mismo en dominios específicos de la vida”.

Bin, (2014), considera que hay una variedad de maneras de pensar en el Yo. El término más utilizado es el autoconcepto y generalmente se refiere a la totalidad de un sistema complejo, organizado y dinámico de creencias aprendidas, actitudes y opiniones que cada persona tiene para ser verdad acerca de su existencia personal. *Franken* (1994; en *Bin*, 2014) afirma que, “hay una gran cantidad de investigación que muestra que el autoconcepto es, tal vez, la base de toda conducta motivada. Es el autoconcepto que da lugar a posibles *yoes* y es posible que los *yoes* crean la motivación para el comportamiento.” (p. 2).

Uno de los propósitos de este estudio obliga a revisar y analizar la evolución del autoconcepto, desde lo cognoscitivo, lo filosófico, lo somático controlado por el Yo, e influenciado por el entorno social. El término se manifiesta en los aspectos conductuales del individuo, los cuales están regidos por la conciencia. Lo que se pretende es encontrar puntos de coincidencia entre la diversidad teórica.

Desarrollo del autoconcepto.

El desarrollo del autoconcepto es considerado un elemento central en la madurez y autonomía del individuo. Por ello, la aparición del concepto del “Yo” en la infancia tiene un carácter evolutivo, que está mediatizado por variables sociales, de maduración y de personalidad. Por lo que, en cada fase del desarrollo de la persona, pasa por un proceso de regulación (*Trad*, 1987, *Grolnick y Ryan*, 1989 y *Collins, Gleason y Sesma*, 1997; en *Escrivá, García y Delgado*, 2001) donde va adquiriendo un sentimiento de confianza en sí mismo; adquiere la creencia de

que uno tiene control sobre su propia vida y sentimientos subjetivos, capaz de tomar decisiones sin esperar la validación social (Sessa y Steinberg, 1991; en Escrivá et al., 2001).

La construcción de la identidad es un proceso que se desarrolla toda la vida; sin embargo, en la adolescencia se convierte en un factor central, debido a la convergencia de cambios físicos cognitivos y sociales (Erickson, 1969; Coleman, 1980; Grotevant y Cooper, 1986; en Escrivá et al., 2001). Esta etapa evolutiva de la identidad, no sólo abarca las ideas y sentimientos de sí mismo; es decir, cómo se siente y cómo se ve, sino también la perspectiva de convergencia de estas ideas y sentimientos y los roles adultos; aquellos como los ocupacionales, relacionales, creencias y valores. La importancia de la identidad radica en la regulación de la conducta, ya que existe relación entre las dificultades de la identidad y problemas de adaptación, en especial en la adolescencia (Waterman, 1992; en Escrivá et al., 2001). En general, aquellos adolescentes que han encontrado su identidad tienen más probabilidad de estar mejor adaptados a una serie de situaciones sociales (Coleman, 1980; en Escrivá et al., 2001).

En el proceso del desarrollo del autoconcepto pueden influir diversos factores, como las autopercepciones; muestra de ello es un estudio acerca del concepto social del sí mismo en jóvenes adictos, en base a la definición de Harré (1988; en Flores, 2000): "...un grupo de creencias que la persona tiene acerca de sí misma, una historia personal, creencias sobre las disposiciones. De qué modo se presenta ante los demás" (p. 14), y cómo dicha información está en función de lo que otros dicen acerca de él, en la familia, la escuela, el vecindario, el grupo de pares, etcétera. De modo que, se destaca la importancia de las redes sociales de la subcultura en que la cual se desenvuelven los jóvenes.

Como ya se mencionó, la construcción de la identidad de una persona ocurre a lo largo de su vida, pero si se expone a factores o situaciones que ayuden a desarrollarla, esta puede conformarse de la mejor manera. De ello da cuenta una investigación realizada por Guzmán (1977), con pacientes psiquiátricos diagnosticados con psicosis alcohólica, quienes fueron sometidos a terapia transaccional. Los resultados de esta investigación revelaron que las subescalas de Identidad, Autosatisfacción, Yo físico, Yo personal y Yo familiar, de la escala Autoconcepto de Tennessee, mostraron un ligero incremento; Lo que indica que se observaron cambios, respecto al entendimiento de las condiciones en que se encontraban y aceptando superficialmente su condición alcohólica, percatándose del empobrecimiento de su imagen y deterioro de su estado de salud. Asimismo, en una forma de mejoramiento de su valer personal y

una mejor captación e involucración afectiva en aquellos aspectos que giran alrededor de la convivencia familiar. Por las medias de los rangos obtenidos, se observó un incremento en el autoconcepto después de la terapia grupal, pero sin llegar a ser estadísticamente significativo.

Para Bin (2014) el desarrollo del concepto de sí mismo se desarrolla a través del proceso de aprendizaje desde la infancia. Un niño rodeado de las experiencias y del estilo de crianza de los padres tiene una influencia significativa en el desarrollo del autoconcepto. Un niño evalúa quiénes son ellos a través de las respuestas de sus padres en cada acción que toma. Durante la crianza, si un niño vive confundido y con pensamientos negativos; como resultado, este niño tiende a desarrollar un autoconcepto negativo.

El autoconcepto es algo muy dinámico que puede cambiar ocasionalmente; es decir, algunos aspectos del autoconcepto permanecen firmes durante un largo período, pero otros pueden cambiar al camino opuesto en pocos segundos. Por ejemplo, la imagen que la persona le gustaría tener de sí mismo.

Hay factores significativos que influyen en el proceso del desarrollo del autoconcepto:

1. *El estilo de crianza parental.* La crianza parental positiva y la actitud leída por los hijos pueden desarrollar un pensamiento positivo y un reconocimiento a sí mismo; es decir, el menor va a desarrollar un autoconcepto positivo. Mientras que, la actitud parental negativa crea la presunción de que el niño no es apreciado y amado por sus padres a causa de su propia debilidad, y puede presentarse cuando es golpeado con saña por sus progenitores, cuando le prestan poca atención a su actitud, cuando son injustos con él, o al humillarlo en cualquier situación. Cuando esto ocurre, el niño asume esto como un castigo causado por su culpa o estupidez.
2. *Un fracaso continuo.* En este caso, el fracaso puede ser definido por el niño como cualquier tarea sin éxito, para complacer a sus padres o a él mismo. Un fracaso continuo en su vida lo hace sentir inútil; en consecuencia, su autoconcepto negativo se desarrolla poco a poco. Por otro lado, un autoconcepto positivo se desarrolla cuando el niño ve el fracaso como una oportunidad para él, para mejorar a sí mismo en todos los aspectos de la toma de decisiones.
3. *La depresión.* Las personas que sufren de depresión tienden a pensar y a responder negativamente a todo, incluyendo la evaluación de sí mismos. Se preguntan si pueden

sobrevivir durante toda su vida; pueden ser muy sensibles a lo que otras personas dicen acerca de ellos o a actos hacia ellos.

4. *La autocrítica interna.* Es otro factor que influye en el proceso del desarrollo del autoconcepto. No se puede negar que esta se necesita para evaluar cada acción y decisión que se toma en la vida, ya que funciona como un regulador en cada acción tomada y la forma en que este comportamiento es aceptado por la sociedad y la capacidad de adaptarse a ella (Bin, 2014).

Por tanto, el desarrollo del autoconcepto inicia en la niñez y continúa en la adolescencia, etapa determinante en la formación de la identidad de la persona, donde los factores presentes pueden favorecer un buen desarrollo; sin embargo, no siempre el niño vive en las mejores condiciones para que su autoconcepto se desarrolle favorablemente. Situación que ocurre cuando vive en un entorno donde las adicciones a sustancias están presentes, mucho más grave cuando son sus padres quienes generan estas circunstancias.

El valor de la influencia social en el autoconcepto.

Es interesante observar cómo la gente que rodea a un individuo juega un importante papel en el desarrollo del concepto de sí mismo. Hay que reconocer que el autoconcepto que se construye el joven, está en relación al contexto cultural en que se desarrolla, en la gente que lo rodea. Los “requerimientos” del grupo familiar o social con el que convive la persona, pueden ser muy relativos. La manera en que la persona es o no aceptada, va a determinar su manera de sentirse y de aceptarse.

Estudios realizados muestran la importancia de la influencia social en el desarrollo del autoconcepto, tal como lo demuestra Goñi y Fernández (2007) cuyos análisis realizados avalan la existencia de una estructura bidimensional del autoconcepto social, compuesta por los factores/escalas de responsabilidad social y competencia social. Esta última aparece integrada tanto por aspectos de competencia o habilidad social como de aceptación social, lo que confirma estudios previos que habían identificado dos componentes básicos, la competencia social y la aceptación social, ambos muy interrelacionados (Bracken, 1992; en Goñi y Fernández, 2007). Estos resultados muestran que la autopercepción, como ser socialmente competente y socialmente aceptado, guardan una relación muy estrecha, al punto de integrar un sólo componente. En este contexto, para la psicología social, es de particular importancia la influencia de la interacción

social en la formación del autoconcepto. La percepción de los demás, da en cierta medida, la conciencia de ser diferente, y en qué grado y dirección va la persona.

Si bien, la interacción social influye en la autopercepción, también afecta al autoconcepto físico, pues en un estudio realizado por González (2011) encontró que, este es vulnerable a influjos socioculturales como los amigos (sobre todo en la adolescencia), la familia, la publicidad y la información. Puede decirse que el poder que tienen estos influjos en modificarlo es muy alto. Es entonces cuando la evaluación de los otros condiciona las autopercepciones físicas, de modo que, la opinión que la persona cree que los del entorno tienen acerca de ella, ejerce una significativa influencia sobre cómo se ve a sí misma. Por tanto, este estudio abre las posibilidades en la intervención de índole psicológica como los trastornos dismórficos y de conducta alimentaria (anorexia y bulimia), cuyos síntomas tienen en común una insatisfacción con el propio físico, donde se cree que la intervención sería más eficaz si se incidiera sobre las dimensiones del autoconcepto físico y los influjos socioculturales y no sólo sobre la imagen corporal.

Es indudable la influencia del entorno social en la formación del autoconcepto de la persona; así tenemos que, en otras regiones, el consumo de bebidas alcohólicas inicia desde la etapa de su desarrollo y culturalmente es aprobado y fomentado por la comunidad. Estos datos están sustentados en un estudio enfocado en la autoimagen de adolescentes jamaíquinos, quienes reportaron el consumo de alcohol. Es importante mencionar que el consumo de alcohol entre adolescentes jamaíquinos no es ilegal y culturalmente es aceptable. Esta investigación examinó la relación entre la persona con quien bebe el adolescente y su autoimagen. Los resultados de este estudio revelaron que estos adolescentes, quienes consumen alcohol con adultos, tienen una evaluación significativamente alta en las distintas dimensiones del cuestionario Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) más que, quienes ingieren alcohol con sus semejantes de la misma edad (Smith y Blinn, 1994 en Flores, 2000).

De acuerdo a Flores (2000), en los alcohólicos, se ha encontrado diagnósticos de personalidad sociópata y baja autoestima; lo que permite concluir que, son problemas comunes en las personas adictas, ya que las personas que consumen algún tipo de droga son “castigadas” por su grupo social en el cual convive; en este, son consideradas personas malas que dan un mal ejemplo a la sociedad. El rechazo y discriminación son factores que determinan el autoconcepto del adicto; por lo que puede decirse que, son características comunes en las personas con

problemas de adicción. Por tanto, el rechazo y discriminación son factores que determinan el autoconcepto del adicto.

Por otra parte, Valdez (1994; en Aguilar, 2006) menciona que, toda la información que un individuo posee de sí mismo proviene de la interacción que mantiene con los demás; la forma que estructura y codifica dicha información, le aporta un conocimiento de su persona; esto es, establece su autoconcepto. A todo esto, pesar de que el autoconcepto es subjetivo, es posible medirlo, para ello se cuenta con escalas validadas, que poseen un cierto grado de confiabilidad. Ver *tabla 2*.

Tabla 2. Instrumentos de medición del autoconcepto

<i>Instrumento</i>	<i>Autor (es) y año de creación</i>	<i>Evalúa</i>	<i>Índice de confiabilidad</i>
Escala de autoconcepto.	Jorge La Rosa, (1986).	La percepción que la persona tiene de sí misma en términos sociales, emocionales, ocupacionales y éticos.	Para la escala completa fue $\alpha = 0.94$.
Cuestionario de autoconcepto.	José Luis Valdez Medina, (1994).	La percepción que el individuo tiene de sí mismo y de aquello que puede llamar suyo. Además del cuerpo y las capacidades físicas, incluye sus cosas, sus familiares y todo aquel objeto que le caracteriza.	Para la escala completa fue $\alpha = 0.84$.
Escala de autoconcepto de Piers-Harris.	José Luis Servín Terrazas, (1994).	La percepción que un niño tiene de sí mismo respecto de sus actitudes, sus sentimientos y el conocimiento de sus capacidades, habilidades, apariencia, y aceptabilidad social.	Para la escala completa fue $\alpha = 0.81$.
Diferencial semántico del yo.	Edgar Pérez Ortega, (1994).	La percepción que se tiene de sí mismo, particularmente las actitudes, sentimientos y conocimientos a propósito de las capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social propias.	El índice de consistencia interna para el diferencial completo fue $\alpha = 0.78$.
Escala de autoconcepto de Tennessee (EAT).	María Guadalupe García Arellano y Francisco Daniel Quintero Vargas, (1995) Adaptada de Fitts, (1965).	La descripción que la persona hace de su identidad básica, la satisfacción que siente con su autoimagen, es decir, su nivel de aceptación, y la percepción de su propia conducta. También mide el punto de vista que la persona tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad; sus cualidades morales, su relación con Dios y su satisfacción con su religión; su sensación de valía personal; el mérito y el valor que se otorga como miembro de una familia; y su sensación de adecuación y dignidad en la interacción social.	La consistencia interna para la escala total fue $\alpha = 0.73$.
Inventario de autoconcepto.	Beatriz Torres Costa, (1997).	La concepción que el individuo tiene de sí mismo.	Obtenidos para los factores oscilaron entre $\alpha = 0.60$ y 0.90 .
Escala de autoconcepto escolar.	Felipe de Jesús Ramírez Guzmán, (1998).	La estructura cognoscitiva-afectiva estable y generalizada que posee el niño acerca de lo que es, ha sido y pretende ser. Mide la información que el individuo ha adquirido sobre sí mismo en su ámbito escolar, social e individual.	Para la escala completa fue $\alpha = 0.84$.
Escala de autoconcepto actual, autoconcepto ideal y autoconcepto que debe ser para niños.	Alejandro Muñoz Campos y Patricia Andrade Palos, (2000).	La colección de representaciones que el niño tiene de sí mismo, que pueden ser concepciones deseadas presentes o futuros, en las que se reconoce la adquisición de posibles atributos personales.	Para los factores oscilaron entre $\alpha = 0.65$ y 0.89 .

Datos, basados en el Inventario de escalas psicosociales en México, 1984-2005. Nazira Calleja.

Estudios relacionados.

El autoconcepto es una variable decisiva para entender el ajuste conductual y emocional de los individuos, el cual va desarrollándose paulatinamente en el contexto social; por ello, el autoconcepto juega un papel importante como factor motivador de la conducta y garantizador de la salud mental de la persona. De esto da cuenta un estudio de Esnaola (2006) donde analiza la relación entre el autoconcepto y el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) en jóvenes. Respecto al alcohol, los sujetos que no beben se perciben mejor que aquellos que beben de vez en cuando en las subescalas autoconcepto Académico, autoconcepto Familiar y autoconcepto General; sin embargo, los sujetos que beben de vez en cuando se perciben mejor que los no bebedores en el autoconcepto Social y autoconcepto Físico. Lo que podría indicar que, un autoconcepto Familiar y un autoconcepto Académico bajos, pueden actuar como motivadores de la iniciación o progreso en el consumo de drogas.

Por otra parte, en un estudio, Mendoza, Carrasco y Sánchez (2003; en Esnaola, 2006) concluyeron que, los adolescentes que consumen alcohol se sienten menos sanos, presentan una mayor insatisfacción con su imagen corporal, se sienten infelices, padecen más trastornos del estado de ánimo y con frecuencia albergan sentimientos de indefensión, en relación a los no consumidores. Algo similar les sucede en el plano ocupacional, el que tiene que ver con la autoevaluación de los logros académicos o las diversas actividades en que se empeñan; pues la percepción de sí mismo, en cuanto a eficacia, responsabilidad y cumplimiento de su labor, queda por debajo; o sea, mantiene una actitud irresponsable (Maldonado, 2002).

Mientras que Graña, Muñoz-Rivas, Andreu y Peña (2000) afirman que, una mayor satisfacción personal puede ser un predictor de una menor implicación del adolescente en el consumo de drogas. Otro estudio revela que, el consumo de tabaco y alcohol está relacionado con algunas dimensiones del autoconcepto y, los sujetos que no beben alcohol se perciben mejor que aquellos que beben de vez en cuando, en el autoconcepto Académico, autoconcepto Familiar y autoconcepto General; sin embargo, los sujetos que beben alcohol de vez en cuando, se perciben mejor en relación a los que no beben, en el autoconcepto Social y autoconcepto Físico (Esnaola, 2006). En este contexto, Newcomb y Bentler (1988; en Esnaola, 2006) señalan que el uso de drogas en el adolescente, está ligado a una inadecuada inmadurez psicosocial, la cual perdura hasta la edad adulta.

En un estudio realizado por Álvaro et al. (2014), se determinó que, la mayoría de adolescentes no fumaban ni consumían alcohol de manera habitual; sin embargo, tres de cada diez jóvenes consumían alcohol de forma esporádica (fines de semana) o habitual, por lo que se debe ser muy cauto con dichos hallazgos, pues se cree que la principal explicación de los bajos porcentajes de consumo de sustancias, puede deberse a que en estas edades, es habitual beber de forma esporádica como los fines de semana y días festivos, que diariamente. Los adolescentes mostraron tener niveles de autoconcepto Global adecuados, obteniendo incrementos en las dimensiones Familiar y Social con respecto a la Académica, Emocional y Física; lo cual indica que a estas edades se les concede mayor importancia a las relaciones familiares y al grupo de iguales. Estos resultados confirman lo encontrado por otros investigadores que destacan que un autoconcepto Global adecuado favorece la consecución de un buen ajuste psicológico, competencia personal y disminución de problemas de conducta (Padilla, García y Suárez, 2010; Fuentes, Gracia y Lila, 2011; en Álvaro et al. 2014).

Asimismo, se encontró que las dimensiones Académica, Social, Emocional y Familiar se ven influenciadas por la ingesta de alcohol. Otros autores como Musitu et al. (2007), Cava et al. (2008) y Moreno-Murcia et al. (2009) en Álvaro et al. (2014) apoyan estos resultados; aunque, estos últimos investigadores estiman que la dimensión Social se ve incrementada con el consumo de alcohol, al ser una herramienta que favorece las relaciones entre iguales. No obstante, esta relación significativa entre el autoconcepto y la dimensión Social puede desaparecer al controlar las variables sexo y edad en el estudio estadístico. Además, no se halló ningún tipo de relación entre consumo de alcohol y la autoimagen física del adolescente.

Por otra parte, la cultura también influye en la actitud que se tenga hacia el consumo de alcohol. En un estudio, los adolescentes jamaquinos, quienes prefieren tener como compañero de bebida a un adulto, reportaron que experimentan menor fluctuación emocional, teniendo una mejor relación familiar, con altas metas vocacionales y educacionales; además, fueron más conscientes socialmente y tuvieron un mejor ajuste psicológico en general (Smith y Blinn, 1994, en Flores, 2000). Es decir, de alguna manera el alcohol, les proporciona cierta “seguridad” para sentirse capaces de relacionarse socialmente.

Definición de actitud

La mayoría de los autores se inclinan por una definición operacional de la actitud conceptualizándola como una categoría mediacional de la conducta. Ajzen y Fishbein (1980; en Ortega, s.f.) proporcionan una definición muy clara y simple, donde la actitud no es más que la evaluación favorable o desfavorable de la realización o no de una conducta. Para Palmerino, Langer, y McGillis (1984; en Ortega, s.f.) la actitud es una relación existente entre dos entidades, donde una entidad es la persona y la otra es el objeto de la actitud, en un contexto específico. Esta relación *entre*, a partir del contexto, sería lo específico de la actitud; es decir, hay una persona que toma posición o ejerce una acción sobre algo o alguien. Para estos pensadores, los objetos sólo tienen “valencia” y pierden su ambigüedad cuando son interpretados en un contexto. Por tanto, el cambio de actitud sólo podrá darse cuando cambie la situación que afecta a la persona y al objeto.

Estas definiciones contemplan el desarrollo de la actitud a través de la experiencia con un objeto que predispone a actuar de una cierta manera relativamente estable, y que consiste en evaluaciones negativas o positivas, cualquiera que sea la interpretación que se le dé a estas características básicas. Asimismo, dichas definiciones sugieren que las actitudes presentan un carácter multidimensional; es decir, la actitud se conceptualiza como un constructo teórico, hipotético que integra diversos componentes a través de los cuales se puede analizar la conducta: *el componente cognitivo, el afectivo o evaluativo y el conativo o conductual*.

En la práctica la mayoría de los autores es unánime en admitir el triple componente de la actitud, no todos coinciden en atribuir el mismo peso específico a cada uno de los componentes. Sin embargo, es cada vez mayor el número de autores que consideran el *afecto* como la parte más esencial del concepto actitud:

1. *Componente cognitivo*. En general, se admite que la actitud conlleva a una idea, opinión, información o creencia acerca de la probabilidad de que un objeto determinado o situación posea unos determinados atributos.
2. *Componente afectivo*. Este componente no está suficientemente delimitado, con frecuencia la actitud se confunde con términos como: rasgo de personalidad, intereses, tipo de hábito, etcétera.
3. *Componente conductual*. Existen otros factores como el contexto o situación en donde la conducta es observada y la actitud valorada que condiciona fuertemente la respuesta. Al

menos dos actitudes, una respecto del objeto y otra respecto de la situación en que el objeto se encuentra, deben tomarse en cuenta para considerar las determinantes de la conducta (Ortega, s.f.).

De acuerdo con Summers (1976; en Pons, 2001), las actitudes son como una fuerza dinámica que predispone la conducta, aprendidas en el contexto social y permanece implícita en este. Al igual, se distingue de otros factores predisponentes por el hecho de implicar una respuesta de tipo evaluativo hacia un objeto; de tal manera que, las actitudes de una persona ante un hecho o un objeto determinado constituirán un soporte y predictor de su conducta ante el mismo.

Mientras que Newcomb (1964; en Moreno, 2006) asevera que el sistema de valores (valores centrales) funciona como un marco de referencia común y dominante en muchas situaciones vivenciales, uniendo las diversas actitudes en un sistema integrado. Esto es, las actitudes de una persona hacia diversos objetos o pensamientos están influenciadas por la tendencia a percibir las en términos de un factor que afecta positiva o negativamente.

Actitud hacia el alcohol.

Como ya se señaló, la actitud de la persona es fundamental en la decisión de consumir o rechazar el alcohol; al igual, la imagen que se tenga de las bebidas alcohólicas, asociada a la facilitación social. Con esta percepción, las personas aprenden a usar las bebidas alcohólicas en los contextos de relación y junto a este aprendizaje adoptan una serie de ideas, de estereotipos y de conocimientos sobre estas, los que pueden ser ciertos o erróneos. En general, a pesar de la estrecha convivencia que gran parte de la población tenga con las bebidas alcohólicas, los conocimientos objetivos que se tienen sobre ellas suelen ser incompletos y a veces erróneos (González, 1994; en Pons, 2001).

Por otro lado, Christiansen, Goldman e Inn y Cárdenas y Moreno (1982, 1990; en Pons, 2001) mencionan que antes de que los jóvenes beban ya poseen una serie de creencias estructuradas acerca de los efectos que les puede proporcionar el alcohol en un entorno social, de manera que estas se convierten en antecedente de la ingesta, con miras a socializar. Esto facilita que las bebidas alcohólicas sean vistas como un producto ligado a la vida cotidiana de muy fácil acceso, presente en casi todo los actos y rituales sociales; su consumo parece que se ha normalizado, por lo que, no es difícil que, durante la socialización, los jóvenes construyan unas representaciones y expectativas del alcohol basadas en aquello que observan en los distintos

contextos de relación social. También influye la actitud que se tenga hacia el alcohol, la imagen que se tenga de las bebidas alcohólicas asociadas a la sociabilidad y a la integración grupal derivado de las distintas influencias que recibe la persona. Esta percepción se gesta desde el ciclo vital de los individuos, en los primeros periodos de socialización, en relación con la familia, los medios de comunicación, los iguales, reflejándose de esta manera la permisibilidad social con que se ve esta droga.

En este proceso del desarrollo de la actitud hacia el alcohol, la persona puede tener el conocimiento relativo a los efectos y daños derivados del consumo excesivo de alcohol; siendo este necesario, pero no indispensable en el cambio de conducta, considerándose un factor importante para percibirse en riesgo; sin embargo, este conocimiento puede estar supeditado a otras variables, como las sociodemográficas (Bayes, 1989; en Villagrán 1992). Es decir, la persona puede seguir bebiendo alcohol sin control a pesar de conocer los riesgos de salud a los que está expuesta.

En este contexto, un estudio realizado por Pons (1994), cuyo objetivo fue explorar las relaciones existentes entre las actitudes hacia el consumo de alcohol y el nivel de conocimientos sobre sus efectos, y el consumo de bebidas alcohólicas durante los fines de semana. Se utilizaron tres escalas de elaboración propia; una de ellas fue ACTICOL-92. En general, los resultados mostraron que el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes se encuentra muy relacionado con las actitudes que tiene hacia el alcohol, y no así con los conocimientos que posee sobre sus efectos.

Mientras que, Pons (2001) afirma que las actitudes pueden no son factores previsibles de la conducta; así unas actitudes favorables o tolerantes hacia algún tipo de sustancia adictiva no determinarán necesariamente su consumo, pero si pueden predisponerse al mismo. Las actitudes hacia el consumo de ciertas drogas expresan las creencias referidas a lo que el sujeto espera experimentar una vez que las consuma. En definitiva, las actitudes reflejan sus expectativas acerca de los efectos de las drogas. De esta manera, Stacy, Widaman y Marlatt (1990; en Pons, 2001) definen las expectativas sobre el alcohol como las creencias sobre los efectos que un sujeto espera de dicha sustancia, considerando que las creencias y expectativas respecto al alcohol juegan un papel predictivo de la forma de consumo de esta droga. Cabe señalar que al hablar de expectativas sobre lo que ocurrirá después del consumo, no se refiere únicamente a las

consecuencias farmacológicas (bienestar, euforia), sino a las sociales (diversión, integración grupal, facilitación social).

Sin embargo, no siempre las actitudes son factores previsible de la conducta futura, pues estas forman parte de constructos más complejos, tal como lo interpreta la *Teoría de la Acción Razonada* (TAR) creada por Ajzen y Fishbein (1975), la que supone que, el determinante directo más importante de la conducta es la intención de llevar a cabo la conducta. El éxito de esta teoría para explicar el comportamiento, depende del grado en que el comportamiento está bajo el control voluntario. También se consideraron las características demográficas y ambientales para explicar la probabilidad de realizar una conducta. En esta teoría, las intenciones son los mejores predictores de lo que un individuo va a realizar o no; e identifica tres determinantes primarias de la intención:

1. La actitud hacia la conducta en cuestión.
2. La influencia normativa o la cantidad de presión social que se siente al realizar cierta conducta.
3. El control conductual percibido con respecto al desempeño de dicha conducta.

La importancia relativa de estas tres variables psicológicas como determinantes de la intención pueden variar en función de cuál sea la conducta y qué población se está considerando. Por tanto, antes de desarrollar intervenciones para cambiar las intenciones de conducta, es importante primero determinar el grado en que dichas actitudes están bajo el control actitudinal, el normativo o el control conductual percibido (Montaño & Kasprzyk, 2008).

Estudios relacionados.

En una investigación realizada por el Departamento de Salud del Gobierno Escocés, se llevó a cabo una consulta pública respecto a las actitudes hacia el abuso del alcohol, donde se encontró que, muchas personas sienten que los crímenes más violentos están relacionados con el alcohol, y que el abuso del mismo es cada vez mayor entre jóvenes. Tradicionalmente los hombres han sido percibidos como principales consumidores de alcohol, y quizás son quienes tienen más problemas relacionados con la sustancia; sin embargo, el estudio sugiere que ya no se percibe así. En tanto, las definiciones de abuso de alcohol están fuertemente ligadas a los comportamientos relacionados con el alcohol, las actitudes culturales al alcohol y las posibilidades de las personas a contactar y acceder a estos servicios.

Concluyendo, hubo un acuerdo amplio en que el principal obstáculo para combatir el abuso del alcohol son las actitudes culturales imperantes hacia el alcohol, por lo que se requiere un cambio de raíz antes de intentar cualquier cambio en los comportamientos relacionados con el alcohol. Quizás, algunos de los mayores obstáculos que deben superarse son el miedo a la estigmatización, sentimientos de vergüenza, y la preocupación por el anonimato. Las dos primeras de estas barreras están fuertemente entrelazadas con las actitudes culturales al alcohol (Lancaster y Dudleston, 2002).

Una investigación, de Moreno (2006), con adolescentes varones argentinos pertenecientes a un nivel socioeconómico alto, en donde el consumo se incrementó notablemente, evaluó cómo los valores influyen en sus actitudes y conductas, especialmente aquellas que los ponen en situaciones de riesgo como el consumo de alcohol y drogas; donde el alcoholismo se ha convertido en una característica de la adolescencia, siendo el alcohol la droga más popular; en específico la cerveza. Pareciera ser que toda actividad recreativa de los jóvenes debería estar acompañada de la ingesta de alcohol para ser verdaderamente recreativa. Asimismo, a la tolerancia social del consumo de alcohol generalmente se le agrega, por parte de los adolescentes, una infravaloración o desconocimiento de los peligros para la salud que acarrea la ingesta excesiva de alcohol; aunque no siempre es así, pues el adolescente puede conocer los riesgos por consumir alcohol, y seguir bebiendo. La actitud que el adolescente desarrolla hacia el alcohol está fortalecida por una cultura tolerante de los adultos, y su escasa percepción de los peligros de la sustancia, genera un medio propicio para el incremento de la ingesta. También la permisibilidad social favorece el descontrol juvenil; es decir, el adolescente tiene acceso a la compra de bebidas alcohólicas. Socialmente a la actitud permisiva se le denomina actitud “comprensiva”, y no es más que una aceptación encubierta del consumo juvenil por parte de los adultos, al ver esta acción como “normal”.

En relación a este estudio, Gómez Fraquel et al. (2002; en Moreno, 2006) concluyen que, la permisividad y la aceptación social del consumo, son factores macro sociales relacionados con el incremento del consumo de alcohol, refiriéndose tanto a la denominada *permisividad formal* (normas legales hacia la venta y consumo) como a la *permisividad informal* (valores y actitudes sociales favorables al consumo).

A la vez, el consumo de alcohol se asocia a la publicidad; es decir, a la satisfacción personal, al placer y a la popularidad; de manera que los efectos de modelado favorecen el consumo en los

adolescentes. De igual forma se encontró que, con la edad se incrementa el porcentaje de consumidores y la actitud permisiva hacia el alcohol. Asimismo, los medios de comunicación y el medio social en general parecen moldear la actitud del sujeto hacia el alcohol al remplazar a la menor influencia familiar y escolar.

El estudio concluye que, la educación sobre los valores parece ser una de las claves para el desarrollo de actitudes y conductas preventivas del abuso de bebidas alcohólicas, por lo que las actitudes hacia el alcohol deben estudiarse en relación a los valores que las sustentan (Moreno, 2006).

Mientras tanto, Ozuna (2014) realizó un estudio con el instrumento ACTICOL-92, en una muestra de 305 adolescentes de una preparatoria pública (más de la mitad fueron mujeres), donde exploró las actitudes hacia el alcohol, por sexo, por edad, por años de escolaridad, por patrón de consumo y por prevalencia. Los resultados muestran que, los adolescentes identificaron como más importantes las Actitudes Preventivas y a las Consecuencias Negativas, esto indica que ellos perciben mayores Consecuencias Negativas hacia el consumo de alcohol. Al igual, se observó medias más bajas en la subescala Facilitación Social y Actitudes Evasivas, lo que indica que, tal vez los adolescentes poseen una percepción menor de que el consumo de alcohol es un medio para socializar con su entorno. Sin embargo, en los índices Facilitación Social y Actitud Evasiva, se observó significancia, mayores medias y medianas en los hombres, con respecto al índice de actitudes hacia el consumo de alcohol.

Por edad de inicio de consumo de alcohol, se encontró que la media fue de 14.6 con un promedio de 3.4 bebidas alcohólicas en un día típico de consumo de un adolescente. En tanto, en la prevalencia global del consumo de alcohol en los adolescentes, se encontró que el consumo alguna vez en la vida fue de 56.7%, mientras que, por sexo, las mujeres obtuvieron una prevalencia global del 58.2% y los hombres un 54.4%. Sin embargo, en la prevalencia actual los hombres obtuvieron un 38% y las mujeres 24.5% esto indica que el consumo de alcohol es mayor en ellos. De igual manera, se reporta mayor consumo sensato (con límites) de alcohol en las mujeres (59.0%) que en los hombres (28.3%); sin embargo, los hombres reportaron mayor consumo dañino (30.4%) que las mujeres (20.5%). Como se aprecia, el consumo de alcohol aumentó en las mujeres. Mientras que el tipo de consumo por edad, no presentó significancia; es decir, el consumo sensato entre adolescentes fue casi similar. En todos los tipos de consumo, el grupo de adolescentes de 17 a más años presentó los porcentajes más altos. Lo mismo ocurrió en

el consumo por escolaridad, no se encontraron diferencias significativas, probablemente por lo homogéneo de los datos (todos fueron adolescentes).

Por otra parte, López, Villar, Alonso, Alonso y Rodríguez (2013), realizaron un estudio, cuyo objetivo fue identificar las diferencias de actitud entre los estudiantes de preparatoria consumidores y no consumidores de alcohol. Esta investigación se sustentó en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), basada en el supuesto de que todas las personas, por lo general, se comportan de forma sensible, a partir de la información de que disponen, así como de las consecuencias de sus acciones. Sin embargo, la intención de una persona de realizar o no un comportamiento, es el determinante más importante de esa acción; dichas intenciones están en función de determinantes básicos: actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención.

En este sentido, la actitud del individuo es estrictamente personal, se refiere a la postura que asume hacia determinada conducta, dicha actitud está condicionada por un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias de la conducta y la evaluación positiva o negativa de la persona hacia el comportamiento de interés. En general, puede decirse que una persona lleva a cabo un comportamiento, cuando lo evalúa positivamente, cuando experimenta la presión social para llevarlo a cabo y cuando cree que posee los medios y oportunidades para hacerlo.

En el contexto de esta investigación, la TCP ha demostrado que, existen actitudes positivas relacionadas con la intención de consumo y el consumo real del alcohol; evidenciando fuertes asociaciones entre las actitudes pasadas o presentes con la intención de embriagarse.

Los resultados del estudio mencionado, evidenciaron que, las creencias conductuales hacia el consumo de alcohol y la evaluación de las creencias en sentido positivo son más altas en los adolescentes consumidores de alcohol que en los no consumidores de alcohol.

Esto significa que, la TCP permitió demostrar que, a pesar de que los adolescentes reconocen que el consumo de alcohol es una conducta poco saludable, perjudicial, mala e insegura, mantienen una actitud positiva hacia esta conducta, debido a que la valoran como una conducta agradable y deseable; esto pone en evidencia que la actitud es el determinante mayor que explica la intención del consumo de bebidas alcohólicas.

Los resultados confirman lo que postula la teoría TCP, al referir que los adolescentes pueden tener una actitud positiva hacia el consumo de alcohol si sus expectativas de beneficio son mayores que las expectativas del costo humano. Sin embargo, la decisión es alterada por sus

creencias respecto a las normas sociales en relación al consumo; pueden sentir una fuerte presión por usar drogas como el alcohol; si ellos creen que sus amigos, compañeros de escuela o su familia apoyan el consumo o si creen que existe consumo entre sus amigos y los adultos en general.

La actitud hacia la experimentación de una conducta, se determinan por cada una de las creencias que el adolescente posee respecto a esta y la evaluación positiva y negativa que le ha asignado a cada una de esas creencias; esta evaluación es el componente afectivo de la actitud que motiva la fuerza de la intención del uso del alcohol. Las actitudes conjuntamente con la evaluación de estas, pueden permitir la predicción de la intención de la conducta, además del conocimiento de las creencias de lo que los demás piensen de los comportamientos.

El análisis, concluye diciendo que, los adolescentes estudiantes preparatorianos de zonas urbanas que consumen alcohol, presentaron una actitud positiva hacia el uso del mismo, lo que contribuirá a mantener la conducta de consumo (López et al., 2013).

Influencia del autoconcepto en el consumo de alcohol

En la década de los ochenta aparecieron las primeras investigaciones relacionadas al autoconcepto y la autoestima con conductas relacionadas con la salud en la adolescencia, como el alcoholismo, abuso de sustancias, enfermedades físicas y otras. Desde entonces se realizaron estudios, relacionando las conductas de salud y un concepto unidimensional del autoconcepto que evolucionó a una concepción multidimensional, diferenciando empírica y conceptualmente las dimensiones de autoconcepto y autoestima global (Márquez y Garatachea, 2013).

Actualmente, los modelos teóricos explican las conductas de riesgo y en concreto, el consumo de sustancias, incluyen tanto variables sociales como individuales; siendo el autoconcepto/autoestima una de las variables tradicionalmente asociadas con el consumo de sustancias y con la mayoría de variables de interés de la psicología, sobre todo en la adolescencia. Inicialmente se encontró una relación negativa entre autoestima y consumo de sustancias, pudiendo ser una autoestima baja el origen del consumo de sustancias (Huba y Bentler, 1982; en Márquez y Garatachea, 2013).

Mientras tanto, Kaplan (1980; en Márquez y Garatachea, 2013), formuló su Teoría General de la Conducta Desviada, la cual propone que el consumo de sustancias tendría su origen en experiencias negativas en el contexto social que producen sentimientos de devaluación, lo que

determinaría que el sujeto se desmotive al querer llevar a cabo sus actividades normativas de grupo que le hacen sentir mal, lo que lo desviaría de ellas adoptando un patrón de conducta desviada. Otros autores piensan que una baja autoestima incrementa la vulnerabilidad a la presión de los pares hacia el consumo de sustancias (Foxy Forbing, 1991 y Maag et al., 1994 en Márquez y Garatachea, 2013).

Asimismo, algunas investigaciones han demostrado que son múltiples las razones por las cuales los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de alcohol; estas son, la impulsividad, conducta antisocial, búsqueda de sensaciones y el autoconcepto, entre otras; de esta manera, se enfrentan a la fase de desarrollo donde configuran su identidad frente al grupo de pares, lo que puede llevarlos a adoptar comportamientos de riesgo, incluyendo el consumo de drogas ilícitas e lícitas. Parte de esa definición de la identidad del adolescente está en el autoconcepto definido por el Modelo de Adaptación de Roy (1999; en Hernández et al., 2015), como un conjunto de creencias y sensaciones que una persona tiene de sí misma en un momento dado. Así tenemos que, un autoconcepto integrado favorece el sentimiento de seguridad en la persona; contrariamente, con un autoconcepto comprometido, esta no tendrá la capacidad de decidir a favor de su bienestar o salud; entonces, puede adoptar conductas de riesgo como el consumo excesivo de alcohol. Por ello, el papel del autoconcepto y la autoestima, en el inicio de consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas se manifiesta en las capacidades que puede tener el adolescente para resistir la presión social para consumir alcohol, tomar decisiones saludables y enfrentar el estrés.

El autoconcepto se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, tendiendo a lograr mayor estabilidad durante la adolescencia; en esta etapa el adolescente se muestra vulnerable al presentar un alto índice en el consumo de alcohol y tabaco; que, de no atender a la larga va a repercutir en su salud personal. En un estudio realizado por Contreras, Luna y Arrieta (2008), en adolescentes consumidores de alcohol y/o tabaco el 65.2% presentaron un bajo autoconcepto. Por tanto, el autoconcepto se asocia, entre otras variables, con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes que tienen una autoestima baja. Árboles (1999), Liceaga (2002) y Molina (2001); en Contreras et al. (2008), describieron que la autoestima en el hogar, en la escuela y con los amigos, está inversamente relacionada con los hábitos de beber alcohol y fumar en la adolescencia. Este estudio concluye afirmando que, el nivel de autoconcepto en los adolescentes, usuarios de la Unidad Médico Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),

es menor cuando se consume alcohol y tabaco, en comparación de los que no consumen estas sustancias.

Por otra parte, Giraldo (2009) concluye en una investigación que, un drogodependiente activo presenta una perturbación de límites; es decir, pierde su identidad al aceptar los límites de la droga como suyos, posee patrones fracturados, la figura predominante es la intoxicación, la figura fija es disminuir nuevas figuras por medio de la embriaguez, es por eso que su funcionamiento relacional y ocupacional está sumamente afectado; hay un descuido de sí mismo, afectando sus áreas funcionales y el contexto psicosocial. Llega a convertirse en una persona antisocial, totalmente afectada en su imagen física.

Mientras que, las personas en situación de alcoholismo sin algún tipo de tratamiento que atienda su adicción, están expuestas a varias afecciones. En un estudio realizado por Medina (1994; en Flores, 2000) con estudiantes de enseñanza media y media superior en la Ciudad de México, con algún tipo de adicción, encontraron que la idea suicida tiene una relación positiva directa con la desesperanza, con la autoestima baja, con el intento de suicidio, con la depresión y con el abuso de sustancias como el alcohol. Asimismo, se encontró relación entre el estado mental y un tipo de sustancia que estos jóvenes utilizaban para drogarse. Se concluye que, el síntoma idea suicida se incrementa de acuerdo con la gravedad del patrón de consumo de alcohol (Levy y Deykin, 1989, Kienhorts, et al., 1990 y Silburn y Zubrick, 1990; en Flores, 2000).

En relación, Fernández (1987; en Flores, 2000) menciona que el individuo con alta tendencia al alcoholismo sufre de experiencias derivadas de sentimientos de soledad o de aislamiento, así como de desesperanza.

En otro estudio ya mencionado, el Instituto Nacional de Psiquiatría, encontró resultados similares entre los adictos a distintas sustancias, entre ellas el alcohol, donde el análisis de los resultados mostraron que estos jóvenes se perciben como transgresores sociales; se definen a sí mismos como vagos, rebeldes, aislados y anormales, principalmente ante la familia y otros jóvenes; es decir, estos jóvenes tenían un autoconcepto negativo debido a que su grupo social rechaza y desapueba el consumo de drogas en cualquier persona (Flores, 2000).

En un estudio realizado por Fieldman (1995; en Flores, 2000), donde comparó el autoconcepto en adictos a la cocaína y a la heroína, encontró adicionalmente en los alcohólicos, diagnósticos de personalidad sociopática y baja autoestima; de esto se concluye que son características comunes en las personas adictas a sustancias. Por tanto, las personas que

consumen algún tipo de droga sufren el rechazo y la discriminación de su grupo social en el cual convive, estos factores determinan el autoconcepto del adicto.

En el siguiente capítulo se presenta un panorama histórico de la terapia grupal, el concepto de grupo terapéutico y sus características; asimismo, se introduce de manera general en los modelos de intervención psicológica más importantes. Se enfatiza en el enfoque Gestalt, y en sus elementos teóricos, sus objetivos, sus técnicas, sus reglas; de igual forma se aborda la conformación y funcionamiento de los talleres gestálticos y se justifica la pertinencia de aplicar terapia Gestalt. La importancia de los temas, en especial los últimos, es debida que este estudio se desarrolla mediante intervención gestáltica de tipo grupal.

Capítulo 3. La técnica: el taller gestáltico

El presente capítulo aborda cómo y dónde se desarrolló la terapia de grupo, cómo se conforma un grupo terapéutico, sus características; enseguida, explora los modelos de intervención psicológica. Se adentra en el origen del enfoque Gestalt, con el cual se va a intervenir de manera grupal, su aplicación, sus elementos teóricos que lo fundamentan, sus técnicas y reglas a seguir en la intervención. Asimismo, se explica la pertinencia de intervenir con el enfoque Gestalt en este estudio.

Antes de hablar de terapia grupal y su aplicación, es necesario conocer su origen.

Panorama histórico de la terapia grupal

La psicoterapia grupal surge a partir de la necesidad de atender pacientes tuberculosos del Hospital General de Massachusetts. Fue Pratt (1905) quien instituyó “clases de salud” y de “control de pensamiento”, pues creía que, el estado de desmoralización contribuía a la incapacidad para mantenerse en rehabilitación. El abordaje grupal disminuía el tiempo que debía dedicarse a cada uno de los enfermos; de esa manera, observó que el proceso grupal parecía tener un efecto terapéutico, donde el médico asumía el rol de una figura idealizada. El grupo se utiliza como medio eficaz y económico para influir, a la vez, en varias personas.

Más tarde Pratt extendió su nuevo método a enfermos cardiacos, diabéticos y obesos y, en 1930 lo aplicó a pacientes neuróticos y psicósomáticos. Ello dio pie a que otros clínicos hicieran lo mismo con otros trastornos y enfermedades; por ejemplo, niños desnutridos, pacientes hospitalizados con esquizofrenia, etcétera.

Burrow (1897-1950) está convencido que, el mayor mérito de la terapia grupal es su capacidad para disminuir la resistencia del paciente, al descubrir que su problema no es único. De igual manera, daba mayor importancia al “aquí y ahora” que a los recuerdos.

La alternativa de terapia grupal fue ganando más adeptos; Wender (1889-1966) abordó los problemas de convivencia entre pacientes con problemas mentales leves y psiconeuróticos mediante terapia grupal e individual. La terapia se aplicó con éxito a pacientes esquizofrénicos tempranos, en depresivos sin retardo marcado con libidinización de pensamiento y en psiconeuróticos (excepto neurosis severa y de larga duración).

Schilder (1886-1940) colaboró con Wender en aplicar los principios psicoanalíticos freudianos al encuadre grupal, y en la década de los treinta introdujo en el trabajo grupal

actividades estructuradas (biografías escritas) interpretaciones didácticas y terapia por el arte, influenciado por su esposa la doctora Lauretta Bender. Por su interés en la imagen corporal, aplicaba cuestionarios sobre el cuerpo y belleza, sentimientos de superioridad e inferioridad, respecto al aspecto físico, y otros.

Por su parte, Lauretta Bender trataba a sus grupos de niños y de adolescentes en el Hospital Psiquiátrico de Bellevue a través de clases de ritmo y música, terapia por el arte, teatro guiñol, discusiones y conferencias. En esta metodología, el terapeuta fue una figura central, de gran autoridad y prestigio.

Por otra parte, la terapia grupal también alcanza a los grupos A.A. con una cantidad considerable de militantes, donde se estimula la solidaridad, humildad y colaboración entre los integrantes. El alcohólico no confronta en estos grupos el problema de autoridad, se identifica con el compañero que “le pasó el mensaje”, no se le culpabiliza, pero se le invita a asumir sus responsabilidades de sus acciones y la reparación de daños a terceros (Díaz, 2000).

Mientras que, Moreno (1931; en González, 1999) acuñó la expresión “psicoterapia de grupo”; combinó las técnicas teatrales, la sociología y la psicoterapia, de las cuales resultó su método, conocido desde 1911 como psicodrama. Así fue como descubrió que la dramatización de conflictos que facilita su superación; el conflicto puesto en escena siempre es grupal.

Mientras que, en los años treinta en Alemania, Lewin (1890-1947) desarrolló los conceptos de la “Teoría del campo” y la “Dinámica de grupo”, las que se consideran contribuciones de la moderna psicología social. Concibió a los procesos grupales como campos estructurados conformados por elementos interrelacionados. Aspectos grupales, como liderazgo, cohesión, interdependencia, competencia y cooperación, influyen en el individuo integrante.

Siguiendo la línea de la Teoría General de los Sistemas, Peck (1975; en Díaz, 2000) estableció que cuando un paciente cambia su conducta en el grupo, se altera inevitablemente la forma y el carácter del grupo, e involucra a los demás miembros y al líder; donde, cualquier cambio de sistema afecta a todos (Díaz, 2000).

Durante el periodo de 1940 a 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, nace la psicoterapia de grupo, como respuesta a las necesidades psicológicas de los soldados quienes regresaban de combatir. Los primeros terapeutas que habían estado trabajando sólo con terapia individual, recurrieron a sus habilidades para adaptarlas a la terapia grupal. En las décadas posteriores la psicoterapia de grupo comenzó a tener gran auge, debido a sus efectos curativos.

En los últimos años, esta técnica ha sido aplicada ampliamente en el ambiente hospitalario, por ser tan efectiva como la individual, además por ser un tratamiento económico y de mayor alcance (González, 1999).

Al inicio de los años sesenta, en los Estados Unidos de Norteamérica, surgió un nuevo modelo del Centro Comunitario de Salud Mental, donde tuvieron gran importancia los grupos terapéuticos y técnicas asociadas; lo que propició una gran demanda de terapeutas grupales en todos los sectores de la salud e incluso en programas preventivos, enviando a terapeutas individuales y profesionistas auxiliares para integrarse al trabajo grupal.

En tanto, Foulkes (1981; en Díaz, 2000) entiende al grupo como un “todo social”, cuya estructura y función son más que la suma de sus partes. El modelo foulkiano se basa en el modelo biológico-organísmico, el cual se considera un sistema abierto, holístico, gestáltico, que se define en relación a la información significativa que obtiene de las fuerzas psicológicas sociales.

Mientras tanto, en Argentina, el movimiento grupal inició en 1947. Fue el doctor Pichón Rivieré quien organizó grupos terapéuticos con enfermos hospitalizados a partir del modelo de Lewin, pero con la táctica de Schilder y fundó en 1954, la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. De los grupos operativos de Rivieré se derivaron grupos psicoanalíticos de reflexión.

En México se iniciaron experiencias terapéuticas aisladas a partir de 1949. Los doctores Ramón de la Fuente y Eleonor Torres trataron a un grupo de infantes en el Hospital Infantil. Mientras que, en 1950 el psicoanalista doctor Luis Feder trabajó con dos grupos terapéuticos, uno con niños y el otro con las madres de estos y, en 1954 organizó un grupo de pacientes psicóticos internados en una institución. De igual manera, en 1959 el doctor José Luis González trabajó con hipertensos en el Instituto Nacional de Cardiología y en forma privada con obesas y ulcerosos.

En 1963 los terapeutas de Emaús invitaron a trabajar a otros psicoanalistas con intereses en el trabajo grupal; de una manera novedosa intervenían en los grupos, alternándose como terapeutas y observadores (forma de control-supervisión cruzada) y a la vez realizaban sesiones clínicas. Más tarde en 1968, el doctor Quevedo graduó a su primera generación de psicoanalistas mexicanos de grupo. La inmigración de terapeutas, en su mayoría, argentinos reafirmó la búsqueda y diversificación de la investigación grupal.

En los años setentas, el abordaje grupal se extendió de grupos de niños y adolescentes, a psicóticos, en capacitación a recursos humanos, entre otros (Díaz, 2000). En este mismo periodo,

Kepner se enfoca en el desarrollo de los individuos en el grupo y en el desarrollo del grupo como sistema social. Kepner resalta el trabajo interpersonal de Fritz Perls, el cual se centra en el autoconocimiento y la exploración personal. El coordinador del trabajo grupal, es un administrador y no un líder o director que regula las transiciones entre estos tres ámbitos: intrapersonal/interpersonal/grupal (Peñarrubia, 2014).

Por último, Fedem (1979; en González, 1999) realiza los primeros intentos en psicoterapia dinámica de grupos con psicóticos de un hospital privado; previamente en 1948, se llevó a cabo uno con niños y con otro enfoque. De acuerdo a Palacios (1975; en Díaz, 2000), actualmente muchos psicoanalistas y psicólogos practican la terapia grupal.

Grupo terapéutico

Según González (1999) el concepto de psicoterapia de grupo engloba determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o más terapeutas estimulan la labor autocentrada de los miembros. Para lo cual se vale de motivaciones psicológicas profundas y dinámicas grupales, las cuales influyen en los individuos y el grupo en general.

Existen distintas versiones de un grupo terapéutico, en función del número de pacientes o de terapeutas participantes:

1. El grupo terapéutico implica el tratamiento de varios pacientes a cargo de uno más terapeutas. Lo que posibilita al paciente obtener mejoras que con el procedimiento dual; pues el grupo revela al terapeuta aspectos inéditos del paciente.
2. La psicoterapia de grupo es el método utilizado por los terapeutas para sanar al enfermo. Los terapeutas y el paciente conforman un grupo, el cual permite estar al tanto de la evolución del mal dentro del campo psicoterapéutico.
3. La psicoterapia de grupo nace por la acción de un grupo de enfermos quienes, junto con los terapeutas, colaboran en la cura del compañero más necesitado. Este grupo de pacientes motiva la expresión de conflictos.

Cuando un grupo inicia, se dominan los elementos desintegrativos en sus miembros, entonces, la labor terapéutica promueve los elementos integrativos para que el grupo crezca y sus miembros se empoderen hasta ser dados de alta, de acuerdo a sus capacidades e interacción en el grupo.

Así entonces, entre las ventajas de la terapia grupal están, permitir que el individuo se sienta identificado, al lograr que se exprese abiertamente sin tabúes sociales, que obtenga modelos de identificación, explorar los problemas para encontrar posibles soluciones, establecer múltiples transferencias; y brindar al terapeuta la posibilidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción con otras.

Por lo anterior, es necesario realizar un recorrido por algunas definiciones de grupo que se han dado en diferentes épocas y desde diversos puntos de vista, que no son todas, pero tal vez las idóneas para ampliar la perspectiva de grupo terapéutico:

Entre 1912 y 1913, Freud definió al grupo como una colección de individuos objeto que se constituyen como tal y en donde uno de sus miembros se convierte en un “objeto” modelo quien funge como líder (González, 1999).

Mullan y Rosebaum (1962) y Grotjahn (1977) en Díaz (2000), aseguran que, si en el análisis individual el paciente es el hijo único, en el grupal es hijo de una familia. De ahí que la terapia grupal sea considerada como una “experiencia familiar correctiva”.

Olmsted (1963; en González, 1999) describe al grupo como una pluralidad de individuos que guardan contacto entre ellos, tienen en cuenta la existencia entre ellos; además de estar conscientes que un elemento de importancia en común los mantiene unidos.

O'Donnell, P. (1974-1977) caracteriza al grupo terapéutico como una organización microsocia objetivamente descriptible, así como una reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinado que tienen como meta la develación y transformación de conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas (Díaz, 2000).

Para González Núñez (1992; en González, 1999), un grupo es una reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e interfluyen entre sí, con diferentes metas. Cada miembro que lo compone posee sus propias motivaciones y metas, las que tienen que verse alcanzadas en el grupo y por el grupo.

Características de los grupos terapéuticos

Un grupo terapéutico, es como un ente, con vida propia; dentro de él se gestan una serie de fenómenos que da forma e identidad a un grupo. En este sentido, Rapaport (1960, en González, 1999) afirma que los grupos se caracterizan por fuerzas que mantienen unidos a sus integrantes y cumplen las siguientes cualidades, entendiéndose estas como las fuerzas internas:

Cohesividad y permanencia. Los miembros del grupo se sujetan a un código de conducta, el cual es explicado en diferente grado, específico o general, exclusivo de una clase de grupo y al mismo tiempo formar parte de un código general.

Establecimiento de un código del grupo. Entre más explícito, específico y exclusivo sea el código que rige a los miembros del grupo más se puede hablar de un grupo. Entre más implícito y general sea este código, se observa una menor tendencia a formar o permanecer en el grupo.

Liderazgo. Debe ser espontáneo, pre-establecido o ambos, el líder debe poseer versatilidad del rol, como cualidad o extensión de su rol.

Un pasado en común (tradicón). Que puede ser respaldado o no por las instituciones y las costumbres.

Estructura. Un grupo posee relaciones jerárquicas, canales de comunicación; conforme a la estructura, este se constituye en un grupo flexible o rígido; se asignan los roles y se determinan las relaciones entre el líder y el grupo.

Metas comunes y participación en los informes pertinentes. Esto implica el predominio de las finalidades del grupo sobre las individuales. Todos los integrantes permanecen en el grupo por motivaciones individuales; estas pueden ser inconsciente y racionalizadas como objetivos que forman parte de la meta grupal.

El balance entre el dar y tomar. Se refiere a lo que se espera lo que el individuo dé y lo que necesita recibir del grupo. En sí, es un balance entre deberes y gratificaciones.

Las relaciones. Se establecen las relaciones del grupo con otros grupos y con la sociedad en general. En el interior del grupo, tiene que ver con el grado de flexibilidad en la pertenencia al grupo contra la exclusividad de pertenencia, el grado de coordinación y subordinación o el sufrimiento común o una ventaja en común, como criterio de pertenencia.

La moral. Tiene que ver con la moral del grupo.

Impulsar la productividad. Se busca un balance dentro de dos tipos de actividad: la actividad locomotora dirigida a la meta del grupo y la actividad dirigida a metas subsidiarias que surgen por el mero hecho de vivir y pertenecer al grupo.

Adopción de técnicas. Para tomar decisiones de grupo.

Etapas del grupo terapéutico

Las etapas por las que atraviesa un grupo terapéutico han sido diseñadas por Kepner (1980; en Castanedo, 1988); para él, el líder del grupo, cuando se aplica terapia Gestalt, debe poner máxima atención en el desarrollo de los individuos en el grupo y en el desarrollo del grupo como sistema social. Las cuatro etapas del grupo, *Identidad, Influencia, Intimidad y Cierre*:

Identidad e independencia. La identidad de cada miembro del grupo es dependiente, en algún grado, de cómo es percibido por cada uno de los miembros del grupo; incluido el facilitador. En esta etapa, cada uno de los participantes se cuestiona acerca de su identidad respecto a sí mismo y de la percepción que tienen los demás acerca de él. Al igual, surgen preguntas acerca del rol y aceptación de cada uno de los miembros del grupo.

Influencia y contra-independencia. Cada miembro está consciente de que está siendo influido por todos los fenómenos que ocurren dentro del grupo y que existen dentro de él, normas y reglas que hay que seguir; necesarias para pertenecer y ser aceptado en el grupo. Estas normas y reglas establecen lo permitido en el grupo y lo no aceptado es devaluado; al igual, están inferidas por la conducta y reflejan cómo deben ser las cosas. Por consiguiente, esta etapa se caracteriza por influencia-autoridad-control. El facilitador debe incrementar la diferenciación, divergencia y flexibilidad entre los roles de los miembros del grupo; para ello, fomenta la toma de conciencia de las normas que operan en el grupo.

Intimidad e interdependencia. Consiste en ayudar al grupo a realizar el cierre, así como dar a conocer al grupo los asuntos inconclusos a los que no han podido enfrentar.

Cierre. Por naturaleza, los grupos, independiente de su duración, son sistemas temporales que tienen que pasar por un proceso de cierre, al que le sigue una nueva realidad. Los miembros deben despedirse de aquellos otros miembros con los que compartieron la experiencia grupal. En este proceso; los participantes deben planear cómo incorporar las vivencias aprendidas a su vida cotidiana.

Dada la naturaleza cíclica de las etapas de desarrollo de un grupo terapéutico, no todos terminan cuando están en la etapa final de intimidad e interdependencia. En estas situaciones grupales incompletas, el cierre sirve para que los miembros tomen conciencia de los aspectos positivos y negativos de la experiencia grupal; las expectativas no cumplidas, las necesidades no

satisfechas y las experiencias no realizadas. Es posible hacer una evaluación de la discrepancia existente entre lo esperado y lo que realmente ocurrió (Castanedo, 1988).

Durante el trabajo terapéutico, se facilita la expresión de los sentimientos y necesidades para que el paciente se ponga en contacto consigo mismo y con el entorno que lo rodea. Por ello, el reaprendizaje experiencial y sensorial son dos procesos muy importantes en la terapia gestáltica. Los grupos ofrecen al paciente nuevas posibilidades de comunicación y expresión (Carabelli, 2013).

En el contexto de la terapia Gestalt, el crecimiento individual en la psicoterapia de grupo, puede describirse como un fenómeno de establecer límites al contacto. El terapeuta Gestalt enseña los procesos fenomenológicos y guía a los miembros del grupo a identificarlos; asimismo, fomenta el darse cuenta cómo y de qué forma la toma de conciencia y la energía están bloqueadas; así, cómo la excitación y contacto están siendo evitados por los participantes.

Modelos de intervención

Existen diversas formas de intervención basadas en diferentes marcos teóricos, comúnmente llamados enfoques o modelos. Básicamente se han reconocido cinco grandes grupos, clasificados en función de su aparición en la historia de la psicoterapia: *los modernos* (psicoanálisis y sus derivaciones psicodinámicas, el conductismo y el cognitivismo y, el humanista) y *postmodernos* (modelos construccionistas y constructivistas):

Psicodinámico.

Está representado por el *psicoanálisis* de Freud, distingue en la personalidad tres estructuras básicas: el *ello*, el *yo* y el *superyó*. El *ello* representa lo oscuro de la personalidad, en él habitan los impulsos instintivos, con su deseo de gratificación inmediata; no tiene valores, ética o lógica y obedece al principio del placer; se accede a él a través del análisis de los sueños. El *yo* es el ejecutivo de la personalidad, es un sistema racional organizado que utiliza la percepción, el aprendizaje, la memoria, etcétera, al servicio de la satisfacción de necesidades; surge de las inadecuaciones del *ello* para preservar al organismo, opera de acuerdo al principio de realidad. En esencia, la función del *yo* es mediar las demandas del *ello*, el *superyó* y el mundo real, a modo de satisfacer al organismo sin ser afectado por la realidad. Mientras que, la función del *superyó*, en general, es bloquear los impulsos inaceptables del *ello*, presionar al *yo* para servir a los fines de la moralidad en lugar de los de la conveniencia y generar esfuerzos hacia la perfección.

Asimismo, la infancia es vital en el moldeamiento del carácter y la personalidad del individuo la cual pasa por una serie de etapas psicosexuales: La *etapa oral* (alrededor de un año), la boca es el medio principal para alcanzar satisfacción. En la *etapa anal* (seis meses a tres años) la atención se centra en la defecación y la micción. La *etapa fálica* (tres a siete años), durante la cual, los órganos sexuales se convierten en la fuente principal de gratificación. Después de estas etapas continúa la *etapa de la latencia* (alrededor de cinco a doce años), en donde se niega todo lo sexual. Al iniciar la adolescencia comienza la *etapa genital*, lo ideal es que esta etapa culmine con una expresión madura de la sexualidad. Durante el curso de la psicoterapia, el paciente experimenta oposición a la terapia, llamada *resistencia* (Trull y Phares, 1997). Disolver las defensas y confrontar al inconsciente en una relación terapéutica es el propósito final del psicoanálisis.

Cognitivo-Conductual.

La *Terapia Racional Emotiva Conductual* es la primera forma de terapia cognitivo conductual. De acuerdo a este enfoque, las personas experimentan eventos detonantes no deseables de los cuales tienen creencias racionales e irracionales. Estas creencias conducen a consecuencias emocionales, cognitivas y de comportamiento (tanto funcionales como disfuncionales). La terapia conduce al paciente a disputar las creencias irracionales y a asimilar creencias más eficientes, adaptativas y racionales, con un impacto positivo en la vida emocional, cognitiva y comportamental (Centro de psicología clínica y psicoterapia, 2017).

Humanista.

Dentro de este enfoque se encuentra la *Terapia Centrada en el Cliente*, también llamada *Terapia no Directiva* de Carl Rogers y sus colaboradores, basada en el principio de que el cliente o paciente es el único responsable de su propio destino, él tiene el derecho a escoger la solución de sus propios problemas independientemente de la elección del terapeuta. Rogers sostiene que existen en el individuo residuos que son fuentes de desarrollo, las que sólo necesitan ser liberadas para que el paciente alcance su madurez. El terapeuta trata de liberar esas fuerzas de desarrollo a través de la imposición de patrones y valores al paciente y así promover, en la relación, la libre expresión del sentimiento (Wolberg, 1977).

Otra perspectiva humanista es la *Logoterapia* de Víctor Frankl, basada, principalmente, en la filosofía existencial y orientada a ayudar a los clientes para que asuman la responsabilidad de sus sentimientos y acciones, y encuentren un significado y propósito en su vida (Bernstein y Nietzel,

1996). El concepto básico de la logoterapia es la pérdida de sentido en la vida o vacío existencial. Para Frankl esta pérdida es el elemento generador de un gran número de neurosis; estas son denominadas en logoterapia neurosis noógenas (Martorell, 2014).

Al igual, el *Análisis Transaccional* es un planteamiento de Eric Berne. Esta terapia proporciona varios instrumentos conceptuales y conductuales que ayudan a expresar libremente las emociones que facilitan el acceso a la satisfacción de las necesidades superiores del hombre: el afecto y el amor, el amor propio, la confianza en sí mismo y la autonomía. Este proceso terapéutico apunta a que las personas aprendan a sentirse y estar bien al recuperar y desarrollar su autonomía, su amor propio y la confianza en sí mismos, en lugar de adaptarse a sus problemas y dificultades para dejar de sentirse mal (Castanedo, 2008).

Dentro de la perspectiva humanista, se ubica la terapia *Gestalt*, enfoque que se ocupa de este estudio, cuya idea es convertir a las personas que padecen un sin fin de problemas emocionales, en personas “vivas” con nuevos deseos de enfrentar a la vida y emplear al máximo su potencial innato. La idea de la Gestalt va en contra de la terapia psicoanalítica, de pasar años, o tal vez décadas en el diván para lograr cambios sustantivos (Bernstein y Nietzel, 1996). Una de las labores fundamentales del terapeuta gestáltico es ayudar a las personas a superar sus bloqueos, promover el “darse cuenta”; es decir, adquirir conciencia total sobre sí mismo y el medio, así como el fluir de las emociones y sentir “el aquí y el ahora”. La terapia Gestalt valora la responsabilidad, por lo que se invita al cliente, a hacerse responsable de su conducta, pensamientos, sentimientos y acciones; incluso si estas son negativas (Martorell, 2014).

Construccionista.

En este enfoque se ubica la Terapia *Sistémica*, que es representada por Minuchin. Desde este enfoque se busca entender cómo es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y a la vez, cómo es que este actúa como cohesionador para mantener la estabilidad familiar. Según Hoffman (1987; en Eguiluz, 2004), la inclusión del terapeuta cobra importancia terapéutica como intruso activo que cambia el campo familiar con su sola presencia. El modelo es bastante flexible para incluir las distintas maneras en que pueden organizarse las estructuras familiares de familias de escasos recursos; e incluso, de distintas etnias. Minuchin cree que hay posibilidades de cambio, si se modifica la estructura de la familia, pues se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos. En esta finalidad, el

terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la misma, de manera que, la experiencia de sus miembros se modifique. En el proceso de intervención, de acuerdo a la cultura, la familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de su desarrollo (Eguiluz, 2004).

Constructivista.

Kelly es considerado uno de los grandes pioneros de las terapias cognitivas; al igual de la orientación constructivista; además es representante de la *Terapia de los Constructos Personales*. Kelly parte de la consideración de que las personas organizan perceptualmente su entorno basándose en constructos personales; es decir en dimensiones o categorías descriptivas. En este sentido, propone la concepción del hombre como científico, alguien que trata de predecir y controlar los eventos que le afectan, y que podrá realizar predicciones sobre ellos basándose en su teoría personal del mundo, cuyo postulado fundamental es: “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente conforme a la dirección la cual anticipa los acontecimientos”, lo que indica que, la construcción de la experiencia es el determinante primordial de la conducta (Martorell, 2014).

Por otra parte, Reynolds (2005; en Vicente, 2014) menciona que, la práctica de *Mindfulness* alcanzó su plenitud en la figura de Siddhartha Gautama (el buda Shakyamuni) hace dos mil 500 años; sin embargo, se cree que esta práctica no empezó con él. *Mindfulness* es una capacidad humana universal y básica que consiste de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento, es la práctica de la autoconciencia; cuyo primer efecto es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente, lo que trae consigo la serenidad. El cultivo de la serenidad conduce al aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y aproxima a percibir la realidad como es.

Panorama histórico de la Gestalt

Entre 1870 a 1880 se estableció la psicología como ciencia en Alemania; en su momento, se consideró que su tarea principal era el análisis de los elementos básicos de la mente (Castanedo, 1988). En este escenario, surge la llamada *Psicología de la Forma o de la Gestalt*, escuela teórica dedicada al estudio de los fenómenos perceptivos que desarrollaron Wertheimer, Köler y Koffka; con auge en Alemania entre guerras; y después en Estados Unidos, a donde sus creadores se trasladaron huyendo del nazismo. En esta segunda etapa, la escuela trascendió la investigación

perceptiva y orientándose al estudio del aprendizaje, de la personalidad y de los grupos. En sus orígenes, esta psicología no se ocupó del campo terapéutico, sino de analizar las leyes de la percepción humana y la dinámica entre la figura y el fondo; por eso la palabra alemana Gestalt (Peñarrubia, 1998).

Dicha escuela representó una reacción contra el *behaviorismo* de Watson que analizó la conducta a partir del estímulo respuesta. De esa manera, nace la Gestalt como un movimiento de protesta contra el conductismo y como crítica al estructuralismo que analiza el consciente dividiéndolo en elementos. Por ello, los psicólogos Gestalt se oponían a estudiar algo tan complejo como la conducta, analizándola en elementos, porque según la teoría de la Gestalt, se destruye la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados.

El nacimiento de la psicología Gestalt se sitúa en 1912 con Wertheimer y sus colaboradores Koffka y Köler y sus experimentos sobre la percepción en la Universidad de Frankfurt en Alemania. Wertheimer ideó el fenómeno del *phi*, que consiste en presentar visualmente dos puntos en serie, algo distantes entre sí, produciéndose un interestímulo que los hace ver en movimiento.

La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica, concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos percibidos en la cotidianidad.

A este enfoque también se le conoce como *Teoría del Campo*, debido a que la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un ambiente consistente en un sistema organizado de tensiones y fuerzas, como un campo electromagnético (Castanedo, 1988). Podría decirse que, la Gestalt de grupo es la explotación de la Teoría de Campo, la que el propio creador, Lewin, no la consideró una teoría en el sentido estricto del término sino un conjunto de principios, un punto de vista, un método de observar la situación en su totalidad (Peñarrubia, 2014).

Frederick Perls integra a la Gestalt las figuras externas al organismo, en especial las visuales y las auditivas. A las percepciones externas, estudiadas por Koffka, Wertheimer y Köler, la terapia Gestalt añade la percepción figural que se forman en el cuerpo y en la relación individuo-ambiente. Retomando ciertas partes de la psicología Gestalt, Fritz Perls desarrolló su teoría terapéutica que se popularizó en el sur de África en 1945; después fundó institutos de terapia Gestalt en Nueva York, Cleveland, San Francisco y otras ciudades de Estados Unidos Americanos. Durante los años 1964-1969 trabajó en el instituto Big Sur, en California; se cree

que ahí tomó forma la psicología Gestalt. Más tarde fundó una comunidad Gestalt en Cowichan, Canadá, donde sus residentes seguían los principios de la terapia Gestalt, en lo que se refiere al crecimiento de la autoconciencia. Poco después de fundar la comunidad, Perls la abandonó prometiendo volver; sin embargo, nunca lo hizo porque murió en el invierno de 1970 a la edad de 76 años.

Según Perls existen dos necesidades fundamentales del ser humano: la necesidad de sobrevivir y la necesidad de crecimiento. Cubriendo estas dos necesidades, la percepción está dirigida a proporcionar un significado de la situación. Mientras que, uno de los principios más valiosos de la terapia Gestalt es que todas las conductas se encuentran gobernadas por el principio de *homeostasis* o principio de adaptación. En términos psicológicos este proceso sirve para alcanzar las necesidades personales percibidas, estableciendo contacto con fuentes humanas y físicas de la cual espera recibir ayuda para completar sus necesidades.

Cuando el organismo logra satisfacer la necesidad, o da la espalda a la misma, convencido que no llega a satisfacerla, se cierra esa Gestalt y se concluye el asunto; si, por el contrario, el asunto queda inconcluso, el organismo se sobre-inunda debido a la incapacidad de la toma de decisiones, entonces se dice que hay un rompimiento homeostático y el organismo queda sobrecargado.

En todas las situaciones, que se refieren tanto a la persona psicológica como a la fisiológica, la Gestalt enfatiza la integración de esas dos unidades inseparables del individuo. Bajo esta premisa, se cree que el principio de dividir mente y cuerpo es una característica que vulnera a la psiquiatría y a la terapia tradicional (Castanedo, 1988).

Hasta los años ochenta la psicoterapia Gestalt seguía siendo poco conocida en países como Francia y España, mientras que en Alemania y América del Norte se había convertido en uno de los métodos de terapia de desarrollo personal y de formación más extendidos, muy por delante del psicoanálisis, del psicodrama y del enfoque centrado en el cliente. Actualmente en los Estados Unidos de América existen muchas instituciones que forman terapeutas Gestalt.

Al principio, el origen de la Gestalt fue europeo expandiéndose rápidamente por los países germánicos y anglosajones y después por Canadá, México y América del Sur, Australia, Japón, etcétera. En Alemania fue introducida desde 1969 y se enseña desde 1972 en diversos institutos, entre los cuales está la *Fritz Perls Akademie*, formadora de miles de terapeutas.

La Gestalt ha sido elaborada sobre todo a partir de las intuiciones de Fritz Perls, un psicoanalista judío de origen alemán que emigró a los Estados Unidos de América a los 53 años de edad.

Es el año 1942 se sitúa la concepción de la Gestalt, fecha en que apareció la primera obra de Perls, *El yo, el hambre y la agresividad*, publicada en Sudáfrica; sin embargo, su nacimiento oficial data de 1951, en Nueva York, con la aparición de la primera edición de *Terapia Gestalt*, pero alcanza notoriedad con motivo del movimiento contracultural de 1968 que sacudió al hemisferio norte del planeta en busca de nuevos valores humanistas y de creatividad (Ginger y Ginger, 1993).

Más que una simple psicoterapia, la Gestalt se presenta como una verdadera filosofía existencial, un arte de vivir, una manera de percibir la relación del ser vivo con el mundo. Lo más grande que logró Fritz Perls y sus colaboradores (Laura Perls y Paul Goodman, en particular), fue haber logrado una síntesis coherente de diversas corrientes filosóficas, metodológicas y terapéuticas europeas, americanas y orientales; constituyendo así, una nueva Gestalt, en la cual “el todo es diferente a la suma de sus partes”.

La Gestalt se enfoca en la toma de conciencia de la experiencia actual de “el aquí y el ahora” y rehabilita el sentimiento emocional y corporal generalmente censurado en la cultura occidental que codifica severamente la expresión de las emociones. En este sentido, la Gestalt desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano integrando a la vez sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales.

Actualmente, el legado de la terapia Gestalt puede observarse en todo el mundo con el establecimiento de instituciones en diversos países en donde se enseña el enfoque; en España, Francia, Estados Unidos de América, México, Argentina, Brasil, Ecuador, Alemania, Chile, Costa Rica, Italia, Grecia, Inglaterra, Australia, Islandia, Dinamarca, Holanda y Rusia. En México, hay centros de entrenamiento en 18 de las 32 entidades federativas, incluyendo la Ciudad de México, lo que representa el 56% del territorio nacional donde se da entrenamiento. El enfoque Gestalt ha penetrado en todo el país; por lo que, hay terapeutas Gestalt en las ciudades más importantes, quienes ofrecen a la sociedad una alternativa de atención psicológica. Sólo en México, existen 11 institutos que ofrecen formación Gestalt.

Las cifras son impresionantes y reveladoras, lo que ubica al enfoque Gestalt como una de las tres fuerzas importantes dentro de las escuelas psicoterapéuticas del país; las otras dos son el Psicoanálisis y la Cognitivo-Conductual (Muñoz, 2011).

Fuentes de la Gestalt

Son diversas las bases teóricas de la terapia Gestalt. Perls se sirvió de las aportaciones de la filosofía Existencial, el Psicoanálisis, la psicología Gestalt, el Holismo y del Budismo Zen para darle sustento teórico a su terapia:

Existencialismo.

Kierkegaard es considerado el fundador del existencialismo, al mismo tiempo buscaba la inmediatez de la experiencia y la fusión del pensamiento y la acción.

Entre las influencias de la corriente filosófica existencial, la terapia Gestalt toma como filosofía de base el momento presente del ser existencial, el concepto de *el aquí y ahora* (Castanedo, 1988). Para los existencialistas, el humano no posee una existencia, sino que, él es la existencia (Bochensky, 1975, Salama, 1988; en Villanueva, 2002). Él es creador de su presente. El hombre no posee un cerebro y un corazón; sino que es un cerebro y un corazón.

En este sentido, el existencialismo acentúa el entendimiento del ser humano como un ser en situación, un ser que ocupa un lugar en el mundo y el valor de la existencia en sí misma y por sí misma. Más que por los valores absolutos, el existencialismo se interesa por el hombre real en su existencia genuina. Todos estos principios resultan afines a la terapia Gestalt; e incluso, Perls incluía su teoría entre las terapias existenciales, junto con la logoterapia de Frankl (Peñarrubia, 1988).

Psicoanálisis.

Después de que Fritz Perls se graduó como médico, se orientó hacia el Psicoanálisis, método que practicó hasta 1940. Su formación psicoanalítica la recibió de Karen Horney y Wilhelm Reich; durante su trabajo en Sudáfrica practicó el Psicoanálisis de 1934 a 1946, fundando el primer centro psicoanalítico de África. Cuando emigra a Estados Unidos de Norteamérica inicia su desacuerdo con el psicoanálisis clásico u ortodoxo freudiano, considera que este enfoque, tiene como objetivo básico la adaptación de la gente a la sociedad. Fue en este periodo cuando Perls funda la terapia Gestalt y elabora su teoría; por tanto, Perls fue influido por el Psicoanálisis, todos sus pasos guardaron relación con dicho enfoque, ya por estar de acuerdo o en contra con ciertos

conceptos psicoanalíticos. Por ejemplo, contrariamente al Psicoanálisis, para Perls el pasado no existe más que en relación con el presente, o por las huellas que dejó en este; lo que cuenta para él no es el material reprimido, sino el proceso mismo de reprimir, el cómo se reprime y no el por qué se reprime (Castanedo, 1988).

El trabajo de Perls presenta frecuentes incursiones al Psicoanálisis y establece con Freud una relación ambivalente de amor/odio, lo cual le parecía maravilloso; pues las ideas del *padre del Psicoanálisis* le permitieron moldear su teoría, al encontrar oposición a sus pensamientos. Por ejemplo, en su primer libro *Yo, hambre y agresión*, considerado una revisión de la teoría y método de Freud, encuentra el puente entre el Psicoanálisis y la visión gestáltica. En esta obra, Perls afirma que Freud sobresexualizó la vida; señala lo obvio: cómo la autoconservación (hambre) tiene preeminencia sobre la conservación de la especie (sexo) y cómo el desarrollo de las actitudes hacia la comida sienta un precedente en la manera en como el individuo se relaciona con el mundo, que es más fundamental que el desarrollo posterior de motivaciones sexuales (Flores, 1977).

Psicología Gestalt.

El que Fritz Perls eligiera el mismo concepto para denominar su terapia, puede pensarse en la existencia de un fuerte vínculo entre la psicología y la terapia gestáltica, lo cual no es cierto. La terapia gestáltica no es la aplicación de la Gestalt-psychologie alemana (como pudo haber ocurrido en sus inicios con la terapia conductista y las teorías de aprendizaje), sino que su relación es más bien metafórica.

En sus comienzos la *Psicología de la forma o de la Gestalt*, representada por Wertheimer, Köler y Koffka se ocupó del análisis de las leyes de la percepción humana y la dinámica entre figura y fondo y no del campo terapéutico. Gestalt puede traducirse como forma; si considera el campo perceptivo, se ve cómo el campo del fondo emerge hasta ocupar el primer plano, entonces se habla de la figura. Esta figura y su fondo (del que es indisociable) forman una composición o configuración llamada Gestalt. Una de las leyes de la percepción de la antigua psicología de la forma es la tendencia del individuo, de cerrar toda aquella forma que se muestre con huecos o vacíos. Perls, fue creativo y tomó prestados de la Psicología Gestalt, los conceptos de figura-fondo y Gestalt incompleta para aplicarla en su terapia. En un primer momento, el primer concepto le sirvió a Perls para establecer diferencia con el lenguaje psicoanalítico; en este sentido, figura-fondo es la analogía de consciente-inconsciente (Peñarrubia, 1998).

Holismo.

Esta doctrina tuvo mayor y directa influencia en Perls en su etapa sudafricana. El libro *Holism and Evolution* (1926) de Smuts, se autodefine en la frontera entre ciencia y filosofía; esta obra acuña el término de holismo (del griego holos: totalidad). Smuts reacciona contra el viejo principio de causa-efecto (que anula todo progreso de creatividad) y contra una idea de evolución basada en el desarrollo de lo ya dado; de esta manera, propone la idea de una evolución creadora.

El holismo no sólo es creador sino autocreador, sus estructuras holísticas siempre son más holísticas que las iniciales. Las totalidades naturales están compuestas siempre de partes y es la síntesis, no la suma de sus partes lo que conforma todo. La terapia Gestalt, enfatiza en el proceso (incesante y creativo), en la interdependencia de organismo y el medio, en la naturaleza holística de las personas y en el universo, donde todas las cosas están interconectadas (Peñarrubia, 1998).

Budismo Zen.

La terapia Gestalt ha sido influida por el taoísmo, filosofía oriental del Zen. Fritz Perls conoció muy de cerca esta doctrina, pues vivió varios meses en un monasterio Zen. En este contexto, uno de los principios que Perls practicó, a raíz de su experiencia en el monasterio, fue el concepto paradójico de cambio: *Yo soy lo que soy, y para cambiar es necesario que antes que nada yo sea lo que soy* (Castanedo, 1988).

El Zen es una variante de la religión budista originada mediante el denominativo de Ch'an (en China) que logró su mayor apogeo y relevancia en Japón bajo el nombre de Zen. Esta variante invita a la introversión, primero a conocerse a sí mismo y reconocer la suficiente valía para rechazar las influencias externas. Esta doctrina está libre de todo dogmatismo, similar al pensamiento libre, no está sujeta a ninguna idea.

Al igual que el Zen, la Gestalt reconoce la unidad de la forma y el fondo; como cuando el día no tiene sentido sin la noche (Villanueva, 2002).

Elementos teóricos de la Gestalt

Para Castanedo (1988), la terapia Gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada de la persona, siendo señales dolorosas provocadas por las polaridades o partes opuestas de la personalidad; por ejemplo, la agresividad y la pasividad. Este conflicto puede ser interno a la persona (intrapsíquico) o externo, manifiesto en las relaciones interpersonales entre dos personas (interpsíquico). Asimismo, Carabelli (2013) destaca

una característica extraordinaria muy importante que distingue a la terapia Gestalt de otros enfoques psicológicos: la terapia Gestalt no requiere un diagnóstico previo individual.

Independiente de su origen, el tratamiento Gestalt consiste en la confrontación entre los elementos incongruentes o bipolares de la personalidad o de la relación interpersonal. Este enfoque psicológico centra su atención en la participación activa del terapeuta. Ello implica la transición de recibir soporte del medio, tal vez del terapeuta, a darse soporte a sí mismo. En otras palabras, pasar de ser dependiente a ser independiente. Sin embargo, cada persona construye su propio equilibrio, la proporción que necesita y nada más (Castanedo, 1988).

Desde la perspectiva Gestalt, una *neurosis* es un estado de desequilibrio de una persona que surge cuando él y el grupo al cual pertenece experimenta simultáneamente necesidades distintas y la persona no puede decidir cuál es la dominante. Si esta experiencia se repite el suficiente número de veces, o si una de estas sea lo suficientemente impactante, el sentido del equilibrio en el campo de un paciente se verá lo suficientemente perturbado como para que pierda la capacidad para juzgar adecuadamente el estado de balance o desequilibrio de cualquier situación. La persona responde de un modo neurótico ante situaciones que no tienen ninguna conexión intrínseca con la experiencia donde surgió el desequilibrio. En este sentido, el neurótico suele enfrentar las situaciones interrumpiéndose (Perls, 2013). A continuación, se presentan algunos elementos teóricos que le dan forma a la terapia Gestalt:

Estratos de la neurosis.

De acuerdo a Perls (1975; en Martín, 2011), la neurosis en un individuo, se desarrolla en cinco estratos fácilmente identificables:

Estrato falso.

Es el nivel en que se representan los roles. Se representa aquello que no se es y se actúa como si fuera uno así, de tal o cual manera, dependiendo de la situación y el momento. El estrato falso o de los roles sirve para ocultarse ante la dificultad de aceptar las experiencias desagradables y evitar la angustia de verse tal y como uno es, egoístas, perezosos, miedosos, irritables, mentirosos, etcétera. Todas estas características que son rechazadas, son sustituidas por otras conductas que se creen más agradables, aceptadas por uno mismo y los demás. En este estrato, la persona se niega a ser como es, y se procura ser tal como es el ideal que se tiene en mente. Lo que lleva a alcanzar un grado de alienación, como es el caso de la anorexia; de tal manera que la distorsión pasa inadvertida, o no se quiere ver.

Perls considera que este ideal del Yo, es dañino, pues es un intento de alejar a la persona de sí misma para ser otra persona distinta a la que no es; lo que resulta es que la persona renuncia a vivir para ella misma. De esa manera, la persona vive para ese concepto y la realización del mismo. Es así como comienza a alienarse y a rechazar partes de ella y adoptar otras actitudes que no le corresponden a su ser, comienza a alejarse cada vez más de su centro y poco a poco va perdiendo su identidad, convirtiéndose en aquello que no es. En el caso extremo, la persona llega a la despersonalización, a la pérdida del Yo; y, por ende, de su autenticidad y su salud.

Estrato fóbico.

En este estrato, la persona se vuelve evitativa. Aquí se encuentra con los “no debo”, “no debo sentir tal cosa”, “no debo hacer esto o aquello”, “no debo ser de tal o cual manera”, “qué va a decir la gente”, “que van a decir de mí”, etcétera. En este estrato está funcionando lo que en el psicoanálisis se llama superyó y lo que Perls (1974; en Martín, 2011) denomina “perro de arriba”. El que siempre nos está diciendo qué es lo que se debe hacer y qué no. Son todas aquellas normas, prohibiciones y demás reglas aprendidas desde pequeños y que, de alguna manera, sirvieron para evitar las angustias de atreverse a hacer algo que los demás decían que era prohibido, de hacer determinadas cosas o actuar de diferente forma que no serían bien vistas, según la cosmovisión de la persona.

Estrato del impasse.

En este estrato se produce la sensación de estar muerto. Pareciera que la persona marchara por la vida como un autómata. La persona tiene la sensación de que no es ella, que es como un objeto manipulable. La persona experimenta la sensación de estar atascada, de no ir ni para adelante, ni para atrás. Por ejemplo, esto es fácil de ver, pasa muy a menudo; si se presta atención cuando la gente anda por la calle, sube escaleras, camina por una avenida o viaja en el transporte público, las personas no ríen, ni gesticulan, no se aprecian diferencias apreciables que indiquen sus sentimientos, aquella riqueza de emociones que da la vida y la experiencia.

En tanto, hay personas que pueden estar permanentemente en contacto con el mal humor ante la vida y pareciera que no pueden salir de ese estado, incapaces de ver la existencia con aquella variabilidad que posee. Su vida se torna oscura, llegando afectarse a sí mismo y a todos los seres que lo rodean. Estamos ante una fijación emocional.

Estrato implosivo.

En este estrato, la persona se ha volcado totalmente sobre sí misma, se ha paralizado energéticamente. Se encuentra inmovilizada en un callejón sin salida y aprisionada en sí misma. Siente que no avanza ni retrocede, está en un punto de paralización. Si se le observa por fuera, da la impresión de estar en un estado de abotargamiento, de falta de acción, del mínimo interés por la vida. El paciente no ve todas las oportunidades que puede ofrecer la vida; incluso, pierde el interés por su propia vida, se muestra indiferente a causa de reprimir todo lo afectivo. Da la impresión de ser un muerto viviente, el intercambio con el ambiente es nulo, muestra una total indiferencia por todo, no expresa sus sentimientos, no tiene la capacidad de emoción para actuar y sentir plenamente.

Estrato explosivo.

En este estrato se produce el cambio de lo neurótico, en el sentido de bloqueo, represión e inmovilidad, a la fluidez de estar a gusto en el propio cuerpo. Es el último estrato neurótico y se produce cuando se rebasa el estrato implosivo; al final de éste, se pronostica una fase de apertura, libertad y sensación de sentirse vivos. Ocurre cuando la energía retenida, inmovilizada y reprimida rompe todas las barreras e invade totalmente a la persona, otorgando en un primer momento, la sensación de miedo y angustia, para después transformarse en sensaciones de libertad, plenitud y de una vida nueva.

Las emociones y sentimientos experimentados se viven con una fuerza e intensidad que, por primera vez en mucho tiempo, se operan cambios muy profundos en la persona, en su forma de estar y ser en este mundo y su relación con los demás y consigo misma. En esta sensación, todo el cuerpo se inunda de toda esa energía bloqueada, los límites se rompen y se produce la sensación de expandirse en el mundo, sentirse poderoso y pleno; todo ello tiene que ver con la explosión y con la expansión de la energía bloqueada.

Es importante resaltar la importancia del aprendizaje en el crecimiento y en la expansión de los límites. Pues la experiencia da una visión más rica y variada del mundo, abre las posibilidades para nuevas vivencias, aventurarse a vivir y sentir la vida; fomenta las capacidades y mejora los nuevos aprendizajes; por ende, los intercambios se producen (Martín, 2011).

Para Perls, esta progresión por los distintos estratos es necesaria para ser auténtico y real.

Los mecanismos neuróticos.

El ciclo de la experiencia o la experiencia gestáltica es interrumpido por los mecanismos neuróticos. El neurótico siempre trata de influir de forma destructiva sobre las personas que forman su entorno, sin respetar su individualidad. Su neurosis es una maniobra defensiva u ofensiva para protegerse de la amenaza de ser aplastado por la realidad avasalladora; al final, termina convirtiéndose en su técnica para mantener el equilibrio de la mejor forma que sabe.

Aun cuando las neurosis y las perturbaciones en el límite del contacto se manifiestan a través de estos mecanismos, no puede decirse que un tipo de neurosis es producido por sólo uno de estos mecanismos. Se producen situaciones, que los psiquiatras llaman neurosis traumática y que surgen como un intento defensivo para protegerse de situaciones aterradoras o de un impacto ambiental, como puede ser un terremoto, una guerra u otra situación estresante vivida por la persona. Sin embargo, estas perturbaciones neuróticas no se producen de forma tan radical y dramática, se van produciendo paulatinamente, en donde también hay interrupciones e interferencias con el proceso de crecimiento.

Perls (1975; en Martín, 2011) considera que hay cuatro mecanismos que perturban el límite de contacto:

La introyección.

Es el mecanismo neurótico mediante el cual la persona incorpora hacia sí, patrones y modos de actuar que nos son verdaderamente de ella. Si durante la infancia estos patrones y modos fueron parte de su mecanismo de aprendizaje, ya que utilizó la identificación para el aprendizaje y el crecimiento, la introyección indiscriminada la lleva a la neurosis.

Dicho en otras palabras, los conceptos o valores tienen que ser digeridos para convertirse en propios, en partes integradas para que formen parte de la personalidad de la persona. Pero si se acepta sin críticas todo lo que llega, sea por deber o por ser de buen gusto o por educación; entonces permanecen dentro, sin digerir. A estos modelos de actuar, ideas, juicios o evaluaciones sin digerir se llaman introyectos y el mecanismo mediante el cual se agregan a la personalidad se llama introyección. Actualmente es una de las experiencias más frecuentes que ocurren en las personas; de esta forma, se reciben mensajes contradictorios, actitudes opuestas, valores contradictorios, etcétera.

La proyección.

Es el mecanismo contrario a la introyección. Así como en la introyección, la tendencia es que la persona se haga responsable de lo que hizo el ambiente, la proyección es la tendencia de hacer responsable al ambiente de lo que se originó en la persona. Una proyección es un rasgo, una actitud, un sentimiento o una conducta que, perteneciendo a una persona, se la atribuye a otra; es una parte que tiende a quitar aquellas partes que le pertenecen a la persona, en donde se originan aquellos impulsos proyectados y negados. De esta manera, la persona en vez de ser participante activa de su propia existencia, se convierte en un objeto pasivo, víctima de los demás y de las circunstancias.

Las proyecciones suelen ser características propias que son rechazadas: agresivas, sexuales, persecutorias y otras más. Este mecanismo llega a interrumpir la excitación que no se acepta. Un ejemplo claro de proyección son los celos; los prejuicios de clase, de género, físicos, intelectuales, etcétera.

Existen dos tipos de proyecciones: las proyecciones negativas, que son los aspectos o características que no gustan de los demás y que no gustan de sí mismo, que no se aceptan como propias y terminan rechazándose insistentemente, y las proyecciones positivas son las características que agradan de los demás, porque no se poseen.

La confluencia.

Ocurre cuando la persona y el ambiente se confunden; la persona no percibe ningún límite entre ella y el ambiente, sintiéndose fundida a él. Dicho estado se da en estados de éxtasis o concentración extrema en las personas adultas.

Cuando este estado de identificación es total y crónico, cuando la persona es incapaz de ver la diferencia entre ella y el mundo, entonces está psicológicamente enferma; no puede vivenciarse a sí misma, ha perdido el sentido de sí. No sabe quién es, ni hasta dónde llega, olvidó o quizás nunca supo lo diferente que es de los demás; ha perdido la capacidad de percibir sus necesidades, incluso las biológicas.

La confluencia patológica tiene graves consecuencias, se exige la similitud y se niega la tolerancia de las diferencias. A menudo se encuentra esta conducta entre los padres quienes consideran a sus hijos como extensiones de ellos, manipulándolos, para que sus hijos hagan y sean lo que ellos quieren. Si los hijos rechazan la manipulación, si no se identifican con las

exigencias de sus padres, entonces serán rechazados por ellos y con el temor de la alienación; la consecuencia es el miedo a ser.

La retroflexión.

Literalmente retroflexión significa “volverse hacia uno mismo”. El retroreflector se hace a sí mismo lo que le gustaría hacerles a los demás.

El retroreflector es el peor enemigo de sí mismo; en lugar de dirigir y depositar sus energías para influir en el ambiente y promover un cambio personal y manejar la situación de modo que pueda satisfacer cierta necesidad, dirige la actividad hacia sí mismo y se sustituye por el ambiente, siendo así, blanco de conducta y se hace así mismo lo que le gustaría hacerles a los otros. Decide mal, dirige su energía hacia él, en vez de hacerlo hacia el entorno.

La retroflexión se manifiesta en el uso de pronombres “yo”, cuando realmente quiere decir “ellos” o “tú”. Por ejemplo, el retroreflector puede decir: “Tengo vergüenza de mí mismo”, como si el sí mismo fuera otro diferente al yo mismo. De esta forma, el retroreflector siempre está en lucha constante con él mismo, contra todo lo que ve de él que no le gusta, o cree que no le gusta al mundo.

La retroflexión es también aquello que la persona desea de los demás, como adulación, amor, cariño, comprensión, ternura o reconocimiento y nunca se atrevió a pedir, porque cuando lo hizo alguna vez, fue desvalorizada, ridiculizada o avergonzada.

Asimismo, se han agregado tres más, para explicar otras formas de funcionar neuróticas:

El egotismo.

La función principal de este mecanismo es aumentar y fortalecer la frontera del contacto mediante el engrandecimiento narcisista del ego. Ocurre un incremento defensivo del Yo, en detrimento de las demás personas. Está muy próximo al narcisismo, ya que la persona antepone sus necesidades a las de su entorno y en ocasiones puede pecar de cierta psicopatía.

Durante la terapia se propicia este mecanismo y ocurre mientras la persona se hace responsable de sus necesidades y trabaja en la consecución de ellas; es necesario durante el tratamiento para disminuir la inhibición y fomentar el autoapoyo y la responsabilidad, pero una vez que se logra esto, este mecanismo se tiene que disolver a lo largo del proceso, de lo contrario se estará creando una persona narcisista. Este es uno de los peligros de la terapia Gestalt al trabajar y apoyar la autoafirmación y el autoapoyo, pero resulta necesario en pacientes inhibidos con excesiva tendencia a la depresión.

A través del proceso terapéutico, el paciente tiene que aprender a discriminar el amor hacia sí mismo sin perder de vista las necesidades de los otros, sin que unas estén en detrimento de las otras; es decir, lograr un equilibrio.

La deflexión.

Este concepto viene a sustituir a la desensibilización que describen Fagan y Sheperd (1973; en Martín, 2011) en Teoría y Técnica en Psicoterapia Gestalt. Este mecanismo tiene la función de desvitalizar el contacto y de alguna forma disminuirlo. La persona tiene miedo de la situación que está viviendo o de las personas con las que está o se siente involucrada; ante esta situación, puede mostrarse como verborreica, pero vacía, silenciosa o distante y hablar de asuntos banales, incongruentes con el tema. Cuando se está evitando el contacto, la desgana, el aburrimiento y el cansancio pueden ser los síntomas que aparecen. Las personas que deflectan dan la sensación de carecer de energía, se muestran aburridas y generalmente son indecisas; sus vidas son grises.

La proflexión.

Proviene de la combinación de la proyección y la retroflexión. La persona trata de obtener del entorno determinadas acciones hacia él; consiste en decir o hacer al otro, lo que le gustaría le dijeran o le hicieran. Es una forma de mandar un mensaje indirecto al interlocutor para decirle, probablemente inconscientemente, que le haga lo que la persona le hace a él; es decir, la persona halaga para ser halagada, es agradable y simpática para que así sean con ella. Con este mecanismo se trata de frenar las posibles agresiones o descalificaciones, a la vez que propicia la aceptación y que sean amables con ella. Es una forma de seducción más o menos encubierta que procura evitar confrontaciones negativas. El lado negativo de este mecanismo es que evita el contacto natural y espontáneo; entonces este, se realiza de manera sinuosa e indirecta.

Existen otros mecanismos, que se identifican también en el psicoanálisis; en específico en los *Mecanismos de defensa* de Anna Freud (1974; en Martín, 2011) y que la Gestalt considera importantes a dos de ellos:

La negación.

Este mecanismo consiste en que la persona niega determinadas partes de ella misma, es la objeción de ser como se es. Con este mecanismo va renegando y rechazando partes de ella misma que se consideran desagradables, ya sea porque son partes que no le gustan a los demás, y son partes o características rechazadas por la sociedad, por los mismos padres, amigos, y lo peor, por ella misma; al final, se ven por no aceptables.

Este mecanismo no permite ponerse en contacto con las partes no aceptadas. La persona no puede ver sus deseos porque no le son agradables y aceptados, no puede aceptar que es de una o de otra forma; prefiere actuar de tal o cual manera en función de ser aceptada, o en función de rechazar el entorno. La negación aliena y ciega la mirada cuando se dirige hacia sí mismo y se descubre que no es agradable ser como se es.

Este mecanismo se encuentra en la neurosis, pero de manera más evidente en la psicosis, porque forma parte de la escisión. La negación sirve para evitar el dolor y el sufrimiento que provoca la frustración. Si la persona no acepta una parte que ella misma reprueba, e incluso, no acepta su presencia en las demás personas, para que crea que esa característica no es de ella, recurre a la negación. Así piensa que va a ser mejor aceptada, reconocida y querida si se muestra con actitudes o formas que ella misma no admite.

La racionalización.

Es el mecanismo de las personas intelectualizadas. Ocurre generalmente en los caracteres obsesivos y consiste en que la persona trata de dar una explicación más o menos lógica y coherente de un acto, idea o sentimiento cuyos motivos reales no percibe al tratar de justificarlos racionalmente.

A través de la intelectualización o racionalización la persona trata de justificarse y tranquilizarse, de esa manera evita darse cuenta de los significados que subyacen en su conducta y deseos. Con la intelectualización se disculpa conductas, pensamientos y actitudes que de otra forma no serían justificables ante la mirada de ella misma o ante la mirada de los demás (Martín, 2011).

Homeostasis.

Es un mecanismo fisiológico de autorregulación del organismo. Proceso mediante el cual el organismo realiza intercambios con el medio ambiente para mantener el equilibrio físico, psicológico y social. Cuando este intercambio se interrumpe aparece el desequilibrio; en este sentido, ambiente y persona son dos campos en estrecha interrelación, ya que uno contiene elementos del otro y viceversa, ambos se complementan, por lo que ninguno de los dos se puede concebir como separado. La persona necesita el ambiente para subsistir, a su vez el ambiente también necesita intercambios. Teóricamente, la homeostasis es un mecanismo natural existente en los seres vivos y su alteración produce enfermedad y desajustes en la persona (Martín, 2011).

Ciclo de la experiencia Gestalt.

Es un modelo fisiológico retomado del Conductismo e incorporado a la Gestalt por Sinkler. Dicho ciclo fue actualizado por Salama (1990), el cual expresa de manera clara el *qué* y el *cómo* se presenta los bloqueos de la energía. El modelo es como un camino que la energía recorre desde un punto de equilibrio dinámico también llamado *homeostasis*, hasta llegar a otro momento de equilibrio diferente al anterior, satisfaciendo una necesidad, y consta de ocho partes o fases:

Reposo.

Representa el equilibrio e inicio de una nueva experiencia. Es el estado de vacío fértil en que puede emerger una nueva Gestalt. La necesidad fisiológica como la psicológica tiene el mismo valor. El bloqueo que puede presentarse en esta fase es la postergación; es decir, el individuo interrumpe la acción del cierre de la Gestalt y la deja para otro momento.

Sensación.

Surge una necesidad que provoca una tensión aún desconocida. Es darse cuenta de la existencia de una sensación, aunque la figura todavía no está formada. El bloqueo que podría presentarse es la desensibilización; la persona detiene su sensibilidad y se niega a sentir.

Formación de figura.

Se establece con claridad la figura de la necesidad y se tiene conciencia del objetivo de la sensación. El organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer. Está localizada en la zona de fantasía. El posible bloqueo que se presenta es la proyección; es decir, el paciente no establece con claridad la figura.

Movilización de la energía.

Se reúne la energía necesaria para llevar a cabo la satisfacción de la necesidad. Se potencia la energía, planteando diferentes formas de acción. El bloqueo que podría presentarse es la introyección, donde el paciente recurre a los “debo” y “tengo” que pertenecen al “pseudoyo”.

Acción.

En esta etapa ocurre el paso a la parte activa, que mueve al organismo hacia el objeto relacional. Se actúa en contacto con la zona externa. El posible bloqueo es la retroflexión, donde el paciente mete hacia dentro la energía.

Precontacto.

Se identifica el objeto relacional. El organismo ubica la fuente de satisfacción y se encamina hacia ella. El bloqueo que puede presentarse en esta fase es la deflexión, la que ocurre cuando el individuo evita que la energía localice el objeto relacional dirigiéndose a objetos sustitutos.

Contacto.

Se establece contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con él. El organismo experimenta placer ante la necesidad que está siendo satisfecha. El posible bloqueo en esta fase es la confluencia, cuando el paciente pierde sus límites en los demás.

Postcontacto.

Se inicia la desenergización, se busca el reposo junto con los procesos de asimilación y alienación de la experiencia, dentro del continuo de la conciencia. El bloqueo que puede presentarse es la fijación; la que sucede cuando la persona no puede evitar el recorrido de la energía y se desenergiza. Al finalizar esta última fase, siempre que no haya ocurrido un bloqueo de la energía, se obtiene nuevamente el estado de equilibrio momentáneo (indiferencia creativa). El organismo está listo de nuevo para iniciar el trayecto a la satisfacción de una nueva experiencia o Gestalt; y de esa manera continuar con el crecimiento de la persona (Salama, 2008).

Contacto.

Este concepto, sustituye lo que en el psicoanálisis se conoce como *Transferencia*. Aquí, el paciente revive los sentimientos y actitudes vividos en relación con una figura significativa en su vida y proyecta tales sentimientos en la persona del terapeuta, a quien trata como otra persona distinta a su terapeuta.

En la terapia Gestalt, si el paciente trata al terapeuta como trataba a su padre, se considera que el paciente no está en contacto con el terapeuta. De esta manera, se tendrá que quitar todo aquello que esté obstaculizando el contacto personal aquí y ahora, para darse cuenta que el terapeuta es él y nadie más. Lo que se pretende lograr en este contacto entre paciente y terapeuta:

1. El terapeuta procura mantener el continuum de la percepción consciente del paciente. Le hace notar cuando está evitando el contacto del aquí y ahora.
2. El terapeuta frustra cualquier intento del paciente por evitar la percepción consciente del aquí y ahora, para promover el cambio en el paciente.

3. Durante la entrevista se develan vivencias no terminadas del paciente, entonces el terapeuta le ayuda a terminarlas.
4. El terapeuta, promueve la capacidad de discriminación en el paciente, de tal manera que pueda percibir la figura y el fondo de sus necesidades, vivencias, sentimientos, deseos, etcétera.
5. Es fundamental guiar al paciente a la madurez, mediante la integración de su propio ser, como una totalidad organizada. Con este fin, el terapeuta resalta las polaridades del paciente para luego integrarlas.
6. El terapeuta capta las maneras caracterológicas con que el paciente evita el contacto habitualmente, de manera inconsciente y sistemática, con el fin de que pueda “vomitar” lo introyectado, responsabilizarse de lo que proyecta, expresar lo que reprime, etcétera.

No son todas las formas para establecer una relación terapeuta-paciente y lograr que este trabaje en favor de su crecimiento y autorrealización. Puede observarse que, de acuerdo a estos puntos de vista, el terapeuta no ayuda directamente al paciente a resolver el problema, sino que sólo contribuye a restablecer las condiciones con las cuales el mismo paciente puede hacer mejor uso de sus capacidades para la resolución de sus conflictos (Flores, 1977).

Darse cuenta.

Es la capacidad que posee el ser humano para percibir lo que está sucediendo en su interior y a su alrededor. Al darse cuenta de sí mismo o de lo que está sucediendo en su interno, comprende todos aquellos acontecimientos, sensaciones, sentimientos y emociones que suceden en su cuerpo, en su interior. Esta forma de darse cuenta corresponde a la manera de sentir y de la experiencia y la existencia aquí y ahora. Esos sentimientos o eventos, sólo podrán ir cambiando en la medida en que la persona los deje fluir libremente dentro de él, o se sume a experiencias que lo saquen de esa situación. Es así como puede transformarse y con ello experimentar otras sensaciones que indican la sensación de una nueva situación.

Cuando la persona se pone en contacto con sí misma y se da cuenta de lo que realmente siente y desea, está dando el primer paso para la integración. Para ponerse en contacto con sí misma, debe de hacerse las siguientes preguntas: ¿Qué estoy sintiendo? ¿Dónde lo estoy sintiendo? ¿Cómo lo estoy sintiendo? En Gestalt se debe evitar utilizar los *por qué*, que son sustituidos por los *cómo*, los *dóndes* o los *qué*.

Al darse cuenta del mundo externo, la persona se relaciona con todo lo que percibe a través de sus sentidos y que proviene del mundo exterior; es decir, mantiene contacto en cada momento con los objetos y acontecimientos del mundo que la rodea. Le permite darse cuenta de lo que está afuera y de lo que ocurre más allá de su piel.

La otra forma de darse cuenta es la zona intermedia o de la fantasía que abarca el pasado y el futuro y comprende las actividades relacionadas con pensar, adivinar, imaginar, planificar, recordar el pasado o predecir y anticipar el futuro. Cuando toda esta actividad tiene como función evitar vivir el presente, se convierte en una actividad neurótica que no permite vivir en el mundo real. Esta capacidad de darse cuenta y estar alertas de lo que sucede a cada momento, es lo que permite mantenerse en contacto con la existencia e ir integrando partes de la existencia de uno mismo (Martín, 2011).

Figura fondo.

Todo objeto tiene una forma, es decir, límites que lo diferencian de lo que no es. Esto determina un fondo que existe en nuestra captación, pero nuestra atención está puesta en la figura, la forma que emerge del fondo con la fuerza suficiente para llamar la atención. Este concepto de figura y fondo son inseparables y conforman una Gestalt, no existe una sin la otra.

Perls aprovecha esta contemplación (figura-fondo) y la usa como analogía del Consciente-Inconsciente. El darse cuenta, enfocando lo percibido, lo que antes era borroso, ahora es figura; de esa manera, aplica esta visión integradora a la captación del ser humano como totalidad.

Cada necesidad surgida en la persona es vista en relación con su fondo, el resto del organismo. Por eso cuando aparece un dolor, un deseo intenso, desaparecen de la vista o atención otras motivaciones y se vuelve necesario atender ese dolor o deseo para resolverlos; es decir que dejen de ser figuras y se integren al fondo de nuestra atención para que emerja una nueva situación. En ese sentido, el ser humano está en relación con su ambiente y cada impulso se relaciona con el contexto del cual emerge (Carabelli, 2013).

Objetivos de la Gestalt

La terapia Gestalt pretende integrar la personalidad, permitiendo rescatar aquellos aspectos alineados del individuo, puestos afuera y rechazados por los demás, proyecciones que llevan a una carga de energía tanto que, la personalidad toda se empobrece y desvitaliza en el esfuerzo de mantenerlos alejados.

La terapia gestáltica también se interesa en que el individuo se vea libre de introyectos; es decir, que se libere de ideas y opiniones que no le son propias y que en algún momento se las “tragó” sin digerir. Igualmente, se concede importancia al entrenamiento motor, sensorial y lingüístico que abren nuevas perspectivas al reaprendizaje de diferentes maneras de ser y estar en el mundo (De Baranchuk, 1996).

El terapeuta gestáltico juega un rol muy importante en el tratamiento, debe construir empatía entre él y la persona enferma. Una forma de lograr que la persona se muestre tan real como es, es acercarse a lo que Abraham Maslow denominaba *amor taoísta*; es decir, un amor que no juzga, ni limita, ni define. Es la promesa de aceptar a la persona tal como es (DocSlide, 2015). Es decir, la meta del cliente es tomar conciencia de sí mismo y el compromiso del terapeuta es aceptarlo tal y como se muestra.

Técnicas gestálticas

Lo más importante en la terapia Gestalt es la actitud del terapeuta; es decir, la forma de estar presente, más allá de las técnicas o esquemas establecidos. La presencia del terapeuta es irremplazable; por ello, necesita estar en contacto con lo que está sucediéndole, en la situación que lo rodea, y el vínculo con la persona que está frente a él. Las técnicas aprendidas pierden efectividad, si no se apoya en la creatividad del momento, en “darse cuenta” de lo que se está viviendo en ese momento y en la necesidad emergente.

En la terapia gestáltica, la técnica y la creatividad deben ir de la mano, dicha combinación permite actuar de manera sistemática y ordenada, para que la actitud adquiera un efecto transformador y curativo. Un terapeuta con actitud y técnica, podrá brindar al paciente, presencia, afecto y precisión en la comprensión del proceso; lo que facilita la autorregulación.

Una formación meramente teórica no es suficiente para aprender terapia Gestalt, pues la transformación personal del aprendiz de terapeuta es imprescindible. Asimismo, “la técnica no lo es todo”, pues la técnica ortodoxa sin variaciones anula las posibilidades creativas que surgen del terapeuta en el aquí y ahora (Carabelli, 2013). Por ello, la creatividad es un ingrediente necesario en este enfoque psicológico.

De igual manera, en la terapia gestáltica se usan muchas técnicas en diferentes momentos del proceso terapéutico. La clasificación de estas la realizó el Dr. Claudio Naranjo en su libro *La vieja y novísima Gestalt*, (1990; en Martín, 2011), las que agrupó en:

Técnicas expresivas.

Favorecen la expresión de impulsos, sentimientos, acciones auténticas. La expresión de los sentimientos experimenta obstáculos en la mente y/o en la cultura, para aflorar con toda libertad y naturalidad; de vez en cuando, estos se manifiestan en movimientos sutiles o en fuertes tensiones musculares, que a veces pasan desapercibidos. Son los sentimientos como la vergüenza, la represión, la culpa, etcétera; quienes desvían su curso y alteran su expresión genuina.

Durante el proceso terapéutico, se facilita la expresión de sentimientos y necesidades cuyo fin es que la persona se ponga en contacto consigo misma y con el entorno que la rodea, con esta actitud se busca que se dé cuenta, de lo que siente y expresa. La aplicación de las técnicas expresivas, se realiza en el contexto de un marco de transformación de la conciencia inmediata, donde se busca que la persona esté atenta a la respuesta que está generando al entorno; estas técnicas facilitan el restablecimiento del contacto.

El paradigma de creencias y valores en que se encuentran inmersas, crea e interpreta la realidad; en este sentido, la cultura participa en la creación de sentimientos al contextualizar los hechos, dándoles un significado preciso (Carabelli, 2013).

Técnicas supresivas.

Orientadas a detener la evitación del paciente (debeísmos, manipulaciones). Su objetivo es suprimir la acción evitativa del paciente, lo que le ayudará a tomar contacto con aquello que está evitando, logrando con ello, enfrentarlo con la situación descubierta o con aquello que teme. En este proceso, el paciente necesita desarrollar recursos para resolver ese contacto, y la intervención del terapeuta facilita ese aprendizaje, donde el paciente puede descubrir nuevos recursos.

Siempre se debe tener presente que, suprimir una evitación del contacto es una acción movilizadora de emociones; pues la persona se siente expuesta a un vacío que debe enfrentar y superar; por tanto, el terapeuta, en el uso de técnicas supresivas, debe estar dispuesto a contener la angustia movilizadora (Carabelli, 2013).

Técnicas de integración.

Es una de las técnicas más usadas en la terapia Gestalt. Facilitan la escucha y asimilación de las voces conflictivas internas: encuentro interpersonal, asimilación de proyecciones; se procura la integración de dos aspectos de la personalidad que aparentemente son opuestos, y a medida que se integran, las personas van sanando e integrándose al entorno con las demás personas. La conciencia se expande en cada proceso de integración. El conflicto humano comienza cuando dos

sistemas se contraponen, ignorando que ambos pertenecen al mismo sistema, y pugnan por imponerse entre sí. Integrar es adquirir conciencia de que cada parte pertenece a un todo mayor, es descubrir los vínculos que conectan a las partes de ese sistema; es decir, descubrir su utilidad. Integrar lleva a renombrar esas partes, a resignificarlas y a contextualizarlas de una nueva forma (Carabelli, 2013).

Las técnicas en terapia Gestalt giran alrededor de dos grandes series de lineamientos, en torno a lo que Perls llamó *las reglas y las técnicas o juegos*. Las reglas, deben ser presentadas y enunciadas formalmente desde el inicio de la terapia; sin embargo, es importante distinguir claramente entre las reglas y órdenes. La actitud implícita en las reglas es proporcionar medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento; tienen el objetivo de sacar a la luz las resistencias, promover la toma de conciencia y facilitar el proceso de maduración.

Las reglas con frecuencia tienen un efecto de choque al demostrarle a la persona las formas sutiles con las que quiere evitar la experiencia plena a sí mismo y con el ambiente. Es vital para el proceso terapéutico conocer el sentido liberador de las reglas para no quitarles su fuerza y vitalidad; para ello, deben seguirse al pie de la letra, pues resultan medios útiles, como herramientas convenientes para los fines de la terapia (Flores, 1977).

Las reglas

Las reglas facilitan los intercambios entre los miembros del grupo, cuya función es que las relaciones sean más directas, honestas y transparentes entre ellos. Estas son las más utilizadas:

El principio del aquí y ahora.

La idea del aquí y el ahora, de la experiencia inmediata y presente, es uno de los principios más importantes y a la vez más difíciles de mantener en la terapia gestáltica, ya que los pacientes suelen hablar del pasado o de sus experiencias como algo histórico. Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, se les sugiere que se comuniquen en tiempo presente; por ejemplo se les pregunta: ¿Qué está pasando ahora en ti? ¿De qué tienes conciencia ahora? etcétera. Así, se promueven los intercambios en el aquí y ahora entre los miembros del grupo (Martín, 2011).

El *ahora*, es un concepto funcional que se refiere a lo que el organismo está haciendo en este preciso instante. Lo que el organismo hizo hace unos instantes no importa, no es parte del ahora. En tanto, el acto de recordar un acontecimiento de la infancia es el ahora, con esto quiere decirse que el recuerdo o la memoria existe ahora. En este sentido, Perls indica que el pasado existe

como una *precipitación de funciones previas*. El futuro existe como un proceso presente que está afectando este preciso instante. Para la teoría Gestalt, la orientación temporal exclusiva o única en uno de los tres tiempos (pasado, presente y futuro), el aislamiento de cada uno de ellos, o la confusión de los tres, son signos que caracterizan a los trastornos severos de la personalidad. Por ello, los experimentos de la terapia Gestalt operan en *el aquí y el ahora* en un sentido funcional (Castanedo, 1988). Cuando el pasado o el futuro surge, se le pide al paciente que traiga ese material al presente, que lo exprese como si lo estuviera viviendo ahora mismo, como si ese sentimiento que surgió lo estuviera sintiendo en este momento. Así, se evita el *sobreísmo*; es decir, hablar acerca de algo trivial en vez de sumergirse en la situación experimentada.

Siguiendo a Huneus (1987; en Martín, 1977), *el aquí y ahora* se puede definir como un estado en que la persona está consciente únicamente de su estado sensorial en ese preciso instante. Lo que está viendo con sus ojos, escuchando con sus oídos, más aún, lo que está sintiendo en su organismo; es el estado de diálogo interno, un encuentro consigo mismo, sin fantasías visuales de ninguna clase.

Perls en el *Enfoque gestáltico, testimonios de terapia* (1973) en Martín (2011), distingue tres tipos de filosofías: la primera que llamaba el *sobreísmo*. En esta filosofía se habla de las cosas, se habla “acerca de” y “sobre” ellas, sin llegar a sentirlas jamás, sin ser concretos. La segunda la llamaba el *debeísmo*. Dentro de esta filosofía se encuadra la moralidad con sus continuos deberías: “Deberías ser de esta o de otra manera”, “Deberías cambiar esto o aquello”, etcétera. Es la filosofía de las prohibiciones y de las órdenes. La tercera es *existencialismo*. Filosofía que trata de trabajar con el principio de *el aquí y ahora*, con la experiencia inmediata, las sensaciones y las necesidades. Dos de las grandes e importantes aportaciones de esta filosofía a la terapia gestáltica son la responsabilidad y el suavizar las normas sociales y morales.

Yo y tú.

Con esta regla se trata de expresar en forma clara la idea de que la verdadera comunicación sólo se da cuando el emisor y el receptor se dirigen el uno al otro, mirándose directamente y expresándose abiertamente lo que sienten. Hay personas que actúan como si hablaran al vacío o a personas ausentes. En esta acción, su mirada no está dirigida a la persona con la que está hablando; en consecuencia, la comunicación se debilita y en ocasiones se pierde la posibilidad de establecer una relación más cálida y estrecha. Al preguntarle a la persona a quién se está dirigiendo, y pedirle que lo haga directamente a quien ella dice, se está facilitando que enfrente

su evitación y de esta forma propiciar el envío de mensajes directos al receptor, creando así nuevos canales de comunicación. En el seguimiento de esta, se le dice al paciente que vea directamente a los ojos a aquella persona a la que le está hablando y que tome conciencia cómo es su propia voz y qué está sintiendo mientras se dirige a ella; preguntándole, por ejemplo, ¿Se da cuenta que evita sentir lo que está sintiendo y que esquivo la mirada?

Esta regla se relaciona con la responsabilidad y la participación del paciente. Se hace responsable de lo que siente cuando mira directamente a los ojos; asimismo, cuando evita la mirada. De alguna manera, hay una mayor participación de los sentimientos en los intercambios.

Lenguaje personal versus lenguaje impersonal.

A menudo el paciente emplea un lenguaje impersonal cuando habla de sí mismo y de su cuerpo, de su conducta, como si estas no fueran partes de él, sino algo ajeno a su organismo. Por ejemplo, dice: “Tengo un temblor”, en lugar de decir: “Estoy temblando”. Esta regla es tan sencilla que el paciente se convierte de un sujeto pasivo a un sujeto activo; a quien le ocurre cosas.

El lenguaje impersonal despersonaliza y quita la responsabilidad de los actos, acciones y sentimientos. Se emplea cuando se evita utilizar el “yo”, en su lugar se utiliza el “se”. Por ejemplo, cuando se dice: “Se piensa que...”, en lugar de decir: “Yo pienso que...”

Esto mismo sucede cuando se habla de alguien que sí está presente, y en lugar de ello la persona se dirige al resto de las personas, como si la persona de interés, no estuviera presente. De esta forma, se elude el contacto y la comunicación.

El continuo de la conciencia.

Lo que se conoce en Gestalt como el “cómo” de la experiencia, y es fundamental en la psicoterapia gestáltica. En lugar de poner el acento en el “por qué” de la conducta, se pone el acento en el “qué” y el “cómo”. En terapia, al paciente se le pregunta: ¿Qué estás sintiendo ahora? ¿Cómo te sientes? ¿Dónde lo sientes? Así, la persona toma conciencia de sus sentimientos, sensaciones corporales y percepciones. Se refiere a la toma de conciencia de lo que está sucediéndole al paciente y cómo le está sucediendo. El paciente aprende a darse cuenta, a percibir y a distinguir la necesidad imperante en ese momento, con la cual tiene el poder de satisfacer esa necesidad que ha surgido en *el aquí y el ahora*. De esta manera, puede concluir esa situación para pasar a otra cosa, en un proceso continuo de aparición y eliminación de Gestalt; dando un paso a la integración y maduración.

Esta regla permite seguir el estado del paciente sin interrumpir el proceso de su darse cuenta. Así, el terapeuta se va acercando a lo que el paciente siente, cómo lo siente y dónde lo siente y se puede ver cómo esas sensaciones se van transformando en necesidades y/o sentimientos.

No murmurar.

Esta regla tiene la finalidad de fomentar la expresión directa de lo que el paciente piensa o dice de otra persona, impidiendo que se produzca la murmuración, en especial cuando la persona aludida está presente. Este acto se produce cuando, estando presente la persona de la que se está diciendo algo no se dirigen a ella, sino que se evita el contacto directo, ya sea hablando o dirigiéndose a otras personas presentes y se actúa como si el objeto de murmuración no estuviera allí. Un ejemplo, se puede ver en la terapia grupal cuando una persona le dice al terapeuta: “Juana me está molestando”; el terapeuta ante tal situación podría decirle al paciente: “No murmures, ve y díselo personalmente”. La murmuración evita la comunicación directa con aquella persona de la cual se murmura, y surge cuando la persona no puede manejar sus sentimientos hacia esa persona. Así, esta regla confronta con los sentimientos que se tratan de evitar, incita la comunicación y el intercambio directo, abierto y honesto; por ello, como todas las reglas, fomenta el autoapoyo.

Hacer o formular preguntas.

A menudo los pacientes preguntan como una manera de conseguir atención u obtener algo, ya sea información, consideración o conocimiento; cuando lo hacen, esperan recibir algo, de alguna manera están pidiendo, pero si se les escucha con atención, puede percibirse que, a veces no necesitan realmente tal información, incluso esas actitudes pueden interpretarse como pereza o pasividad. Muchas veces el paciente hace la pregunta a manera de distraer, para que los demás no corroboren el contenido de la pregunta, y cualquier respuesta que se dé y que no corresponda con lo esperado, es rechazada por él. En este caso, el terapeuta puede solicitarle que, rehaga su pregunta y la convierta en afirmación con la intención de provocar que él mismo descubra la trampa que hay detrás de su demanda, que se haga responsable de lo que hay detrás de cada una de sus preguntas y al mismo tiempo que encuentre la respuesta, ya que a veces no tiene un interés genuino por aprender, sino solamente demostrar que se está por encima de la persona a quien se está cuestionando, y de todos los demás y así demostrar que la razón está de su lado. No se descarta que hay preguntas genuinas que tienen la intención de aprender y conocer. Sin embargo, las preguntas falsas tienen el único objetivo de manipular y competir con los demás.

“Sí...pero...”

El “sí...pero...” es una fórmula usada con frecuencia, y que tiene como objetivo, evitar el compromiso y la responsabilidad. Perls decía que el “sí...pero...” tenía que ser transformado en “sí... y...”. Por ejemplo, cuando se dice: “Quisiera ir contigo al cine, pero no puedo porque tengo que realizar una tarea”, la respuesta adecuada dentro del marco de la Gestalt sería: “Quiero ir al cine contigo, pero elijo hacer mi tarea”. Esta simple fórmula le devuelve el poder de decisión y elección al paciente y promueve la responsabilidad de estas. El “sí...pero...”, sólo sirve para responsabilizar a alguien externo a la persona, cuando en realidad es ella quien elige hacer una u otra cosa (Martín, 2011).

Las técnicas

A veces las técnicas gestálticas adquieren la forma de juegos cuya finalidad es hacer conscientes a las personas de sus sentimientos, emociones y conductas; asimismo, los juegos se transforman en técnicas y las técnicas en juegos. Hay un sinnúmero de juegos, por lo que resulta casi imposible enumerar a todos, pues continuamente se van creando otros nuevos; así como pueden estar siendo mejorados los ya existentes, por ello se hace énfasis en la creatividad en la terapia gestáltica. La finalidad de estos juegos es ayudar al paciente a vencer sus resistencias, promover la toma de conciencia de lo que hace, siente o dice y a facilitar su proceso de maduración.

Los juegos son auténticas experiencias fáciles de aplicar, facilitan que los sujetos se centren en sí mismos y en su relación con el entorno; fomentan la toma de conciencia de una forma directa de contactar con el mundo permitiendo que el intercambio con éste sea más gratificante en función de sus necesidades; fomentan el autoapoyo y la responsabilidad (Martín, 2011). Algunos de los juegos más utilizados:

Técnica del diálogo, de la silla vacía o de la silla caliente.

La presencia en Gestalt es irremplazable y por eso se necesita estar en contacto con lo que está sucediendo en uno mismo, en el entorno y en la persona que se tiene enfrente. El conocimiento de técnicas gestálticas, no sirve si no se recurre a la creatividad del presente; darse cuenta de lo que está sucediendo en ese momento y de la necesidad emergente (Carabelli, 2013).

La *silla vacía* es una de las técnicas por excelencia más usada en la terapia Gestalt; consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en el individuo, y en poner en contacto aquellas otras que el paciente niega o rechaza. Se fundamenta en el concepto de los opuestos.

En esta técnica, el sujeto va entablando diálogos entre las dos partes hasta que las integra y se las apropia, reincorporándolas a su personalidad. También puede desarrollar el diálogo entre él y una persona significativa para él. A través de este juego, el paciente no sólo va incorporando partes suyas proyectadas en el otro, sino también la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La técnica de *silla vacía* no es aplicable a todos los pacientes; se recomienda a todas aquellas personas que cuenten con un Yo fuerte, capaces de integrar las vivencias e ingresar a un mundo imaginario sin confundirse. Si la personalidad del paciente es *borderline* o *psicótica*, no se recomienda esta técnica pues ello aumentaría su confusión y angustia. Es idónea también para personas que tengan suficiente capacidad para simbolizar, así como para representar sus personajes internos y visualizarlos. Las personas con cierta discapacidad intelectual suelen tener dificultades para esta técnica. Los niños, adultos y personas de la tercera edad pueden participar, siempre y cuando conserven sus capacidades de automovilidad.

Esta técnica puede aplicarse; generalmente, cuando el paciente necesita integrar aspectos desconectados o en conflicto, cuando su situación de vida es muy intensa o cuando necesita trabajar las despedidas o las separaciones, y en la presencia de síntomas de emociones bloqueadas o cuando el proceso está bloqueado, interrumpido o causando mucho dolor. Al igual, no se aplica a las personas que se encuentran en pleno proceso terapéutico y que no están interrumpiéndose. No es necesario empujar ningún proceso ni cambiar su velocidad, sólo se interviene cuando este se encuentra bloqueado. Tampoco es conveniente aplicar la técnica pocos minutos antes de terminar la sesión; pues, esta, necesita un tiempo prudente para ser desarrollada e integrada; es decir, no se debe terminar la técnica por motivos de tiempo.

El trabajo terapéutico consiste en pedirle a la persona que pase en medio del consultorio o del grupo y se ubique parado o sentado en el lugar donde se siente identificada. Perls llamaba a este lugar *la silla caliente*. Luego se le pide que imagine enfrente de ella a la parte con la que se encuentra en conflicto o con la que necesite dialogar. Este lugar es conocido como *la silla vacía*.

Generalmente la consigna es la siguiente: Ven, siéntate aquí...cierra los ojos...imagínate que enfrente de ti está...y exprésale lo que estas sintiendo.

Para llevar a cabo esta técnica, el paciente puede comenzar el diálogo en el lugar de la silla caliente, es lo más frecuente. Se considera la posibilidad de que comience el trabajo parado o en una determinada posición; no hay una fórmula fija; actualmente esta técnica se trabaja sentados en el piso con almohadones en vez de sillas, en donde el paciente se pasa de un lado a otro, cambiando el rol del personaje. Los elementos de las sillas, representan el espacio físico y en la mente del paciente; son espacios psicológicos; son identificadores y divisiones que se inventan y con los que se provocan sufrimiento y están unidos por el conflicto.

El lugar de *la silla caliente* es el espacio donde se sienta el Yo. Es decir, la persona que está “caliente”, la que está en contacto con la emoción hacia alguien, quién tiene necesidad de expresar en palabras o corporalmente lo que está sintiendo. La queja se transforma en autoexpresión. Mientras que, en la silla vacía es el lugar de la proyección, es la parte donde el paciente ve sus aspectos internos sin darse cuenta de que son parte de él. Es el lugar donde ubica a las personas con las que se siente en conflicto.

Ubicarse en estos dos personajes permite al paciente recuperar aspectos que no le pertenecen, se identifica con ellos, y favorece la integración de estas partes de la personalidad y ayuda a que recupere sus energías; tiene la posibilidad de ponerse en el lugar del otro, de descubrir cómo es la relación desde otro punto de vista, es la posibilidad de desplegar la polaridad y descubrir el vínculo existente entre los opuestos.

El terapeuta ayuda a que se vinculen las dos polaridades; en el ir y venir entre ambos lugares, se va produciendo la integración, hay un aprendizaje de cada estado y se descubre la vinculación entre ambos. Poner en contacto estas polaridades es integrador en sí mismo. Se está contemplando la totalidad a través de las partes que se van desplegando sucesivamente. Las emociones intensas y las situaciones desconocidas o peligrosas le pueden generarle miedo al paciente; ante ello, el terapeuta necesita acompañarlo para que pueda vencerlo y enfrentar lo que no quiere.

Esta técnica es un monodrama, por tanto, el paciente representa todos los personajes que trae a la vivencia. En algunas ocasiones el terapeuta interviene en el diálogo para reforzar a alguno de los personajes o para ayudar al paciente que se enfrente a lo que está evitando o para ayudar en la escena reparadora que se produce. Por ejemplo, al final del diálogo del paciente con un ser querido, tal vez concluya con un abrazo; en este caso, el terapeuta puede participar, con su cuerpo, para reforzar la experiencia reparadora y afectiva que proporciona un abrazo.

Otras veces, las explosiones de rabia son violentas y el paciente necesita descargar toda esa energía acumulada; para facilitarle la catarsis, se le deja que golpee sobre un almohadón y que grite con toda su fuerza. Cuando se produce la autorregulación orgánica, las energías se equilibran y el paciente experimenta una placentera sensación; aparece una paz y un alivio, consecuencia de haber “cerrado” algo inconcluso. Entonces se da por finalizado el trabajo.

En esta técnica se trabajan tres tipos de cierre:

Explosivos.

Se produce en aquellos trabajos en donde el paciente culmina con la expresión de una emoción contenida, pudiéndose abrir plenamente a la regulación orgánica dejando fluir toda la emoción con todo su ser. Las personas dejan salir su voz con toda la potencia, y aparecen gritos muy poderosos que expresan emociones conservadas y desesperantes. Los gritos a padres ausentes, o los ¡basta!, gritados desde lo más profundo de su ser. El componente energético es el más relevante en estos cierres de trabajo de silla vacía. En estos trabajos, el grupo participa en la dramatización de la vivencia por la que está pasando la persona, aumentándola de esta manera.

Integrativos y complementarios.

Se refiere a los conflictos entre partes de la persona que tienden al reconocimiento de la totalidad que conforman. Se descubre el dolor de la separación y se aprecia el beneficio de la complementariedad. Estos encuentros generan un clima amoroso y conmovedor. Dentro de este tipo de cierre, se pueden distinguir tres formas de cierre:

1. *Los reencuentros interpersonales.* Donde se resuelven situaciones inconclusas con los seres queridos que habían estado albergando resentimientos dolorosos por debajo de las agresiones. Aparecen sentimientos de soledad y abandono que conmueven a ambos; el cierre es profundamente amoroso y se logra la apertura del corazón. El reconocimiento de sentirse amado cierra viejas heridas y calma profundos dolores.
2. *Autoafirmadores.* Estos trabajos parten de situaciones de confluencia con seres importantes, vivos o muertos, en los que la persona necesita recuperar su identidad y darse cuenta de que está completa. El “yo soy yo y tú eres tú” gestáltico son pertinentes en este trabajo. El terapeuta y los demás participantes en el grupo, pueden facilitar el cierre discriminatorio “prestándole frases” a la persona para que pueda reconocerse diferente y libre. Se incluye el apoyo corporal como base de la autoexpresión y toda la

potencia de la voz. Algunas veces, se le pide a la persona que repita varias veces al grupo lo que acaba de rescatar en el trabajo grupal.

3. *Cierre de situaciones inconclusas.* A través de la dramatización de situaciones del pasado, la silla vacía permite llegar al núcleo conflictivo que se estancó en un punto del sufrimiento del paciente, pudiendo ser: relaciones con los padres, con parejas, con familiares; despedidas que no fueron posibles, expresiones imposibles de realizar por obstáculos muy fuertes, etcétera. Es decir, interrupciones de cualquier tipo que en su momento impidieron completar la expresión emocional y el organismo quedó pendiente de su conclusión. En esta escena, el paciente se enfrenta a la precariedad de sus recursos y a su desesperación por no poder llevar a cabo esa situación evitada desde hace años, lo que obliga a la persona a recibir ayuda para enfrentar, con nuevos recursos, la acción que nunca pudo realizar. De alguna manera, la persona reescribe la historia; va a hacer lo que necesita de una vez por todas, inventar un nuevo final. Se trata de que la persona recupere el protagonismo y centrarla en sus decisiones. Expresar “aquí y ahora” lo no expresado “allá y entonces” ocupa un lugar fundamental en este tipo de cierre.

Despedidas o separaciones.

Cada duelo no elaborado retiene a la persona en un estado inmodificable, donde alberga resentimientos pasados, pero vigentes en el presente, aunque su situación sea otra. Los trabajos de despedida son también cierre de situaciones inconclusas; por lo tanto, la persona es confrontada con la situación o con la persona que necesita “soltar” y para ello debe vaciar toda la carga emocional. En las despedidas de seres que fallecieron, el vaciamiento de las emociones es más fácil cuando se define al personaje que se sienta en la silla vacía. No es lo mismo una escena infantil con un padre que falleció de viejo que, una conversación que no existió o no se pudo realizar en el momento exacto de su muerte. Existen tres personajes en el planteo de una despedida:

1. *El ser fallecido cuando estaba vivo.* Se precisa la situación y se le pide a la persona que visualice a ser que falleció; pero en la época en que se generó la situación inconclusa; y entonces, empieza el trabajo terapéutico, expresándole lo que no le pudo decir entonces.
2. *El moribundo.* Ocurre cuando la persona tiene pendiente la despedida al momento de que un ser querido va a morir. Lo que no pudo expresarle a ese ser, el abrazo que le faltó darle

antes de que falleciera. En el trabajo terapéutico, la persona necesita expresarle lo callado; asimismo, ocupa el lugar de ese ser querido que necesita partir y contestarle.

3. *El muerto*. Cuando la situación inconclusa es con el ser querido que ya murió hace tiempo y todavía no lo puede “soltar”, aceptar o dejar ir. El duelo está pendiente de ser resuelto y se tiene que trabajar la despedida. También se da en situaciones cuando se descubre algo pendiente una vez que el ser querido falleció. En este caso, el terapeuta Gestalt le pide a la persona que convoque la persona del ser fallecido y que le exprese su sentir (Carabelli, 2013).

Hacer la ronda.

Mientras se está realizando el trabajo individual con alguien del grupo, a menudo surge como figura, un tema que puede involucrar también a otras personas del grupo. De tal forma que la persona podría imaginarse lo que los demás miembros están pensando de ella, o puede tener un sentimiento determinado con algún miembro del grupo (Castanedo, 1988). Cuando el paciente ha expresado un sentimiento que el terapeuta cree que es significativo e importante para el propio paciente, hace que lo repita frente a cada uno de los participantes del grupo.

Con este ejercicio, el sujeto experimenta su sentimiento de forma más variada y directa; el cual, confronta con los miembros del grupo, en donde nació ese sentimiento. Durante la expresión de su frase ante cada uno de los miembros del grupo, el terapeuta le pide que añada un sentimiento que se le vaya ocurriendo y al mismo tiempo que trate de darse cuenta de lo que va sintiendo en la medida que va expresando su sentimiento. O sea, que diga si lo siente como auténtico o fingido, si siente lo mismo con todos o solamente con uno de los presentes y si es capaz de darse cuenta de esa diferencia. Dicho juego es muy flexible, por lo cual no se debe limitarse a una expresión verbal, puede ser corporal, gestual; incluir conductas como alejarse acercarse, acariciar, asustar, pelear, murmurar, hacer pantomima, etcétera (Martín, 2011).

Asuntos pendientes.

Los asuntos pendientes son todos aquellos sentimientos y emociones no resueltos, que no han podido ser expresados porque la persona no se ha atrevido o no ha tenido oportunidad de hacerlo en el momento en que surgieron o tomó conciencia de ellos. Toda persona tiene una gran cantidad de asuntos pendientes con distintas personas, vivas o muertas. Durante la psicoterapia, cada vez que se logra identificar un asunto pendiente, el terapeuta le pide al paciente que trate de completarlo. Esto puede hacerse a través de un encuentro con dicha persona (se recurre a la

técnica de la silla vacía o caliente), en cualquier caso, el paciente deberá expresar aquellos sentimientos que no se atrevió a expresar frente a frente en otro tiempo.

Hay muchas personas que se reúsan a concluir asuntos, ya que a veces consciente o inconscientemente no quieren terminar esa relación y despedirse. Esta acción no la llevan a cabo, porque al parecer, no despedirse le proporciona todavía ciertos beneficios. De esa manera, la persona permanece apegada al recuerdo de algún ser querido, evitando así, sentirse sola o comprometerse con otra persona, de esa manera, permanece aferrada al recuerdo.

Perls decía que los resentimientos son los asuntos pendientes más comunes e importantes entre las personas y los que más impiden terminar con una relación o situación. Asimismo, los sentimientos de culpa suelen ser resentimientos no expresados. En las relaciones íntimas estos sentimientos se acentúan. Las personas que expresaron en su momento lo que sintieron, son las personas que tienen mayor capacidad para despedirse y soportan mejor el dolor de la separación.

Para trabajar los asuntos pendientes, se hace una especie de encuentro con la persona con la que el paciente se encuentra enganchado; para lo cual se le solicita que, exprese sus sentimientos que guarda para esa persona y que no ha podido expresar aún: rabia, dolor, resentimiento, amor. Una vez que la persona ya no tiene más que expresarle, se le pregunta si está preparada para despedirse; si es así, comienza el proceso de la despedida. Es fácil darse cuenta si de verdad lo está, por el tono de voz, la postura, por lo convincente de sus palabras. A veces estas señales delatan a la persona, eso indica que todavía no está lista para despedirse porque todavía quedaron asuntos pendientes y resentimientos que no expresó.

Con esta técnica se logra, en el mejor de los casos, desbloquear la energía con la expresión de los asuntos pendientes; la persona reaparece con una nueva vitalidad que se ve en el color de las mejillas, en la expresión de sus gestos y en la forma de enfrentar la vida; así como, sus relaciones interpersonales. La vida se le hace más relajada, y con ello aumenta su interés y sus conductas positivas para ella misma y hacia el entorno (Martín, 2011).

Los asuntos pendientes también llamados asuntos inconclusos; técnicamente es una Gestalt incompleta que requiere su cierre o conclusión. En general, estos asuntos inconclusos se traducen en sentimientos y emociones no resueltos, no expresados o no iniciados.

En el trabajo grupal, el terapeuta puede sugerir a la persona que “carga” sus asuntos pendientes que haga la ronda y comunique sus fantasías, imaginaciones o frustraciones a cada miembro del grupo (Castanedo, 1988).

Me hago responsable.

La terapia Gestalt considera la conducta de la persona; así como sus sensaciones, sus sentimientos, sus emociones y su pensamiento como su única responsabilidad. A menudo ciertas personas disocian estos actos de su persona, al referirse a ellos como “estos”, empleando la voz pasiva, etcétera. Una de las técnicas para lograr que la persona se haga responsable de sus actos es mencionar después de cada oración: “...y yo me hago responsable” (Castanedo, 1988).

Este juego se basa en algunos de sus elementos, en el continuo de conciencia; donde todas las percepciones se consideran actos. Por ejemplo, cuando una persona expresa: “me doy cuenta de que mi voz está subida de tono”; se le puede decir que añada la percepción: “y me hago responsable de ella”. Entonces quedaría así: “me doy cuenta de que mi voz está subida de tono y me hago responsable de ella”. Con esta fórmula el paciente deja de echarle la culpa a los demás de sus estados de ánimo, teniendo la posibilidad de hacer algo por sí mismo, y así, cambiar eso o disminuir las consecuencias.

Aunque aparentemente parece algo mecánico lo que dice la persona, pero tiene una enorme importancia; pues tiene el efecto en la persona de hacerse responsable de sus percepciones y actos, evitando así, que vaya por la vida culpando a los demás de lo que le pasa. Esta actitud le permite darse cuenta de cuáles son sus necesidades y cómo tiene que satisfacerlas. Es a partir de esta experiencia que se da cuenta de que, lo que le ocurre es porque hace o deja de hacer algo, cuyos resultados es el producto de sus acciones u omisiones (Martín, 2011).

El juego de las proyecciones.

Ocurre cuando un paciente cree que otra persona tiene hacia él un determinado prejuicio o sentimiento; en esta situación, el terapeuta le pide que compruebe si eso no es una proyección, experimentando él mismo ese prejuicio o sentimiento. Regularmente, el paciente termina comprobando que él tiene el sentimiento que no le agrada ver en los otros y que además tiene y rechaza el mismo prejuicio que desaprueba en los demás (Castanedo, 1988).

Con frecuencia, se considera que las percepciones son tales, pero no son más que proyecciones. Por ejemplo, un paciente puede decirle al terapeuta que no confía en él; lo que hace el terapeuta en estos casos es decirle al paciente que, represente a una persona con estas características, poco digna de confianza, egoísta, negativa; con actitudes que le desagradan al paciente. El paciente puede expresar un sinnúmero de aseveraciones: “usted no se interesa por mí, sólo le importa mi dinero”. Tras esto, se le pregunta al paciente que, si él no tiene también estos

rasgos, si ha podido ver algo de él en esa persona imitada. Esto servirá para descubrir su conflicto interno en este ámbito. (Martín, 2011).

Antítesis o juego de roles.

Una de las mayores dificultades con la que se encuentra el terapeuta para ayudar a su paciente a ver y tomar conciencia de lo que ocurre es que, regularmente, su conducta manifiesta suele ser una antítesis de los impulsos subyacentes o latentes. Por tanto, cuando el terapeuta considere que dicha conducta está evitando el impulso latente, puede recurrir al juego de la antítesis para tratar este tipo de conducta. Por ejemplo, si el paciente dice ser tímido, se le dice que juegue el papel de exhibicionista. Con este juego se procura desarrollar la polaridad inhibida y de esa manera, liberar la energía contenida en ella; se espera que, el paciente amplíe y mejore sus recursos.

Al interpretar estas personalidades, llenas de angustia para el paciente, establece contacto con una parte de sí mismo que había permanecido reprimida y oculta durante mucho tiempo; pero que, dicha caracterización está llena de una potente energía que hasta el momento permanecía bloqueada.

La enorme fuerza que contiene este recurso, permite al paciente entrar en contacto con esa energía bloqueada. Esta técnica se puede aplicar en grupos e individualmente; aunque, la experiencia señala que en los grupos produce cambios sorprendentes (Martín, 2011).

El ritmo contacto-retirada.

La conducta es un proceso dinámico que va cambiando, no podemos estar permanentemente en actividad o descanso; toda persona tendrá la necesidad de apartarse del contacto en algún momento. Este proceso en la Gestalt no se considera una resistencia, sino una necesidad del organismo de contacto-retirada. Este mecanismo ayuda a recuperar la energía que se va apagando por el tiempo o por el aburrimiento. Estas dos formas de retirada indican que el paciente carece de recursos para vivir y experimentar las vivencias que dichas situaciones provocarían en el paciente.

Se podría manifestar una debilidad que el sujeto no quiere reconocer ni mostrar. Si quiere mostrarse superior por encima de los demás, la crítica es el mejor mecanismo para lograrlo, ya que lo aleja de los demás y no tiene que exponerse y que vean sus deficiencias y debilidades.

La técnica Gestalt acepta la necesidad del paciente de apartarse de situaciones en que su atención e interés disminuyó, siempre que, permanezca consciente de la dirección que toma la atención una vez que se aleja, para que ello produzca material nuevo (Martín, 2011).

El escapar “del aquí y ahora” es tratado experimentalmente por esta técnica. Al paciente no se le dice nunca que no “escape”, sino que se procura que se dé cuenta de cuándo escapa y cómo escapa o se ausenta, cuándo y cómo mantiene el contacto; es una manera de enfrentarlo al reconocimiento de su responsabilidad.

La forma de aplicar esta técnica es pedirle a la persona o a un grupo de personas que cierre los ojos y se “ausente”; después quedándose en el continuo de “darse cuenta”, la persona o las personas del grupo relatan su experiencia. El trabajo continúa su curso hasta que la persona o las personas, como grupo, vuelven “al aquí y ahora”; después de haber cumplido su necesidad de ausentarse (Castanedo, 1988).

Ensayo teatral.

Para Perls, el ensayo teatral es en gran medida, un recurso que permite la preparación interna de los roles que habitualmente el paciente tiene que representar socialmente para mantener a salvo su imagen y estatus social. La experiencia de expresarse o interactuar en público, es también el temor latente a no hacer un buen papel; en el fondo, está el temor a ser rechazado, criticado o no hacer bien las cosas desde su punto de vista. Es válido que los integrantes del grupo compartan entre ellos sus respectivos ensayos; de esa manera, toman conciencia de los preparativos a los que recurren para fortalecer sus roles sociales y con ello, su “máscara” ante los demás (Martín, 2011).

Esta es una técnica muy usada en terapia Gestalt, por su enorme posibilidad de descubrimientos que produce. Cuando el paciente se pone en el lugar de algo o alguien está recurriendo a un recurso teatral que le permite identificarse con esa persona u objeto, de esta manera puede proyectar sus características en él y recuperarlas como propias. Cuando el paciente actúa un personaje, permite un ensayo muy enriquecedor; su identidad cambia por un momento dándose permiso de expresar atributos que, en su identidad habitual, supuestamente no posee; reconoce lo que siente y piensa desde ese personaje. La recuperación de su otro aspecto y su capacidad de contacto aparecen cuando el paciente se atreve a jugar ese personaje, hay una identificación seguida de una actuación.

Esta técnica aparece en otras técnicas Gestalt; por ejemplo, cuando se trabaja con sueños en terapia individual, se le pide a la persona que se identifique con algún elemento onírico con todo su cuerpo, y que se describa desde su ser. En las fantasías dirigidas, también se le pide a la persona que se ponga “en el lugar de” o que se imagine que es un personaje o un elemento. En este sentido, la identificación y la actuación son recursos muy valiosos para que la persona descubra su potencial, lo despliegue a modo de ensayo y llegue al “darse cuenta” (Carabelli, 2013).

Exageración.

Este juego también está vinculado al principio del continuo de conciencia. Muchas veces, los movimientos o ademanes involuntarios de las personas parecen tener un significado y pasar desapercibidos, pueden ubicarse en el plano inconsciente; pero tales movimientos pueden ser incompletos y no alcanzar un desarrollo total, los cuales pueden sustituir y bloquear la verdadera toma de conciencia de los procesos afectivos; en esta situación, el terapeuta reporta lo observado al paciente.

La técnica de la exageración se basa en que el terapeuta le solicite a la persona que realice ese movimiento y que lo exagere, con el fin de que se dé cuenta de él; si es posible, poner de manifiesto el significado interno que dicho ademán podría tener. Esta técnica también se puede aplicar a la conducta verbal, llamada también “juego de repetición”; de tal manera que, si un paciente dice algo que el terapeuta considere importante, y el paciente lo pasa rápida y desapercibidamente, se le pide que repita de nuevo dicha frase, varias veces y si el terapeuta lo considera necesario le pide que lo haga cada vez más fuerte, aumentando su tono de voz. El paciente empezará a escucharse a sí mismo en lugar de emitir palabras de manera automática.

Lo que ocurre es que, cuando el terapeuta le dice a la persona que repita y exagere un ademán, se van asociando a él ciertas frases o emociones; de esta manera toma conciencia de que no todo fue totalmente inhibido por la censura (Martín, 2011).

Iniciar la expresión.

Técnica expresiva dirigida a generar la exploración y movilización de las emociones que tienen los participantes. Se trata de sensibilizar y movilizar las emociones en el contacto. La expresión se estimula por medio de consignas y propuestas. Es una invitación exploratoria para que cada persona ensaye y descubra sus propias formas de autoexpresión. Dicha técnica es

aplicable tanto al campo de lo grupal como en lo individual, son amplias sin especificaciones, y no requiere tener un diagnóstico previo del paciente. Se puede realizar de la siguiente manera:

1. *Invitación directa a expresar.* Se pretende proponer el contacto y la confrontación. Cuando la persona está frente a frente con otra persona, dicho estado genera emociones y necesidades de contacto o de retirada. Algunas personas no están habituadas a establecer este contacto natural tan cercano que, prefieren evitarlo para no desbordar su intensidad emocional.
2. *Invitación a la expresión, suprimir formas habituales.* La consigna sugiere abandonar los condicionamientos culturales y crear la posibilidad de explorar lo novedoso mediante la inventiva. En este caso, la ausencia de pautas provoca un vacío que angustia a la persona; sin embargo, sugiere el surgimiento de lo nuevo. Cuando la persona adopta expresiones estereotipadas, se desprende de sus significados personales y adopta un cliché convencional que oculta la riqueza de la emoción (Carabelli, 2013).

El encuentro de las artes plásticas.

El darse cuenta en el arte es global, intuitivo e irracional. Esto ocurre en el contacto con materiales como la arcilla, crayones, papeles, pinturas, etcétera; dicho contacto guía a la persona en una maraña de formas y colores que atrapa su atención y permite que emerjan y se expresen, con mayor claridad, las emociones o dificultades más profundas. Este acceso a la conciencia, no sabe de palabras o conceptos, carece de lógica; más bien el ejercicio es lúdico y proyectivo.

En esta técnica, la sensibilidad de darse cuenta se activa con la estética, la intensidad de los colores, las formas, las texturas. Descubrir que un dibujo completo es una parte de un dibujo mayor, que lo incluye, es un efecto integrador visual sorprendente. Para la realización de este ejercicio, no hace falta talento, ni conocimiento artístico previo, sólo basta la voluntad de explorar y soltarse a la aventura incierta de la obra que saldrá de este cúmulo de emociones desbordadas.

Las consignas para que las personas trabajen sus emociones con esta técnica son las siguientes:

1. Tomen una hoja y cada quien represente uno de sus aspectos en conflicto con los materiales que tienen frente a ustedes. Por ejemplo, el aspecto “fuerte”.

2. Ahora tomen otra hoja y representen el segundo aspecto en conflicto; regularmente es el opuesto al que representaron primero. Por ejemplo, el aspecto “débil”.
3. Una vez terminados los dos dibujos, observen los dibujos frente a ustedes; como ven, ambos son partes de un rompecabezas. Con ayuda de instrumentos, cintas adhesivas, pegamento y el resto de elementos, construyan una obra que incluya a sus dos dibujos. Inventen una relación o historia entre ambos dibujos y descubran la totalidad a la que pertenecen.
4. Observen la obra... ¿De qué se dan cuenta? La reorganización visual de los elementos del campo produce una nueva reacción emocional y se continúa trabajando con los elementos hasta que, a juicio de la persona, aparece cierta satisfacción que por fin permite que se retiren y dejar de hacer modificaciones. La obra se completa y se detienen a observarla. La obra se logró por la deconstrucción de los dibujos; fue necesario combinar las formas, utilizar otros materiales para lograr la obra final. La integración plástica sugiere la integración emocional en la persona. El autor de la obra traduce a palabras, la nueva forma surgida a partir de los dos aspectos trabajados, surgen nuevas lecturas de integración. En la composición de esta, algunas figuras se destacan del fondo y otras partes del fondo pasan a ser figuras (Carabelli, 2013).

La integración onírica.

La proyección existente en cada uno de los elementos oníricos del sueño se transforma en mensajeros del inconsciente y se recuperan de una forma integrativa. Reconocer las características proyectadas es un camino integrativo y enriquecedor de la personalidad; al recuperarlas, se dispone de ellas y de su potencial energético. Recuperar el poder de cada elemento de los sueños es un trabajo muy creativo y la recompensa es enorme. El significado existencial de los sueños revela información valiosa de cada momento de la vida.

La sensibilidad del *darse cuenta* es psicológica y emocional en este nivel del proceso integrador. En tanto, el trabajo corporal en la representación de los elementos oníricos y la dramatización teatral que se hacen con los sueños, cuando se trabaja en grupo, se combina con la creatividad del terapeuta quien invita a explorar el sueño de manera artística.

Algunas veces, cuando se explora el sueño, aparecen polaridades que necesitan ser trabajadas con la técnica de la silla vacía; estas pueden ser conflictos no resueltos, diálogos con

personajes importantes en la vida de la persona; es decir, en el trabajo integrador de los sueños, se pueden aplicar las demás técnicas gestálticas (Carabelli, 2013).

El soñante es el autor de su historia que vive durante horas de descanso; por ello, es responsable, aunque no siempre lo acepta; sin embargo, durante el proceso onírico no hay conciencia porque sus sueños no llevan intencionalidad; en ellos no hay sentimientos de culpa ni introyectos. No obstante, algunos sueños causan intranquilidad a la persona, confusión y angustia; esto sucede según el grado de sugestionabilidad del soñante, aun cuando él es responsable de proyectar sus necesidades anheladas y no resueltas en los sueños; cada elemento o figura le pertenecen; de esta manera, el trabajo de sueños en Gestalt lleva al soñante que sea él mismo quien retroalimente activamente el trabajo terapéutico; la aprobación o desaprobación le pertenecen, él es responsable de sus acuerdos y el terapeuta no emite juicio alguno sobre ellos.

En el trabajo con sueños, el relato del sueño se realiza en tiempo presente y en primera persona, con lo cual, desde el principio, la persona, asume su responsabilidad. De esta manera, la persona soñante es dueña de sí misma, aunque sienta el acompañamiento del terapeuta, quien va guiando el trabajo desde la perspectiva del paciente, no desde su interpretación personal. Una vez que se ha trabajado el sueño de la persona y establece contacto con sus emociones que el relato provocó, se da la integración del *Self*; o, dicho de otra manera, el crecimiento de la personalidad.

En el trabajo con sueños, uno de los conceptos básicos que valora la Gestalt es el lenguaje no verbal, lo que el cuerpo expresa no siempre es expresado con palabras; puede ser que lo dicho sea falso; mientras que, la expresión corporal siempre va a ser auténtica y sólo se da en el aquí y ahora. Cuanto más se está en contacto, tanto más surgirán sensaciones e intuiciones que harán que a cada pregunta que se realice permita a la persona encontrar su mensaje existencial; siendo este, la información que surge del inconsciente y que, durante el proceso onírico, al bajar las defensas yoicas, aparece en la conciencia en forma de película o proyección, llamada sueño. Esta información oculta devela una necesidad insatisfecha, una situación que necesita ser atendida para liberar la energía contenida en el paciente; al igual, puede ser un deseo no escuchado que al ser soñado provoca satisfacción.

Por otra parte, el terapeuta necesita estar en contacto consigo mismo para permitirse ir y venir del contacto entre él y el paciente. Para trabajar con sueños, el terapeuta Gestalt se vale de procedimientos técnicos para obtener resultados satisfactorios.

Los pasos para el manejo de los sueños no se llevan a cabo como una receta, ya que el proceso se tornaría rígido, sino se debe realizar como decía Perls: “El terapeuta es un creativo que necesita darse permiso para descubrir su propio estilo”.

Estos pasos son básicos, aunque no los únicos:

1. *Historia verbal del sueño*. El soñante relata su sueño tal y como lo recuerda, ya sea el relato completo o en fracciones, como lo recuerde.
2. *Volver el sueño a la vida*. Se le pide al soñante que relate el sueño, pero ahora en primera persona y en tiempo presente como si estuviera soñando en ese momento, para ello se le pide que cierre los ojos y que respire de forma pausada para que se concentre. Si sucede que el soñante sólo recuerda pequeños fragmentos de su sueño, se le solicita que los integre en una sola historia. Si acaso se le dificulta cerrar los ojos, no hay un impedimento técnico para que relate su historia con los ojos abiertos.
3. *Dramatizar el sueño*. En esta etapa el soñante elige con cuál figura desea comenzar su vivencia. Para ello el terapeuta le pregunta qué figura del sueño le llama más la atención, o bien, cuál es la que más le desagrada o rechaza (Lowenstern, 2009).

En el proceso de manejo con sueños, para mejores resultados, se puede recurrir a otros métodos de trabajo con sueños, cada uno de ellos aprovecha la riqueza que proporciona la terapia Gestalt, aunados con la creatividad del terapeuta, para que el paciente vaya descubriendo sus propias respuestas derivadas de sus vivencias oníricas. Estos son algunos de los métodos:

1. *Silla caliente y silla vacía*. En donde, el soñante se sienta en la silla “caliente” y en la silla “vacía” ubica a la otra persona quien es el objeto o emoción del relato que eligió para trabajar. El soñante establece un diálogo con ella y de esa manera se identifica lo que proyectó, puede asumirlo como propio y contacta con la necesidad actual.
2. *Ir y venir*. Cuando el terapeuta escucha un cambio de tono de voz del paciente o que comente algo relevante, se le pide que lo repita tantas veces como sea necesario para que se escuche lo que ha manifestado o también que, después de pronunciar la frase agregue “y así es mi existencia”. Si el trabajo con sueños se realiza en un grupo, se le dice al paciente que repita la frase relevante directamente a cada compañero del grupo; a este ejercicio se le ha denominado “hacer la ronda”.

3. *Proyección-identificación*. La persona asume el rol del personaje soñado y habla como si fuera él, expresando sus emociones y armando su propia historia dentro del relato onírico. No es necesario que este nuevo relato guarde relación con la historia soñada, pues al ser una nueva proyección también proporciona información fresca al participante.
4. *Psicodrama*. Después de relatar el sueño y percibir el mensaje, puede incluirse al resto del grupo en su trabajo con el sueño. Para ello, cada participante elige un personaje u objeto que representar para luego, todos interactuar, incluso el soñante; cada uno de los participantes se va describiendo, relata qué función desarrolla desde su posición actoral; pueden hacerse preguntas entre ellos. También los integrantes del grupo descubren sus propios mensajes; además el mensaje inicial evoluciona de lo individual a un proceso de desarrollo grupal. Es una forma de valorar la experiencia presente, no interpretar y considerar más efectivo el trabajo a través de la acción. Se utilizan todos los recursos grupales, no sólo los del terapeuta; en este proceso, él sirve de guía para concluir el trabajo grupal del sueño.
5. *Seguir las sensaciones físicas*. Estas van surgiendo en la medida en que se va desarrollando el proceso del trabajo del sueño, y es el terapeuta quien debe hacerlas notar a la persona, pues estas son respuesta de lo que está sintiendo la persona en ese preciso momento. Trabajar con las sensaciones lleva al núcleo del conflicto que podría ocultarse en la figura aparente más sobresaliente.
6. *Repetir el sueño presente en primera persona*. Cuando el soñante relata sus vivencias oníricas, se le pide que agregue al final: “y así es mi existencia”, la tiene que repetir cuantas veces sean necesarias hasta que encuentre el significado o le cuadre con su historia. Cuando los sueños se comparten en grupo, producen aceptación y acercamiento entre los miembros del grupo donde se comparten. Mientras que los síntomas encierran los miedos o predisposiciones, trabajar con los sueños logra que estos se superpongan.

Para Perls los sueños repetitivos es una forma que tiene el inconsciente de cerrar aquellas situaciones que se hayan abiertas y a la que no se le ha dado la importancia necesaria; por ello, estos sueños llegan a convertirse en pesadillas (Lowenstern, 2009).

Con esta técnica es posible también trabajar otras situaciones que están causando conflicto a la persona, por ejemplo, la elaboración de duelos.

¿Quién soy aquí y ahora?

Se trata de que cada participante del grupo vaya presentándose uno tras otro de una forma “semioficial”, pues no se trata de una presentación habitual y formal. La presentación puede ahondar más en la persona del paciente; por ejemplo: Me llamo Juan, en este momento me siento nervioso, pero contento de encontrarme con ustedes porque sé que puedo encontrar cosas diferentes para sentirme bien. Se motiva al participante a que hable más sobre él, sobre sus sentimientos actuales y su relación en el grupo; en sí, que aflore la parte humana, sin clichés, sin deseos de atraer los “reflectores”, que vea su presentación en el grupo, no como una pasarela, sino como una oportunidad para expresar lo que no es capaz de decir en otros escenarios, ya sea por mantener su imagen de lo que quisiera ser o por temor o pena a ser juzgado. De esta forma, todos los participantes del grupo se presentan de una forma más personal y empiezan a vivir *aquí y ahora* (Moreau, 2009).

Continencia.

Son los contactos más íntimos que pueden suceder en las sesiones o talleres. Se trabaja con el cuerpo del terapeuta o el de la persona participante del grupo; el objetivo es generar sensaciones de recepción corporal. Algunas veces, luego de un trabajo muy fuerte, la persona necesita ser reparada y cuidada amorosamente. Un gran desgaste de energía del participante, que se ha abierto al dolor, puede ser compensado por un fuerte abrazo continente, durante un tiempo prolongado para que se sostenga y pueda llorar abiertamente. En ocasiones el terapeuta Gestalt debe ofrecer su cuerpo como continencia de estados emocionales muy intensos del paciente.

Algunas veces, no es la persona participante quien necesita el abrazo, sino otra persona del grupo, quien, al estar contemplando el trabajo de otro compañero, se sensibiliza. En estos casos, el terapeuta le ofrece una experiencia corporal reparadora con su cuerpo o se le pide que se deje contener por otro miembro del grupo que se sienta disponible. Al realizarse el abrazo, la persona contenedora se queda el tiempo que sea necesario hasta que el paciente se recupere. Es una sensación de contención muy cálida la que recibe.

En todo momento el terapeuta debe escuchar lo que el paciente necesita; la experiencia se completa cuando el paciente recibe o encuentra lo que espera y necesita recibir. Antes de ofrecerle apoyo mediante un abrazo, el terapeuta debe asegurarse qué es lo que necesita, para no dar en función de sus creencias, sino en función de las necesidades del paciente (Carabelli, 2013).

Talleres gestálticos

En forma general la terapia Gestalt es un enfoque de interrelación centrada en el contacto; por tanto, la regla general es trabajar a partir de este. La creatividad consiste en adaptar la psicoterapia a la situación (Castanedo, 1988). Esto conlleva a definir el tratamiento psicológico como una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico, donde un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de una persona o enseñarle las habilidades para hacer frente a los problemas cotidianos. El empleo de fármacos no es parte del tratamiento psicológico, aunque pueden combinarse cuando es necesario (Becoña y Cortés, 2010).

La terapia Gestalt puede ilustrarse claramente en el trabajo terapéutico en los talleres; en especial, cuando se aplican las técnicas diseñadas para el trabajo grupal. Esta modalidad de psicoterapia empezó a tomar fuerza, tanto que, en una conferencia dictada, en un Congreso de la American Psychological Association, publicada con el título “Talleres versus Terapia Individual”, Perls (1966; en Castanedo, 1988) declaró que había dejado la terapia individual y que solamente atendía de esta forma en casos excepcionales y de emergencia. Perls concluyó que, todas las terapias individuales eran obsoletas, y que debía integrarse este trabajo y el de grupo a los talleres; pero previene: “Esto da resultados con un grupo solamente si el encuentro del terapeuta con el paciente en forma individual, y dentro del grupo es efectivo” (p.127).

Las ventajas terapéuticas de los talleres no consisten solamente la parte económica, sino también de la fuerza terapéutica tal como lo mencionó Perls en la citada publicación:

En la situación de grupo ocurre algo que es imposible que ocurra en la entrevista privada. Para todo el grupo es obvio que la persona con angustia no ve lo obvio, no ve la forma de salirse del atolladero; no ve, por ejemplo, que toda su miseria consiste en una pura imaginación. A la luz de este convencimiento colectivo él no puede seguir utilizando su forma fóbica habitual de estar en desacuerdo con el terapeuta cuando no puede manipularlo. De alguna forma la confianza en lo colectivo parece ser mayor que la confianza en el terapeuta, a despecho de la tan referida transferencia. (p.127-128).

Entre una de las ventajas del trabajo con talleres, según Perls, es que en estos grupos vivenciales el terapeuta facilita el desarrollo individual, realizando experimentos colectivos en

donde la persona participante puede experimentar los efectos de sus acciones en el grupo. En el grupo se aprende a diferenciar entre “ayudar” y ofrecer un “verdadero soporte” y mejor aún, el grupo ayuda a percibir la manipulación a que recurren los miembros del grupo, y de esa manera ayuda al auto reconocimiento de la misma.

En su actividad terapéutica en grupos, Perls dejaba ver claramente su disponibilidad para el trabajo individual en el grupo, aunque sin forzar a nadie a incluirse. En esa situación, los miembros del grupo estaban “recibiendo” auto-terapia, cuando la diada terapeuta-paciente se encontraba trabajando.

Cualquier encuentro genuino de yo-tú necesariamente implica una interrelación experimental; es decir, llegar al proceso de descubrir. Así, los talleres consisten en aplicaciones de la psicología en la relación uno a uno, en experimentos y encuentros grupales. Estas modalidades tienen bases experimentales en la terapia Gestalt (Castanedo, 1988).

La terapia grupal con enfoque Gestalt, permite en mayor medida el tratamiento individual, el acercamiento del individuo a su núcleo fóbico, ya sea a través de la propia experimentación o como identificación del trabajo de los otros. En el seno del grupo se facilita el rescate de proyecciones, por eso mucha gente se resiste a participar en grupo porque es más “violatorio” el proceso (De Baranchuk, 1996).

Los talleres son experiencias exploratorias de un área o tema en particular que se desarrolla en un tiempo acotado (horas de trabajo) y para determinada cantidad de participantes. En este espacio se propicia la exploración de las capacidades personales a través de juegos dramatizados o ejercicios específicos. Se propone el ensayo de conductas nuevas para que los participantes tengan la oportunidad de descubrirse a sí mismos en situaciones experimentales. Los temas que se trabajan son muy variados, donde se realizan actividades grupales que tienen la ventaja del mutuo enriquecimiento al interactuar con cada participante.

En un taller gestáltico se da prioridad a la vivencia y a la práctica, la información teórica es mínima; se llega al conocimiento a través de las experiencias realizadas grupalmente. Las personas se abren al juego y a la exploración vivencial sin exigencias ni metas predefinidas. Cuando exploran situaciones imaginarias, con su cuerpo y su acción, las posibilidades de autodescubrimiento se multiplican. La herramienta más usada durante la exploración en el taller gestáltico es le *darse cuenta*; es decir, la propuesta es que cada persona descubra lo que es posibles hacer, sin que nadie lo interprete o lo enjuicie.

Un taller gestáltico debe considerar una estructura simple que, contiene básicamente cuatro etapas:

Introducción.

Es la apertura del taller, se necesita crear las condiciones más favorables para la experiencia que tendrá lugar más tarde. Se requiere compartir con el grupo el objetivo del taller, de que tratará y darles una idea del trabajo que se realizará. Es importante crear un clima de seguridad psicológica que permita a los asistentes abrirse a sus emociones.

Desarrollo de la exploración vivencial.

Esta es la parte central del taller; aquí se proponen los trabajos o experiencias al grupo para explorar el tema propuesto. Es importante que haya coherencia entre el título del taller, la experiencia central y las preguntas de la integración. Si bien no hay reglas ni prohibiciones para armar el taller, si hay pautas a considerar para crear un taller adecuado:

1. La exploración vivencial.
2. Las experiencias deben ser lo más simples posibles.
3. Las consignas deben ser claras y precisas.
4. La voz del coordinador debe ser clara y fuerte.
5. Es importante que los ejercicios del taller movilicen la energía, emoción o situación que se haya elegido explorar.
6. Estimar los tiempos de duración de los ejercicios.

En esta etapa los comentarios deben ser mínimos o ninguno, no es conveniente interrumpir la vivencia. Es un tiempo para la exploración y darse cuenta, cada participante debe abrirse a sus ritmos.

Integración de las vivencias y conclusiones.

Todas las experiencias, en la medida de lo posible, deben ser integradas a nivel personal y grupal. Es una etapa de cierre, de sacar conclusiones o de compartir lo aprendido. Por lo tanto, no generar situaciones nuevas.

Cierre de la experiencia.

Es el broche final. Esta etapa debe tener coherencia con la experiencia, con el nombre del taller y la pregunta orientadora del paso anterior. Conviene que la finalización sea vivencial, con

o sin música, preferentemente corporal y siempre grupal, pueden cantar una canción y tomarse de las manos, etcétera.

El o los facilitadores se despiden de las personas con las que compartieron la experiencia; donde seguramente, cada participante se abrió emocionalmente hasta donde pudo y seguro que generó situaciones de encuentro. Las despedidas incluyen el agradecimiento mutuo y el deseo de que lo aprendido contribuya, de alguna manera, al bien de todos. Por último, el facilitador agradece la entrega y participación de los presentes (Carabelli, 2013).

¿Por qué terapia Gestalt?

La terapia Gestalt, llega como una alternativa terapéutica que no necesita mantener por muchos años al paciente en terapia, esta característica la hace más accesible. Sus técnicas favorecen la expresión de impulsos y sentimientos auténticos, los que generalmente encuentran obstáculos en el paciente adicto; ya que la expresión nunca ha sido su fuerte; asimismo, también facilita tomar contacto con aquello que se está evitando, por lo regular son muchos debeísmos y manipulaciones que el individuo no quiere reconocer.

Esta terapia parece muy confrontadora. Con la preponderancia del lenguaje personal versus lenguaje impersonal, se insta al paciente adicto a responsabilizarse de lo que está diciendo y sintiendo (lo que muchas veces no sucede en él), al expresar sus emociones y sentimientos por tanto tiempo reprimidos, puede provocarle diversos sentimientos; sin embargo, este es el estado idóneo para iniciar con una transformación.

Gran parte del trabajo del terapeuta Gestalt, en este estudio, es facilitar que el paciente reconozca su adicción al alcohol y exprese sus emociones y sentimientos; pues sólo si, la persona acepta su estado y reconoce la necesidad de ayuda, puede empezar a hacer cambios en su vida. El terapeuta, lo apoyará a reconocer sus necesidades físicas y formas de comunicación, a integrar las polaridades y a reconocer las delimitaciones entre yo y tú, entre lo que es y fue; apoyará la emergente expresión de sentimientos y de entendimiento, para terminar situaciones inconclusas y lograr paulatinamente que la energía fluya a través del ciclo de la experiencia.

Por ello, es importante, en Gestalt, considerar la dependencia sólo como un aspecto del *yo-mismo funcional*, y así entrar con el paciente en una relación *yo-tú*; es decir, de persona a persona y no en una relación yo-ella; es decir, una relación con la dependencia (Degrott y Gottsbacher, 2004). Dichos procedimientos técnicos los confirma Giraldo (2009) quien asegura que, cuando

un terapeuta Gestalt trabaja con un drogodependiente, lo acompaña en su proceso del desarrollo de la conciencia, en el darse cuenta, en la focalización de la vivencia presente, en el aquí y el ahora; erradicando todo discurso intelectual y dirigiendo el trabajo terapéutico a la responsabilidad de los actos y decisiones del paciente.

A diferencia de otros enfoques, la Gestalt va directamente a lo profundo de las emociones y sentimientos de la persona adicta. El terapeuta Gestalt puede “escarbar” en aquellas emociones reprimidas por el adicto que presenta una cara de “no pasa nada”, “soy el terror de todos”; sin embargo, es un ser que está sufriendo por dentro; ni él mismo no sabe por qué se alcoholiza o droga sin control. Es en esta parte que, la característica *humanidad* del terapeuta Gestalt es fundamental para manejar favorablemente el proceso terapéutico; quien supone un cuidado e interés por su paciente en un plano personal y afectivo. El terapeuta se pone a disposición del paciente para compartir sus reacciones afectivas para su beneficio y crecimiento; de tal manera que el paciente se sienta acompañado en este proceso; en este sentido, el terapeuta puede hablarle de sus experiencias personales cuando es pertinente y adecuado al momento de la intervención. También una simple reacción natural y espontánea del terapeuta es mucho más valiosa que su interés y afán terapéutico (Martín, 2011). Es decir, cuando casi todo el mundo le ha dado la espalda al adicto, hoy más que nunca necesita que un ser humano lo escuche y que esté dispuesto a ser parte de su proceso de recuperación. El enfoque Gestalt es una de las técnicas de intervención, sino es que la única, que permite el contacto físico entre terapeuta y paciente. Un abrazo dado, por el terapeuta o el paciente, en el momento adecuado, “alivia” más que un largo discurso.

La teoría humanista y el enfoque Gestalt tienen la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, que enfatiza en la observación no manipulativa de la conducta en *el aquí y ahora* para enfocarse en la toma de conciencia de la persona, para que autodescubra sus posibilidades, y así, satisfaga sus necesidades; es decir, que encuentre por sí misma la solución a sus problemas existenciales para asumir su responsabilidad de manejar su propia vida.

Como ya lo mencionó Stevens (1985; en Giraldo y Cuervo, 2009), la terapia grupal aporta grandes beneficios a los individuos que participan:

La herramienta básica del trabajo grupal gestáltico es el experimento, el cual se define como: “...una intervención sistemática planificada que surge a partir de la experiencia del aquí y

ahora...Un experimento que funcione bien, aumenta la conciencia de sí mismo, la propia expresividad e intensifica el contacto (p.73).

En relación a este estudio, se cree que la intervención Gestalt puede influir directamente en la autoestima baja de los individuos pues la variable autoconcepto está asociada con el consumo de alcohol y tabaco (Contreras et al., 2008).

Considerando los anteriores elementos teóricos para este trabajo de influencia en el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos, en el siguiente capítulo se presenta el proyecto que sustenta la intervención a través de un taller gestáltico dirigido a usuarios alcohólicos en situación de residencia.

Capítulo 4. Método

Justificación

En el marco de la conferencia *Perspectiva Binacional del Uso de Drogas*, el ex rector de la UNAM Juan Ramón de la Fuente hizo énfasis respecto al aumento del consumo de ciertas drogas en México, las cuales han tenido un impacto importante en la juventud mexicana; pero aclaró que, “La mariguana no es, como se cree, la droga de acceso a otras drogas, sino que está demostrado que es el alcohol, una droga lícita, la que lleva a más jóvenes a experimentar drogas prohibidas” (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2016). Esta declaración hace pensar que, si bien, no siempre es posible evitar que las personas sean presas de la adicción a drogas, si es posible enfrentar la adicción mediante planes de prevención y/o tratamiento.

En este sentido, el problema del alcoholismo en México es multifactorial; sin embargo, el presente estudio sólo se enfoca en la importancia que tienen las autopercepciones en la actitud hacia el consumo abusivo de alcohol en los individuos; pues como lo confirman algunos estudios, el consumo de sustancias adictivas incluyen tanto variables sociales como variables individuales, siendo el autoconcepto/autoestima una de las variables relacionadas con el consumo de estas sustancias (Huba y Bentler, 1982; en Márquez y Garatachea, 2013). Asimismo, otro estudio demostró que son diversas las razones por las que los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de alcohol, entre otras está el autoconcepto (Hernández et al., 2015).

Ante este panorama, se eligió la realización de un taller donde se aplican técnicas psicológicas con enfoque Gestalt con el fin de conocer la influencia de la intervención en el autoconcepto y actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos. Para ello, se consideran las características de la población, quienes tienen problemas con su manera de beber alcohol y se encuentran en situación de residencia, principalmente. El taller “De Oruga a Mariposa”, fomenta la expresión de emociones y sentimientos en el presente, así como el reconocimiento de responsabilidades, entre otros factores. Las áreas que se trabajan, por el autoconcepto son: *Social, Emocional, Ética, Ocupacional e Iniciativa* y por la actitud hacia el alcohol: *Actitud Permisiva, Facilitación Social, Actitud Evasiva, Actitud Preventiva y Consecuencias Negativas*. Considerando que, las cinco áreas del autoconcepto requieren desarrollarse en los participantes. Mientras que, las tres primeras de la actitud hacia el alcohol, se necesitan disminuir y las dos últimas, se requieren desarrollar (ver anexo 2 y 3).

Por lo tanto, con la realización de este taller, es posible conocer la influencia de la intervención gestáltica en las variables autoconcepto y actitud hacia el alcohol en individuos adictos a esta sustancia, ya que son escasos los estudios que han abordado esta problemática desde el enfoque Gestalt. En este sentido, el taller “De Oruga a Mariposa”, ofrece una alternativa basada en técnicas gestálticas, las cuales pueden integrarse a otras estrategias de intervención terapéutica, no solamente en los centros tipos en donde se realizó el taller. Es decir, el taller podría ser realizado en otros escenarios, con individuos que sufren la enfermedad del alcoholismo y que reconozcan que necesitan ayuda. En este sentido, se pretende que las técnicas Gestalt sean una alternativa de intervención, que ayude a los individuos a recuperar nuevamente los deseos de vivir y la confianza en sí mismos y, por ende, influir de alguna forma en su actitud hacia el alcohol.

La investigación es viable, pues se disponen de los recursos teóricos, técnicos y humanos para obtener resultados confiables; además, el alcance de la investigación es alentador, pues existen muchos centros de tratamiento de las adicciones en la Ciudad de México, en donde hace falta intervención psicológica; de hecho, es un requisito que deben cumplir estos espacios, y que actualmente marca el IAPA. Asimismo, no se descarta la posibilidad de implementar el taller en instituciones educativas a nivel secundaria y bachillerato para hacer trabajo de prevención de adicciones a sustancias en los jóvenes.

Se cree que la teoría Humanista representada por Carl Rogers, una psicoterapia centrada en la persona, puede influir en el autoconcepto y, por ende, en la actitud que las personas tienen hacia el alcohol; pues esta, emplea un método terapéutico que está basado en las tendencias de la persona al crecimiento, la salud y la adaptación. Esta terapia representa un medio que permite a la persona recuperar su curso normal de desarrollo, para lo cual se insiste más en las emociones que en el intelecto y más en las situaciones vitales inmediatas que en el pasado. En el contexto de la teoría humanista se entiende que las personas tienen problemas, pero también poseen una capacidad innata para entender su situación y los factores de la vida que le acarrearán penas y desdichas; las personas también pueden reorganizarse, de tal manera que, puedan superar sus conflictos (DocSlide, 2015).

Planteamiento del problema/pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención?

Objetivos

Objetivo general.

Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención.

Objetivos específicos.

1. Conocer el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol en el Grupo de Intervención y en el Grupo de Control, mediante los instrumentos Autoconcepto de Jorge La Rosa, (1991) y ACTICOL-92, de Pons y Berjano (1999), en la primera evaluación.
2. Realizar el taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el Grupo de Intervención.
3. Conocer el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol en el Grupo de Intervención y en el Grupo de Control, mediante los instrumentos Autoconcepto de Jorge La Rosa, (1991) y ACTICOL-92, de Pons y Berjano (1999), en la segunda evaluación.
4. Modificar el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol en los individuos del Grupo de Intervención una vez aplicado el taller gestáltico; respecto a los de, los individuos iguales del Grupo de Control, que no recibió la intervención.

Hipótesis de trabajo

El taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” produce cambios en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones, respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención.

Variables

Variable Independiente. Taller psicoterapéutico.

Definición conceptual: Un taller psicoterapéutico es un espacio vivencial; es decir, para experimentar, no es un espacio de reflexión (Carabelli, 2013). En este espacio se realiza

psicoterapia de grupo, en donde se engloban determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o más terapeutas estimulan la labor autocentrada de los miembros, para lo cual se recurre a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las que actúan sobre los individuos y el grupo (González, 1999, p. 10).

Definición operacional: El taller está conformado por los usuarios alcohólicos y por un facilitador. El facilitador (el autor del presente estudio) aplicó el pretest y el postest; asimismo, guió las sesiones durante la intervención, aplicó las técnicas Gestalt y participó en las vivencias de ellas cuando fue necesario y pertinente. Las sesiones fueron tres por semana y con duración de 90 minutos, durante nueve sesiones de intervención y dos para aplicación de cuestionarios. A pesar de que, inicialmente estaba contemplado trabajar con un número determinado de usuarios, la cantidad fue variable en casi todas las sesiones.

Variable Dependiente. Autoconcepto.

Definición conceptual: “En términos generales, el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social” (Byrne, 1984; en La Rosa, 1986).

Definición operacional: Se evaluó el Autoconcepto, antes y después de llevar a cabo el taller, con la escala multidimensional adaptado a la cultura mexicana, Autoconcepto de Jorge La Rosa; mediante cinco dimensiones: *Social, Emocional, Ética, Ocupacional e Iniciativa*.

Variable Dependiente. Actitud hacia el alcohol.

Definición conceptual: En el contexto de la actitud hacia el alcohol, es definida como la actitud que presentan los adolescentes ante esta droga en términos de *facilitación social, actitud evasiva y actitud permisiva* (percibidas como actitudes positivas) y *consecuencias negativas y actitud preventiva* (percibidas como actitudes negativas) (Pons, 2001).

Definición operacional: Se evaluó la actitud hacia el alcohol, antes y después de llevar a cabo el taller, con la escala ACTICOL-92 de Pons y Berjano; mediante cinco dimensiones: *facilitación social, actitud evasiva, actitud permisiva, consecuencias negativas y actitud preventiva*.

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es *cuasiexperimental*, con *diseño pretest y posttest* con dos grupos independientes. La regla de asignación, el criterio que se siguió para asignar a los sujetos a la condición experimental, nunca fue aleatoria, pudiendo ser desconocida. Se contó con un grupo de intervención que recibió el tratamiento y un grupo control que no lo recibió, y que sirvió para controlar los cambios observados en el grupo de intervención provocados por ese tratamiento aplicado y no por otras variables (Fidalgo, 2001). Es *longitudinal*, pues se caracterizó por repetir y registrar un conjunto de medidas en una o más medidas de observación en distintos periodos temporales. Asimismo, es *analítico* porque tiene la finalidad de evaluar una diferencia entre ambos grupos, derivado de un tratamiento que puede prevenir o mejorar una situación clínica (Argimon, y Jiménez, 2004).

El análisis es cuantitativo y cualitativo; para el primero, se aplicó la prueba de U de Mann Whitney para muestras no relacionadas y la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas.

Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones de los centros para la atención de las adicciones “Volver a Nacer” y “Emperadores Tulyehualco”, entre enero y marzo de 2017; ubicados al sureste de la Ciudad de México. Son dos grupos cautivos en igualdad de condición clínica, son grupos *naturales*¹⁰ cuyos usuarios forman parte de los grupos y se benefician de estos; albergan personas en recuperación por alcoholismo y drogadicción; quienes cuentan con escolaridad de primaria a preparatoria y, aparentemente, la mayoría es de bajos recursos económicos. Estos centros cuentan con más personas que los habitan en calidad de residentes (*anexados*³), así como un responsable.

Los dos centros cuentan con reconocimiento o registro ante el IAPA. Ambos centros trabajan con un modelo *mixto*⁸; es decir, combinan el programa de ayuda mutua (pláticas de alcohólicos en recuperación) con los servicios profesionales de médicos y psicólogos; sin embargo, hasta el momento de realizar el estudio, los dos grupos no habían recibido servicio profesional de psicología en los últimos meses.

En relación al trabajo terapéutico, se procura que en el espacio en donde se trabaja con el Grupo de Intervención, sólo estén los participantes y el facilitador. Los participantes disponen de 90 minutos por tres días de la semana para el trabajo en el taller.

Muestreo

Muestreo no probabilístico y de conveniencia. Es *no probabilístico*, porque no usa el muestreo aleatorio. El énfasis reside en la persona que hace el muestreo y que puede acarrear consigo complicaciones nuevas e importantes. Esta persona debe ser conocedora de la población que estudia; así como del fenómeno en estudio (Kerlinger y Lee, 2002). Es de *conveniencia*, porque se seleccionan los casos que están disponibles en el momento en el que se lleva a cabo el estudio; por ejemplo, personas voluntarias, gente que se concentra en un lugar, los que salen del transporte metro, etcétera (Fontes et al., 2010). En esta investigación, se seleccionan lo sujetos que se encuentran en un grupo *natural* y que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterio de inclusión de los participantes.

1. Personas con antecedentes de consumo de alcohol.
2. Ser residentes en alguno de los dos centros de atención de adicciones (Grupo de Intervención y Grupo de Control) con reconocimiento o registro ante el IAPA.
3. Trabajar con el programa de ayuda mutua de los 12 pasos de A.A. (escuchar pláticas de *compartimientos*⁹ y de temas de la literatura de A.A., realizar *servicios*¹ en su grupo)
4. Compartir la misma adicción y tener entre 18 y 60 años.
5. Tener la disponibilidad y el tiempo para participar en las sesiones del taller.

Criterio de exclusión de los participantes.

1. Presentar una discapacidad intelectual grave o profunda, física (motora), visual y auditiva profunda o algún trastorno neurocognitivo. Puesto que la terapia Gestalt es dinámica y vivencial, todo el organismo debe de funcionar.
2. Personas consideradas agresivas e incapaces de participar, ya sea por conductas inadecuadas o que representen un riesgo para la seguridad de los demás participantes y del facilitador.

Sujetos

La muestra estuvo constituida por diez sujetos varones en situación de residencia en un centro de atención de adicciones; cinco en el Grupo de Intervención y cinco en el Grupo de Control, con edades entre 21 y 50 años, en igualdad de condición clínica y que, no habían recibido ayuda profesional psicológica en los últimos meses.

Instrumentos

La Escala de Autoconcepto del Dr. Jorge La Rosa, 1986.

Es una escala de tipo diferencial semántico que mide el significado de las palabras por medio de una escala bipolar compuesta por dos adjetivos antónimos (Díaz, 1992; en Flores y Maldonado, 2002). Entre estos dos adjetivos, existe un continuo de siete líneas, la línea próxima al adjetivo indica que esa característica se posee en mayor grado; es decir, estos adjetivos son autodescriptivos. Además, los reactivos están mezclados en forma aleatoria, tanto en lo que se refiere a las dimensiones del autoconcepto como a la direccionalidad de los adjetivos; es decir, el extremo positivo y el negativo están, tanto en el lado derecho como en el izquierdo (La Rosa, 1986).

Confiabilidad de las subescalas.

La Rosa, (1986) calculó el índice de consistencia interna (Alpha de Cronbach) de cada una de las subescalas y de la escala global del instrumento. Ver *tabla 3*.

Tabla 3. *Consistencia interna de las subescalas del Autoconcepto de La Rosa, 1986*

Subescala	No. de reactivos	Alpha de Cronbach
Social 1 (Sociabilidad afiliativa)	10	0.85
Emoción 1 (Estados de ánimo)	8	0.86
Social 2 (Sociabilidad expresiva)	8	0.85
Emoción 2 (Afectiva)	6	0.81
Ocupacional	8	0.80
Emoción 3 (Salud emocional)	9	0.76
Ética	6	0.77
Iniciativa	5	0.71
Social 3 (Accesibilidad)	4	0.65
Autoconcepto global	64	0.94

La escala consta de 64 reactivos, mide cinco dimensiones fundamentales del autoconcepto: *Social*, *Emocional*, *Ética*, *Ocupacional* e *Iniciativa* (Serrano, 2004). El índice de confiabilidad para la escala completa es $\alpha = 0.94$ (La Rosa y Díaz, 1986).

Al final, los reactivos que incluye cada factor son los siguientes:

Social: 1, 3, 4, 6, 9, 13, 17, 28, 32, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 55, 56, 58, 62, 63.

Emocional: 2, 5, 11, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 30, 31, 33, 35, 36, 38, 45, 52, 54, 57, 59, 61, 64.

Ético: 8, 10, 12, 19, 27, 48.

Ocupacional: 7, 18, 23, 25, 29, 34, 39, 51.

Iniciativa: 26, 41, 47, 53, 60.

Para fines evaluativos, las líneas entre los adjetivos de izquierda a derecha van del 1 al 7; de esta manera, si el individuo contesta en la quinta línea, obtendrá la puntuación de 5. Mientras que, las líneas entre la central y las extremas muestran la direccionalidad del adjetivo en cantidad *poco, bastante o muy* (Salmeron, 1992).

En función de la direccionalidad de los reactivos, se recodificaron estos: 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 16, 18, 21, 22, 23, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 43, 46, 48, 49, 51, 54, 56, 58, 59, 61, 62 y 63. De la siguiente manera: 1=7, 2=6, 3=5, 5=3, 6=2 y 7=1.

La calificación en la línea central indica que, el sujeto considera el estímulo como neutro, que la relación y asociación es equivalente para los dos adjetivos opuestos o que esta no es significativa (Flores, 2002).

Para obtener la calificación por dimensiones se suman los puntajes de cada reactivo que la constituyen. También se puede obtener la calificación total (Salmeron, 1992).

Enseguida se explican brevemente cada una de las dimensiones:

Social.

Se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y es universal porque abarca tanto las relaciones familiares y con amigos como la manera en que una persona se interrelaciona con sus jefes o subalternos, conocidos o no. Se cree que en esta dimensión radica la fuerza mayor y la primera justificación de las escalas relacionadas con la dimensión Social, la cual está representada por los factores 1, 3 y 9. La social 1 es llamada “Sociabilidad afiliativa” porque especifica en el polo positivo el estilo afiliativo de relacionarse con los demás. La social 2 es denominada “Sociabilidad expresiva” porque se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social. La social 3 denominada de “Accesibilidad” es el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se acercan los demás con confianza porque podrán contar con su comprensión (La Rosa, 1986).

Emocional.

Abarca los sentimientos y emociones de uno considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de su sanidad o no. La dimensión Emocional está justificada primeramente por el proceso de construcción de la escala: las dimensiones estados de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional. La subdimensión Emocional 1 llamada “Estados de ánimo” caracteriza la vida emocional intraindividual; es decir, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. La subdimensión Emocional 2 considera los “Sentimientos interindividuales”; es decir, el “otro” es el objeto de los sentimientos personales. Y la subdimensión Emocional 3 denominada “Salud emocional” enfoca los aspectos intraindividuales e interindividuales desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental (La Rosa, 1986).

Ética.

Concierno al aspecto de la congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada (La Rosa, 1986). Mientras que Allport (1976, en La Rosa y Díaz, 1991), observa cómo hay un saludable sentimiento de culpa cuando el individuo no es congruente con los valores que elige y que la anomalía representa no sólo un serio daño mental para el individuo, sino también una amenaza permanente para la sociedad.

Ocupacional.

Una de las ventajas de esta dimensión es su generalidad; pues se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del estudiante, profesional, funcionario, trabajador, etcétera (La Rosa, 1986).

Iniciativa.

Se refiere a si la persona tiene o no la capacidad de iniciarse en los diferentes campos de la actividad humana, incluso lo social (sumiso-dominante) (La Rosa, 1986). Esta subescala verifica la capacidad del individuo en situaciones sociales y por eso se asemeja y corresponde, en parte, a subescalas que miden el liderazgo. Desde otro punto de vista, la iniciativa puede referirse a una característica de la personalidad que se aplica al estilo, en cuanto a cómo el individuo desempeña sus actividades u ocupación (Salmeron, 1992).

Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92) de Pons y Berjano, 1999.

De acuerdo a Pons y Berjano (1999; en Ozuna, 2014), la escala ACTICOL-92 mide las actitudes hacia el consumo de alcohol de los adolescentes; las que incluyen, sus percepciones y creencias respecto a la percepción de desajuste de la conducta de abuso, permisividad hacia el consumo habitual de alcohol, las consecuencias negativas derivadas de su consumo, la facilitación social o creencia de que el alcohol es un medio para socializar y las creencias de que su consumo reduce el estrés.

Este instrumento evalúa cinco actitudes hacia el alcohol en adolescentes, tres que representan actitudes positivas (Actitud Permisiva, Facilitación Social y Actitud Evasiva) y dos a las actitudes negativas (Actitud Preventiva y Consecuencias Negativas). El instrumento consta de cinco factores, distribuidos en 32 ítems que se deben responder mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta: “totalmente de acuerdo”, “bastante de acuerdo”, “bastante en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”; el puntaje mínimo es de 32 y el máximo de 128 (Moya et al., 2008).

De acuerdo a Pons y Berjano (1999), la distribución de los reactivos está estructurada de la siguiente manera:

Actitud Preventiva: 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31 y 32.

Actitud Permisiva: 1, 6, 9, 14, 20 y 27.

Consecuencias Negativas: 4, 5, 8, 10, 12 y 13.

Facilitación Social: 3, 7, 11, 16 y 29.

Actitud Evasiva: 2, 15, 26 y 30.

Enseguida se explican brevemente cada una de las subescalas, según Pons (2001):

Actitud Preventiva.

Este factor recoge concepciones alusivas a la necesidad de establecer medidas preventivas del abuso de alcohol, así como la existencia de relaciones entre esta conducta y determinadas variables indicadoras de desajuste social. El adolescente que puntúa alto en este factor está reconociendo en el abuso de alcohol un tipo de conducta socialmente desajustada, al contrario de quien obtuviera puntuaciones bajas.

Actitud Permisiva.

En este factor se reagrupan los ítems que aluden a la permisibilidad ante el consumo de bebidas alcohólicas. Una alta puntuación en este factor estaría relacionada con el mantenimiento de actitudes indulgentes ante el consumo abusivo de bebidas alcohólicas. En cierta manera, el aparente efecto de mayor diversión y animación, provocado por la ingesta de alcohol, justifica su uso con una actitud permisiva.

Consecuencias Negativas.

Aquí se concentran ítems que hacen referencia a las creencias alusivas a las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol. Una puntuación elevada reflejaría el reconocimiento de que la ingesta continuada de bebidas alcohólicas acarrea el riesgo de determinados efectos negativos de carácter social y sanitario, expresados de manera genérica.

Facilitación Social.

Factor que hace alusión a la percepción de las bebidas alcohólicas como facilitadoras de la interacción social. Se infiere que las puntuaciones altas corresponderían a quienes perciben el alcohol como un facilitador de las relaciones sociales y de la integración grupal. El hecho de ingerir alcohol puede significar para algunos adolescentes una manera de integrarse más fácilmente en su grupo de iguales y de establecer determinado grupo de relaciones sociales; motivados, en ocasiones, por los efectos desinhibidores derivados de su consumo.

Actitud Evasiva.

Los ítems de este factor giran alrededor de una percepción del consumo de alcohol basada en la indulgencia y en la minimización de sus consecuencias negativas, pero apoyada sobre todo en la “justificación” aportada por sus efectos evasivos. El efecto de refuerzo negativo ocurrido como consecuencia de los efectos ansiolíticos del alcohol, estaría en la base de este tipo de creencia.

De acuerdo a los datos proporcionados por Ponce y Ecurria (2011, en Ozuna, 2014), este instrumento ha sido utilizado en adolescentes escolarizados de España, encontrando un Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.84.

Materiales.

Cuestionarios.

Estos incluyen, a la cédula de datos personales, la escala del Autoconcepto y la escala de Actitud hacia el Alcohol. Ver anexo 1, 2 y 3.

Carta de consentimiento informado para el participante.

Este documento informa al participante el objetivo del taller, la duración estimada, los procedimientos, su derecho a rehusarse a participar una vez que haya comenzado el taller, las consecuencias previsibles por retirarse; así como los beneficios por participar, del objetivo y manejo de información, del resguardo de su información personal; del derecho de contactar a alguien para preguntar por la investigación. Una vez que esté de acuerdo, está en la libertad de participar voluntariamente o no (Facultad de Psicología de Buenos Aires, s.f.). Ver anexo 4.

Taller gestáltico “De Oruga a Mariposa”.

Este taller fue diseñado por el autor del presente estudio, Francisco Guillermo Martínez Martínez (2017), exclusivamente con técnicas Gestalt y dinámicas grupales, seleccionadas para fortalecer las relaciones interpersonales y favorecer el crecimiento personal del alcohólico, mediante el incremento de su autoconcepto y el logro de una actitud favorable hacia el alcohol que mejore su salud emocional. El objetivo es que, la persona que ha sufrido de los estragos del alcohol, que ha caído hasta el fondo, llegando, incluso a “arrastrarse”, sufra una metamorfosis, un cambio de actitud que lo lleve a un crecimiento como ser humano, que las “alas” de su autoconcepto lo eleven a las alturas que siempre soñó para sentirse libre y feliz; de ahí el nombre del taller.

El taller está construido por 11 sesiones, de aproximadamente 90 minutos cada una, con la recomendación de que sea conducido por un facilitador y por lo menos un observador. El objetivo del taller es cambiar el autoconcepto y favorecer una actitud saludable hacia el alcohol.

En la *primera sesión*, se presenta el taller, se da a conocer su objetivo, se presentan los realizadores, se conocen a los participantes, se establece el encuadre y se trabaja el rapport. Se firma el consentimiento informado y se convence a los participantes para integrarse.

En la *segunda sesión*, se crea un ambiente de confianza para explorar y mover las emociones de los participantes, la expresión reprimida y las relaciones interpersonales, se recomienda abordar su adicción; asimismo, se personaliza la participación para promover la toma de conciencia en el aquí y el ahora.

En la *tercera sesión*, se fomenta la exploración y la movilización de las emociones mediante la expresión sin censura. Se habla de las responsabilidades y el compromiso de cumplirlas.

En la *cuarta sesión*, se crea el sentido de responsabilidad de los actos de los participantes, mediante la empatía entre ellos y el reforzamiento de las relaciones interpersonales.

En la *quinta sesión*, los miembros del grupo entran en contacto entre ellos. Se desarrolla la polaridad inhibida entre los participantes para liberar la energía que se encuentra bloqueada; se recomienda el trabajo con alguna adicción.

En la *sexta sesión*, se expresan los sentimientos positivos entre ellos, para reforzar su autoconcepto positivo. Se accede a la conciencia de los participantes mediante un ejercicio lúdico con materiales plásticos, dibujan sus polaridades.

En la *séptima sesión*, se estimula la comunicación no verbal, se permite que el participante se identifique con un personaje u objeto actuado, para proyectar las características propias en él o aquello y recuperarlas como propias.

En la *octava sesión*, se fomenta la conciencia de sí mismo y de los sentimientos, se desarrolla la sensibilidad acerca de las personas y del entorno. Se trabajan los asuntos inconclusos mediante el diálogo entre polaridades, para reincorporarlas a la personalidad.

En la *novena sesión*, se mejora la confianza mutua y se refuerza la personal. Nuevamente, se trabajan los asuntos inconclusos, mediante el diálogo entre polaridades para reincorporarlas a la personalidad.

En la *décima sesión*, se construyen puentes de comunicación entre el “yo” y el “tú”; se establece contacto con las emociones que el relato de sueños provoca para integrar el self.

En la *onceava sesión*, se integran las vivencias y se obtienen a nivel grupal las conclusiones de estas. Finaliza el taller, no sin antes agradecer a los participantes y despedirse de ellos. Ver anexo 5.

Cartas descriptivas.

En ellas se establece el nombre del taller, el número de sesiones, las fechas y horarios de las sesiones. Así como el objetivo general, los objetivos específicos, las actividades a realizarse por cada sesión, los materiales a utilizar y él o los responsables de conducir el taller. Ver anexo 5.

Procedimiento

1. Se revisó una extensa bibliografía para conformar el marco teórico con base en el objetivo general y específicos del presente estudio.
2. Se seleccionaron las técnicas gestálticas adecuadas para los objetivos del taller.
3. Se realizaron las cartas descriptivas para la organización del taller; considerando el número de sesiones.

4. Se buscaron los dos centros de atención de las adicciones, que conforman el Grupo de Intervención y el Grupo de Control.
5. Se presentó el proyecto de trabajo a los representantes de los dos centros, justificando la pertinencia de realizar el taller en un lugar con esas características.
6. Se dieron a conocer los criterios de inclusión y exclusión a los responsables de ambos grupos para que, indicaran al facilitador las personas candidatas para participar.
7. Se conformaron las dos muestras con los sujetos cautivos, en igualdad de condición clínica, presentes en cada uno de los grupos naturales.
8. Los participantes de ambos grupos, firmaron el consentimiento informado.
9. Por separado, se aplicó el pretest al Grupo de Intervención y al Grupo de Control, mediante los instrumentos mencionados, con una diferencia no mayor a un día. Los participantes pertenecieron a grupos independientes; ello, con el fin de evitar la posible “contaminación” por variables extrañas durante la aplicación del tratamiento y convivencia diaria entre los participantes. Los cuestionarios se respondieron directamente de forma auto administrada y fueron recuperados tras su aplicación.
10. Se realizó el análisis estadístico del pretest, de los instrumentos aplicados a los dos grupos, con el fin de saber en qué condiciones iniciaron.
11. Se realizó el taller gestáltico en el Grupo de Intervención, durante nueve sesiones, con una duración aproximada de 90 minutos (tres por semana). Se fomentó mantener el rapport y se siguió al pie de la letra la aplicación de las técnicas Gestalt. Las actividades de las sesiones están en las cartas descriptivas. Ver anexo 5. Se tomaron notas de las situaciones más relevantes ocurridas en cada sesión para el análisis cualitativo.
12. Se aplicó el postest al Grupo de Intervención y al Grupo de Control, mediante los instrumentos mencionados.
13. Se realizó el cierre del taller, no sin antes solicitar a los participantes que externaran los posibles beneficios recibidos.
14. Se analizaron los resultados pretest y postest, tanto a nivel cuantitativo (mediante U de Mann Whitney y Wilcoxon) como a nivel cualitativo (incluye análisis grupal e individual de las sesiones y análisis por participante del grupo de Intervención).
15. Por último, después del postest, se aplicó el taller gestáltico al Grupo de Control, sin realizar ninguna evaluación posterior, como una manera de agradecer su participación.

A continuación, se presentan los resultados encontrados en el presente estudio. Con respecto a las variables sociodemográficas y los criterios de inclusión, se realiza un análisis cuantitativo con los datos de los diez participantes de ambos grupos. Se compara estadísticamente el pretest y el posttest, en función de los factores del Autoconcepto y de la Actitud hacia el Alcohol, en cada uno de los grupos y entre los grupos.

Por último, se realiza un análisis cualitativo del proceso terapéutico en el taller gestáltico; además de hacer un análisis por cada uno de los participantes del taller. Para el análisis tanto cuantitativo como cualitativo, se utilizaron los datos resultantes del cuestionario y de los instrumentos contestados por los participantes del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.

Capítulo 5. Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el Autoconcepto y Actitud hacia el Alcohol en personas alcohólicas residentes en un centro de adicciones, con respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención. Para ello, se aplicaron técnicas Gestalt para atender a los factores relacionados con estas dos variables. Se aplicaron escalas para medir el Autoconcepto y la Actitud hacia el Alcohol y se compararon las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención, en función de estas dos variables. Estos resultados se analizan y se presentan de manera cuantitativa y cualitativa por grupo; asimismo, se analiza el trabajo individual realizado por cada uno de los cinco participantes que recibió la intervención terapéutica.

El taller diseñado y desarrollado para la presente tesis se aplicó a un grupo de cinco personas, quienes representaron al Grupo de Intervención; esperando encontrar cambios en su Autoconcepto y en su Actitud hacia el Alcohol después de la intervención. Otras cinco personas que no recibieron intervención, representaron al Grupo de Control. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Versión 21 para Mac.

Para efectos de la intervención se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov para identificar que los dos grupos fueran homogéneos. Los resultados obtenidos dan la definición de normalidad; es decir los grupos son parecidos; por tanto, fue posible comparar a ambos grupos.

Se presenta el análisis de:

1. Las variables sociodemográficas.
2. Las variables del Autoconcepto pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.
3. Las variables de la Actitud hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.
4. El Autoconcepto Global pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.
5. El factor Actitud Positiva hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.
6. El factor Actitud Negativa hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.

7. Los resultados de los instrumentos Autoconcepto de La Rosa y Actitud hacia el Alcohol de Pons y Berjano.

Análisis cuantitativo

La muestra estuvo compuesta por diez personas, cinco pertenecientes al Grupo “Volver a Nacer”, que representó al Grupo de Intervención y cinco personas pertenecientes al Grupo “Emperadores Tulyehualco” que representó al Grupo de Control. Las aplicaciones pretest y postest se llevaron a cabo en los domicilios de ambos grupos y solamente se aplicó intervención terapéutica en el primer grupo.

Análisis sociodemográfico.

En este estudio participaron diez personas del género masculino. Sus edades fluctuaron entre los 21 y 50 años de edad; tres de ellos tienen entre 21 y 25 años, dos entre 26 y 30 años, tres entre 41 y 45 años, y dos entre 46 y 50 años de edad.

La escolaridad de los participantes se distribuyó en un rango de primaria a preparatoria; dos de ellos cuentan con primaria, mientras que el nivel secundaria y preparatoria se encuentra en igual proporción entre ocho participantes.

La mayoría de ellos inició el consumo de alcohol entre los 10 y 18 años; mientras que, uno de ellos inició después de los 18 años.

La mitad de los participantes consumía alcohol diariamente; tres participantes, ocasionalmente y sólo dos, en fines de semana. La bebida que más consumieron fue tequila; mientras que, los demás consumieron más de una bebida alcohólica; es decir, otros tipos. Dos participantes consumieron otras bebidas no mencionadas en el cuestionario (p. ej., alcohol de 96°) y sólo uno consumió cerveza.

La mayoría de los participantes consumía alcohol en combinación con varias sustancias, le siguen los que consumían alcohol con marihuana y el tabaco en iguales proporciones; alguien prefirió combinar alcohol con el activo, y sólo un participante no consumía otra sustancia cuando bebía alcohol.

La mayoría de los participantes ha acumulado de 1 a 20 *anexas* o residencias en A.A en su historial alcohólico, y sólo una persona tiene más de 31 *anexas*.

En cuanto a la participación en la intervención, dos personas lo hicieron hasta la quinta sesión, una persona participó en seis sesiones; mientras que, la participación al cien por ciento que corresponden a nueve sesiones, la realizaron únicamente dos personas.

Variables sociodemográficas del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.

La mayoría de participantes del Grupo de Intervención se ubican en el rango de 41 a 45 años de edad; mientras que, en el Grupo de Control se ubican en el rango de 21-25 años de edad.

La escolaridad que predominó fue la preparatoria con cuatro personas, tres en el Grupo de Control y una en el Grupo de Intervención; le siguió la secundaria con igual proporción a ambos grupos, y, por último, la primaria con dos personas del Grupo de Intervención.

La mayoría los participantes iniciaron el consumo de alcohol entre 10 y 18 años de edad, cuatro pertenecen al Grupo de Intervención y cinco al Grupo de Control. Mientras que, sólo una persona inicio su consumo después de los 18 años de edad y pertenece al Grupo de Intervención.

La mitad de participantes consumían alcohol a diario, tres pertenecen al Grupo de Intervención y dos al Grupo de Control; le siguen los que consumían alcohol ocasionalmente, luego los de fines de semana.

La bebida más consumida por los participantes fue el tequila, con tres personas del Grupo de Control y una del Grupo de Intervención; le siguen quienes gustaban tomar varias bebidas (cerveza, tequila, etcétera). Además, hubo quienes gustaban beber otras sustancias no mencionadas (como alcohol de 96°). La cerveza quedó hasta el último lugar.

La mayoría de participantes acostumbraban consumir varias sustancias (mariguana, tabaco y activo), mientras bebían alcohol, tres personas del Grupo de Control y una del Grupo de Intervención. Le siguió el tabaco, y en iguales proporciones la mariguana; en tanto, una persona del Grupo de Intervención consumía activo; y otra, bebía alcohol sin combinarla con alguna sustancia.

La mayoría de participantes de ambos grupos cuentan con más de dos *anexos*. Sólo una persona rebasa a todos con más de 31 ingresos y pertenece al Grupo de Intervención.

Instrumentos.

A continuación, se presentan los resultados de las variables evaluadas; primero se presentan los resultados pretest y postest de la escala Autoconcepto de Jorge La Rosa, por dimensiones y por autoconcepto global. Enseguida se presentan los resultados pretest y postest de la escala

ACTICOL-92 de Pons y Berjano por subescalas y por factores. Se incluyen tablas con los resultados de las pruebas U de Mann Whitney y Wilcoxon de ambos grupos.

Autoconcepto de Jorge La Rosa.

Se procede a hacer un análisis de frecuencias para obtener los valores pre y post de las cinco dimensiones de este instrumento (Social, Emocional, Ética, Ocupacional e Iniciativa), aplicado al Grupo de Intervención y al Grupo de Control. Se obtienen los puntajes mínimos y máximos alcanzados por algunos de los participantes, la media por dimensión, además del autoconcepto global.

Descripción de las variables del Autoconcepto pre y post del Grupo de Intervención.

Los siguientes datos se obtienen antes y después de la aplicación del taller gestáltico; es decir, en el pretest y en el postest. Ver *tabla 4*.

En la dimensión *Social*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 127 y 136 en el postest, de un total de 154 puntos. La media de la primera medición fue menor ($\bar{x}=106.20$), en comparación con la media de la segunda medición ($\bar{x}=115.40$).

En la dimensión *Emocional*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 130 y 129 en el postest, de un total de 161 puntos. La media de la primera medición fue muy similar ($\bar{x}=106.20$) a la media de la segunda medición ($\bar{x}=107.20$).

En la dimensión *Ética*, la mayor puntuación obtenida de manera individual en el pretest fue de 38 y 42 en el postest, de un total de 42 puntos. La media de la medición inicial fue muy similar ($\bar{x}=31.60$) en comparación a la media de la medición final ($\bar{x}=31.80$).

En la dimensión *Ocupacional*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 53 y 56 en el postest, de un total de 56 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{x}=43.60$) en relación a la media de la segunda medición ($\bar{x}=40.40$).

En la dimensión *Iniciativa*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 29 y 32 en el postest, de un total de 35 puntos. La media inicial de la medición fue muy similar ($\bar{x}=19.00$) comparada con la media del final de la medición ($\bar{x}=20.80$).

Por último, en el *Autoconcepto Global*, el mayor puntaje alcanzado por el grupo en el pretest fue de 360 y 392 en el postest, de un total de 448 puntos. La media de la primera medición fue menor ($\bar{x}=306.60$) en comparación a la media de la segunda medición ($\bar{x}=315.60$).

Tabla 4. *Mínimo y máximo puntaje, y media en el pre y post de las dimensiones del Autoconcepto*

Dimensión	Grupo de Intervención										Total
	Pretest					Postest					
	Mín.	%	Máx.	%	Media	Mín.	%	Máx.	%	Media	
Social	89	57.7	127	82.4	106.20	92	59.7	136	88.3	115.40	154
Emocional	89	55.2	130	80.7	106.20	88	54.6	129	80.1	107.20	161
Ética	24	57.1	38	90.4	31.60	27	64.2	42	100.0	31.80	42
Ocupacional	35	62.5	53	94.6	43.60	32	57.1	56	100.0	40.40	56
Iniciativa	7	20.0	29	82.5	19.00	7	20.0	32	91.4	20.80	35
Autoconcepto Global	257	57.3	360	80.3	306.60	261	58.2	392	87.5	315.60	448

Descripción de las variables del Autoconcepto pre y post del Grupo de Control.

Los siguientes datos se obtienen en el pretest y en el postest. Ver *tabla 5*.

En la dimensión *Social*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 117 y 121 en el postest, de un total de 154 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=102.60$), en relación a la media de la segunda medición ($\bar{X}=98.80$).

En la dimensión *Emocional*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 114 y 125 en el postest, de un total de 161 puntos. La media inicial de la medición fue similar ($\bar{X}=100.80$) a la media del final de la intervención ($\bar{X}=99.20$).

En la dimensión *Ética*, la puntuación más alta, alcanzada de manera individual en el pretest fue de 35 y 33 en el postest, de un total de 42 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=30.00$) comparada con la media del final de la medición ($\bar{X}=28.20$).

En la dimensión *Ocupacional*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 47 y 47 en el postest, de un total de 56 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=39.40$) en comparación con la media de la segunda medición ($\bar{X}=37.20$).

En la dimensión *Iniciativa*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 24 y 28 en el postest, de un total de 35 puntos. La media de la primera medición fue menor ($\bar{X}=22.00$), en comparación con la media de la segunda intervención ($\bar{X}=24.00$).

Por último, en el *Autoconcepto Global*, el puntaje más alto alcanzado en el pretest fue de 333 y 346 en el postest, de un total de 448 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=294.80$) comparada con la media de la segunda medición ($\bar{X}=287.40$).

Tabla 5. *Mínimo y máximo puntaje, y media en el pre y post de las dimensiones del Autoconcepto*

Dimensión	Grupo de Control										Total
	Pretest					Postest					
	Mín.	%	Máx.	%	Media	Mín.	%	Máx.	%	Media	
Social	77	50.0	117	75.9	102.60	68	44.1	121	78.5	98.80	154
Emocional	83	51.5	114	70.8	100.80	78	48.4	125	77.6	99.20	161
Ética	24	57.1	35	83.3	30.00	22	52.3	33	78.5	28.20	42
Ocupacional	28	50.0	47	83.9	39.40	26	46.4	47	83.9	37.20	56
Iniciativa	18	51.4	24	68.5	22.00	18	51.4	28	80.0	24.00	35
Autoconcepto Global	236	54.4	333	84.1	294.80	215	54.9	346	88.1	287.40	448

ACTICOL-92 de Pons y Berjano.

Se procede a hacer un análisis de frecuencias para obtener los valores pre y post de las cinco subescalas (*Actitud Preventiva, Actitud Permisiva, Consecuencias Negativas, Facilitación Social y Actitud Evasiva*) y de los dos factores de este instrumento (*Actitud Positiva y Actitud Negativa*), aplicado al Grupo de Intervención y al Grupo de Control. Se obtienen los puntajes mínimos y máximos alcanzados por algunos de los participantes, la media por subescala, además de la Actitud Positiva y Actitud Negativa.

Descripción de las variables de la Actitud hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Intervención.

Los siguientes datos se obtienen antes y después de la aplicación del taller gestáltico; es decir, en el pretest y en el postest. Ver *tabla 6*.

En la subescala *Actitud Preventiva*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 44 y 44 en el postest, de un total de 44 puntos. La media en la primera medición ($\bar{X}=34.00$) fue muy similar en comparación a la media de la segunda medición ($\bar{X}=33.40$).

En la subescala *Actitud Permisiva*, el mayor puntaje alcanzado individualmente en el pretest fue de 20 y 19 en el postest, de un total de 20 puntos. La media en la primera medición (\bar{X} =13.80) fue mayor en comparación la media de la segunda medición (\bar{X} =11.80).

En la subescala *Consecuencias Negativas*, la mayor puntuación alcanzada individualmente en el pretest fue de 27 y 28 en el postest, de un total de 28 puntos. La media en la primera medición (\bar{X} =17.20) fue similar comparada con la media de la segunda medición (\bar{X} =18.40).

En la subescala *Facilitación Social*, el mayor puntaje alcanzado individualmente en el pretest fue de 19 y 20 en el postest, de un total de 20 puntos. La media de la primera medición (\bar{X} =10.40) fue similar en comparación a la media de la segunda medición (\bar{X} =9.40).

En la subescala *Actitud Evasiva*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 12 y 13 en el postest, de un total de 16 puntos. La media inicial de la primera medición (\bar{X} =8.80) fue muy similar en comparación a la media de la segunda medición (\bar{X} =8.20).

En el factor *Actitud Positiva*, el mayor puntaje alcanzado en el pretest fue de 49 y 50 en el postest, de un total de 56 puntos. La media de la primera medición (\bar{X} =33.00) fue mayor en relación a la media de la segunda medición (\bar{X} =29.40).

Por último, en el factor *Actitud Negativa*, el mayor puntaje alcanzado en el pretest fue de 70 y 72 en el postest, de un total de 72 puntos. La media de la primera medición (\bar{X} =51.20) fue muy similar comparada con la media de la segunda medición (\bar{X} =51.80).

Tabla 6. *Mínimo y máximo puntaje, y media en el pre y post de las subescalas y factores de la Actitud hacia el Alcohol*

Subescala y Factor	Grupo de Intervención										Total
	Pretest					Postest					
	Mín.	%	Máx.	%	Media	Mín.	%	Máx.	%	Media	
Actitud Preventiva	15	34.0	44	100.0	34.0	16	36.3	44	100.0	33.4	44
Actitud Permisiva	10	50.0	20	100.0	13.8	7	35.0	19	95.0	11.8	20
Consecuencias Negativas	9	32.1	27	96.4	17.2	10	35.7	28	100.0	18.4	28
Facilitación Social	5	25.0	19	95.0	10.4	5	25.0	20	100.0	9.4	20
Actitud Evasiva	7	43.7	12	75	8.8	4	25.0	13	81.2	8.2	16
Actitud Positiva	22	39.2	49	87.5	33.0	17	30.3	50	89.2	29.4	56
Actitud Negativa	24	33.3	70	97.2	51.2	29	40.2	72	100.0	51.8	72

Descripción de las variables de la Actitud hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Control.

Los siguientes datos se obtienen en el pretest y en el postest. Ver *tabla 7*.

En la subescala *Actitud Preventiva*, el mayor puntaje alcanzado individualmente en el pretest fue de 44 y 43 en el postest, de un total de 44 puntos. La media inicial en la medición fue muy similar ($\bar{X}=39.00$) comparada con la media del final de la misma ($\bar{X}=40.00$).

En la subescala *Actitud Permisiva*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 20 y 20 en el postest, de un total de 20 puntos. La media en la primera medición fue mayor ($\bar{X}=16.40$) en comparación a la media de la segunda medición ($\bar{X}=14.60$).

En la subescala *Consecuencias Negativas*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 28 y 28 en el postest, de un total de 28 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=26.00$) en relación a la media de la segunda medición ($\bar{X}=24.00$).

En la subescala *Facilitación Social*, el mayor puntaje alcanzado de manera individual en el pretest fue de 18 y 18 en el postest, de un total de 20 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=16.40$) en comparación con la media de la segunda medición ($\bar{X}=14.40$).

En la subescala *Actitud Evasiva*, la mayor puntuación alcanzada de manera individual en el pretest fue de 16 y 12 en el postest, de un total de 16 puntos. La media de la primera medición fue mayor ($\bar{X}=12.40$) en comparación con la media de la segunda medición ($\bar{X}=9.80$).

En el factor *Actitud Positiva*, el mayor puntaje alcanzado en el pretest fue de 53 y 49 en el postest, de un total de 56 puntos. En tanto, la media inicial de la medición fue mayor ($\bar{X}=45.20$), en relación a la media final de la medición ($\bar{X}=38.80$).

Por último, en el factor *Actitud Negativa*, el mayor puntaje alcanzado en el pretest fue de 72 y 67 en el postest, de un total de 72 puntos. La media de la primera medición fue muy similar ($\bar{X}=65.00$), en relación a la media de la segunda medición ($\bar{X}=64.00$).

Tabla 7. *Mínimo y máximo puntaje, y media en el pre y post de las subescalas y factores de la Actitud hacia el Alcohol*

Subescala y Factor	Grupo de Control										Total
	Pretest					Postest					
	Mín.	%	Máx.	%	Media	Mín.	%	Máx.	%	Media	
Actitud Preventiva	32	72.7	44	100.0	39.0	34	77.2	43	97.7	40.0	44
Actitud Permisiva	12	60.0	20	100.0	16.4	8	40.0	20	100.0	14.6	20
Consecuencias Negativas	23	82.1	28	100.0	26.0	19	67.8	28	100.0	24.0	28
Facilitación Social	15	75.0	18	90.0	16.4	7	35.0	18	90.0	14.4	20
Actitud Evasiva	10	62.5	16	100.0	12.4	7	43.7	12	75.0	9.8	16
Actitud Positiva	37	66.0	53	94.6	45.2	24	42.8	49	87.5	38.8	56
Actitud Negativa	58	80.5	72	100.0	65.0	59	81.9	67	93.0	64.0	72

Descripción y comparación de las variables Autoconcepto y Actitud hacia el Alcohol.

Enseguida se presentan los resultados del contraste pretest y postest en las muestras relacionadas (intragrupo) y muestras independientes (intergrupos), obtenidos de los instrumentos aplicados: Autoconcepto de La Rosa y ACTICOL-92 de Pons y Berjano, mediante las pruebas no paramétricas: la Prueba de los rangos con signo de *Wilcoxon* y la prueba *U de Mann Whitney*.

En la gran mayoría de estos resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, los datos crudos del análisis estadístico muestran otra lectura de las puntuaciones individuales en algunas dimensiones y factores de los instrumentos (ver *tabla 10*); por lo que se considera importante analizar, en otro apartado, los resultados de cada una de las cinco personas participantes del Grupo de Intervención.

Autoconcepto pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.

Los siguientes datos se obtienen en el pretest y en el postest, de ambos grupos, donde sólo al Grupo de Intervención se le aplicó el taller gestáltico. Ver *tabla 8*.

Con respecto a la dimensión *Social*, en el Grupo de Intervención se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la medición pretest y postest una vez que terminó la intervención. Contrariamente, en el Grupo de Control, no se encontró una diferencia significativa. De la misma manera, en los resultados del Grupo de Intervención respecto a los

resultados del Grupo de Control, no se encontró una diferencia significativa en esta dimensión en ninguna de las dos mediciones.

En cuanto a la dimensión *Emocional*, en el Grupo de Intervención no se encontró diferencia estadística significativa en la comparación de las mediciones pretest y posttest después de la intervención. De igual forma, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia significativa. Mientras que, en los resultados del Grupo de Intervención, respecto a los del Grupo de Control tampoco se encontraron diferencias significativas en esta dimensión después de las dos mediciones.

Con respecto a la dimensión *Ética*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la medición pretest y posttest, una vez que terminó el taller Gestalt. Contrariamente, en el Grupo de Control se encontró una diferencia significativa. Sin embargo, entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control no se encontró una diferencia significativa en esta dimensión en ninguna de las dos mediciones.

En cuanto a la dimensión *Ocupacional* en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las mediciones pretest y posttest. Mientras que, en el Grupo de Control que, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa después de las dos mediciones. De la misma manera, en el pretest y posttest entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control no se encontró una diferencia significativa en esta dimensión.

Respecto a la dimensión *Iniciativa* en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las mediciones pretest y posttest después de la intervención. Mientras que, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. De la misma manera, entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control no se encontró una diferencia significativa en esta dimensión en ambas mediciones.

Por último, en el *Autoconcepto Global*, en el Grupo de Intervención no se encontró tampoco, una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la medición pretest y posttest. De la misma manera, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia significativa. Y finalmente, al observar los resultados de las dos mediciones, entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en este factor.

Tabla 8. Comparación de muestras relacionadas y muestras independientes del Autoconcepto

Dimensiones y factor	Wilcoxon				U de Mann-Whitney			
	Grupo de Intervención		Grupo de Control		Grupo de Intervención VS Grupo de Control			
	Pre-Post		Pre-Post		Pre		Post	
	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Social	-2.023	.043*	-.405	.686	-.313	.754	-1.048	.295
Emocional	-.137	.891	-.271	.786	-.419	.675	-.731	.465
Ético	-.184	.854	-2.121	.034*	-.632	.527	-.738	-.738
Ocupacional	-1.084	.279	-.674	.500	-.838	.402	-.210	.834
Iniciativa	-1.604	.109	-1.633	.102	-.946	.344	-.522	.602
Autoconcepto Global	-.944	.345	-.677	.498	-.313	.754	-.731	.465

* Estadísticamente significativo

Actitud hacia el Alcohol pre y post del Grupo de Intervención y del Grupo de Control.

Los siguientes datos se obtienen en el pretest y en el postest, de ambos grupos, donde sólo al Grupo de Intervención se le aplicó el taller gestáltico. Ver *tabla 9*.

Con respecto a la subescala *Actitud Preventiva*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las mediciones pretest y postest. De igual manera, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Se comparan las mediciones entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en esta dimensión después del postest.

En cuanto a la subescala *Actitud Permisiva*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las mediciones pretest y postest. Asimismo, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. De igual forma, en la comparación de los resultados del Grupo de Intervención, respecto a los del Grupo de Control no se encontró una diferencia significativa en esta dimensión en el pretest y en el postest.

Con respecto a la subescala *Consecuencias Negativas*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la primera y segunda medición. De igual manera, en el Grupo de Control, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa, dicho grupo no recibió intervención. Sin embargo, al comparar los resultados del Grupo de Intervención, respecto a los del Grupo de Control, se encontró una diferencia significativa en la primera medición en esta dimensión, no así en la segunda medición.

En cuanto a la subescala *Facilitación Social*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las mediciones pretest y posttest. En tanto, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. De la misma manera, en el Grupo de Intervención, respecto al Grupo de Control, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta dimensión después del posttest.

Mientras que, en la subescala *Actitud Evasiva*, en el Grupo de Intervención no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la medición pretest y posttest. Mientras que, en el Grupo de Control, sin recibir intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. De la misma manera, entre los resultados del Grupo de Intervención, respecto a los del Grupo de Control no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta dimensión después de la segunda medición.

Respecto al factor *Actitud Positiva*, en el Grupo Intervención no se encontró tampoco, una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la primera y segunda medición. Igualmente, en el Grupo de Control, que no recibió intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Al comparar los resultados del Grupo de Intervención, en relación a los del Grupo de Control, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en este factor.

Por último, en el factor *Actitud Negativa*, en el Grupo Intervención no se encontró tampoco, una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la medición pretest y posttest. De la misma manera, en el Grupo de Control, que no recibió intervención, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Y finalmente, al comparar los resultados del Grupo de Intervención, respecto a los del Grupo de Control, no se encontró diferencia significativa en este factor.

Tabla 9. Comparación de muestras relacionadas y muestras independientes de la Actitud hacia el Alcohol

Subescalas y factores	Wilcoxon				U de Mann-Whitney			
	Grupo de Intervención		Grupo de Control		Grupo de Intervención VS Grupo de Control			
	Pre-Post		Pre-Post		Pre		Post	
	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Actitud Preventiva	.000	1.000	-.365	.715	-.525	.599	-.316	.752
Actitud Permisiva	-1.633	.102	.000	1.000	-1.170	.242	-.740	.459
Consecuencias Negativas	-1.089	.276	-1.069	.285	-2.234	.025*	-1.366	.172
Facilitación Social	-.736	.461	-1.342	.180	-1.571	.116	-1.257	.209
Actitud Evasiva	-.707	.480	-1.461	.144	-1.735	.083	-.736	.462
Actitud Positiva	-1.753	.080	-1.289	.197	-1.583	.113	-1.149	.251
Actitud Negativa	.271	.786	.365	.715	-1.156	.248	-.943	.346

* Estadísticamente significativo

Análisis cualitativo

Por el alto grado de significancia estadística que demandan las pruebas estadísticas, una posibilidad en 20 de equivocarse (0.05), y donde no siempre es posible alcanzarla, se hace necesario realizar un análisis cualitativo, por la importancia de las variaciones en las puntuaciones observadas en algunos de los participantes que recibieron intervención. Antes, se hace una descripción del proceso grupal ocurrido durante las once sesiones que duró el taller gestáltico, con el fin de destacar los aspectos positivos ocurridos en las mismas. Enseguida se hace una descripción individual de cada una de las cinco personas que participaron en el trabajo grupal del taller, retomando los datos sociodemográficos y los resultados crudos obtenidos de los factores Autoconcepto Global, Actitud Positiva hacia el Alcohol y Actitud Negativa hacia el Alcohol de los instrumentos aplicados, poniendo especial atención en el trabajo individual dentro del Grupo de Intervención. Para finalizar, de manera general, se hace un breve análisis de las

evaluaciones de los factores Autoconcepto Global, Actitud Positiva hacia el Alcohol y Actitud Negativa hacia el Alcohol del Grupo de Control. Ver *tabla 10 y 11*.

Análisis del proceso de intervención.

El trabajo grupal se realizó en 11 sesiones, la primera y la última fueron para presentar y cerrar el taller, así como para aplicar el pretest y el postest. Por tanto, la intervención terapéutica se llevó a cabo en nueve sesiones vespertinas, tres por semana, consecutivas; en las instalaciones del centro de recuperación para el alcoholismo y la drogadicción “Volver a Nacer”. El espacio en el cual se realizó el taller gestáltico fue en una amplia sala del centro, en donde hay una *tribuna*⁴ y sillas apilables; este espacio es utilizado diariamente por el grupo para sus juntas de pláticas y *compartimientos*⁹. Los materiales que se utilizaron durante las sesiones fueron hojas recicladas de papel, lápices, tarjetas de cartulina, gafetes con el nombre de los participantes, lápices de colores, dos almohadas y sillas para sentarse.

Se esperaba que el grupo de trabajo estuviera conformado por nueve personas, a quienes ya se les había aplicado el pretest; sin embargo, en la segunda sesión, cuando inicia la intervención terapéutica, sólo habían seis personas; en la cuarta sesión una persona ya no participó (es el caso de Alfonso, se dan detalles en las participaciones por sesión), pero se integraron dos participantes más (Miguel y Juan), siendo un total de siete participantes; para la quinta sesión una persona que había participado abandona el centro (Juan), quedando nuevamente seis participantes; en la sexta sesión dejan de participar dos de las personas evaluadas (Víctor y Edgar), pero se integran dos personas más (David y Noé), quedando de nuevo seis participantes; en la séptima sesión dejan de participar dos personas, una de ellas evaluada (Martín) y la otra abandona el centro (Miguel), trabajando esta vez sólo con cuatro personas. En la octava sesión, regresa uno de los participantes evaluados (Víctor) y se integran dos personas más (José y Lorenzo) sumando seis participantes; en la novena sesión ya no participa de nuevo una persona evaluada (Víctor), y otra persona abandona el centro (Noé) pero se integra una persona más (Ulises) quedando cinco participantes; en la décima y última sesión de intervención, se les solicita su participación a dos de las personas que iniciaron desde la primera sesión que ya habían sido evaluadas (Víctor y Edgar), quienes regresan al taller, aunque su participación fue de medio tiempo. Al final fueron sólo cinco personas que trabajaron en la primera y la onceava sesión, además de cumplir con la aplicación del pretest y el postest; dos de ellas de manera ininterrumpida (Eduardo y Manuel) y tres de manera interrumpida (Edgar, Víctor y Martín). En total participaron 13 personas y son ocho que

no forman parte del reporte de investigación porque no cumplieron el requisito de las dos evaluaciones requeridas; aparte de que, algunas se fueron antes del centro.

Antes de iniciar el trabajo grupal, se puntualizó la importancia de su participación que, aunque no era obligatoria si era necesaria para su recuperación; se habló de la libertad de retirarse del taller en el momento que lo desearan (tal como lo menciona el consentimiento informado que firmaron) y de la libertad de expresarse de la manera que quisieran; además de la inexistencia de una sanción por hacer valer cualquiera de los puntos mencionados. Así inició el taller gestáltico; sin embargo, durante el trabajo grupal, se presentaron algunas situaciones que interrumpían el proceso terapéutico, pues la sala en donde se estaba trabajando con las participantes era un pasillo muy transitado; ante este elemento distractor, el facilitador solicitó un espacio aislado; sin embargo, no se pudo resolver la situación. A medio proceso terapéutico, a dos de los usuarios (Edgar y Víctor) les fueron asignados *servicios* en horarios del taller, lo que motivó que sus presencias a partir de ese momento fueran breves hasta llegar a la ausencia total.

Respecto a las características observadas a lo largo del proceso grupal, al principio, algunos participantes se negaban a participar, mostraban resistencia a expresar sus pensamientos y sentimientos, fue necesario que el facilitador los motivara respecto a la oportunidad presente de hablar sobre aquello que les estaba lastimando; no sin antes hacer *rapport* al inicio de cada sesión, se resaltó la importancia de que “este es el momento” para expresarse, que no se les iba a descalificar de ninguna forma, aun así, hubieran cometido el acto más aberrante; sino que el grupo estaba hecho para “trascender” las situaciones vividas que les sigue causando dolor. La motivación tuvo efecto siempre, pues se puede decir que se logró cohesión entre el grupo, principalmente entre los cinco participantes que forman parte de esta investigación, pues fueron quienes más interrelacionaron; es decir, se trabajó mucho la parte social, ya que se motivó la participación y la comunicación entre los participantes; los demás participantes no reportados también lograron integrarse durante las pocas sesiones que estuvieron trabajando; sin embargo no se pudo dar continuidad a sus “figuras” que surgían, porque cada vez que iniciaba una sesión, nunca hubo la seguridad de encontrar a las mismas personas que participaron la sesión anterior.

Cabe señalar que la estructura de las nueve sesiones de trabajo terapéutico fue diseñada a modo que tuviera una dinámica grupal con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales y el autoconocimiento personal; y una técnica Gestalt, cada una de estas con objetivos específicos relacionados con las variables del Autoconcepto y la Actitud hacia el Alcohol. Cada una de las

dinámicas grupales y técnicas Gestalt son descritas en el anexo Cartas Descriptivas, de la sesión correspondiente.

En la *primera sesión*, se conoció al Grupo de Intervención “Volver a Nacer”; el facilitador se presentó y motivó a que los participantes también lo hicieran, al mismo tiempo presenta el taller gestáltico, explica los objetivos de este; al igual, la importancia de su participación, los temas a tratar y el enfoque psicológico con que se va a trabajar. De igual manera, expone un esbozo de lo que serán las sesiones; el tiempo que duraría una sesión. No se especificó con exactitud el tiempo que duraría el taller (por sugerencia de un encargado del Grupo de Control; según, si se les decía el número de sesiones, la persona se predisponía a no participar por ser “mucho” tiempo para él) y la explicación de que es una investigación por lo que, es necesario responder unos “cuestionarios”. Se destacó la importancia del anonimato y la confidencialidad de sus datos a recabar; así como su derecho a participar o no, y la libertad para retirarse en el momento que lo quisieran, aun cuando ya haya comenzado el taller (esta información está contenida en el Consentimiento Informado). Después de dicha introducción, se les explicó de la necesidad de dar su “permiso” para trabajar juntos en el taller, por lo que firmaron el Consentimiento Informado; de igual forma, se les explicó de qué trataban las preguntas que iban a contestar; posteriormente, se hizo la entrega, primero, del instrumento Autoconcepto de La Rosa, dándoles las instrucciones para que contestaran; después que lo contestaron, se procedió con el ACTICOL-92 de Pons y Berjano. Cabe mencionar que, durante la aplicación de los instrumentos, había conceptos que no entendían algunos participantes, por lo que fue necesario dar una breve explicación, para que tuvieran claridad de lo que se preguntaba en el instrumento del autoconcepto.

En la *segunda sesión*, como ya se mencionó, hubo menos participantes de los esperados, de los que habían respondido los test. El taller inició con seis personas. Para que fuera más fácil memorizar los nombres de todos, a cada quien se le proporcionó un gafete con su nombre, mismo que se hicieron ahí mismo, incluyendo al facilitador, esto permitió que a cada quien se le llamara por su nombre, como una manera personalizada de dirigirse a los participantes; posterior a esto, se comenzó con el trabajo grupal, mencionando que el objetivo de la sesión era crear un ambiente de confianza para explorar y mover sus emociones, expresar estas y fortalecer las relaciones interpersonales entre ellos. Enseguida se presentaron y explicaron las reglas más importantes de la psicología Gestalt, mencionando que el seguimiento de las mismas facilitaría los intercambios de los miembros: *El principio del aquí y el ahora, yo y tú, lenguaje personal versus lenguaje*

impersonal, el continuo de la conciencia y no murmurar; de igual forma se hizo hincapié que el facilitador y también los mismos participantes serían los observadores que estas se cumplieran dentro del grupo. Una vez expuesto esto, se comenzó con una dinámica grupal: “El regalo de la alegría”, donde la finalidad fue promover un clima de confianza personal y un estímulo positivo; dar y recibir feedback positivo en un ambiente grupal; en donde se fomentó la expresión reprimida y las relaciones interpersonales; se les indica que, por primera vez escriban palabras positivas hacía un compañero del grupo.

En esta dinámica, Eduardo se negaba a participar, alegando que quería preguntar algo pero que su pregunta no era importante; al mismo tiempo, no quería participar expresando sus pensamientos positivos, se resistía; ante ello, el facilitador motivó a Eduardo, exponiendo un ejemplo vivencial y personal de cómo en algún momento él se resistía a expresar sentimientos positivos hacia un familiar, ya por prejuicios, por miedos, por lo que sea, logrando de esta forma que Eduardo se “abriera” y pudiese cumplir el objetivo. Una vez que se da término a esta dinámica, se pasó a la segunda actividad que fue desarrollar la técnica Gestalt: “Quién soy aquí y ahora”, cuya finalidad fue conocer a cada uno de los participantes a modo personal, mediante la presentación informal, poco habitual de ellos mismos; en ese sentido, cada participante ahondó en su persona en la parte social, emocional y ética principalmente; se les pidió, de ser posible, que tocaran la relación que han tenido en esas áreas con sus adicciones. El facilitador les puso un ejemplo de cómo debían presentarse, donde se rompieron las formas oficiales de darse a conocer; es decir, que no hablaran de sus virtudes y de cómo quisieran ser ante los demás, sino que presentaran su verdadera personalidad, sin máscaras. En este ejercicio, cuando Eduardo participó, un persona se dirigió a él murmurando de forma sarcástica; ante ello el facilitador hizo valer la regla de “no murmurar” e invitó al participante a expresar abiertamente lo que dijo en voz baja; acerca de lo que Eduardo había comentado; entonces, esta persona dijo que le daba risa lo dicho por él, que no evitaba poder reír; esta situación estaba prestándose para que Eduardo se cohibiera, además de provocar la burla de los demás, pues se sumaron otras “risitas”; ante esa situación, el facilitador tuvo que revertir el sentido de la idea, resaltando la importancia de la risa como una cualidad positiva que pocos tienen; que muchas veces no se expresa porque hay temor a la descalificación; además, hacer reír es un arte que no a todos se les da y que para expresar y decirlo en la forma que el participante lo estaba haciendo es de “muchos güevos”, no cualquiera, se necesita tener mucho valor y despejarse de prejuicios; además de ser uno de los primeros

requisitos para aceptarse a uno mismo, porque no se puede cambiar de actitudes si no se reconocen los defectos. La exposición de tales juicios, motivo la participación de todos, sin temor a provocar risas, y el convencimiento de que la risa es un elemento positivo que refleja un estado emocional sano, siempre y cuando esta no se convierta en un objeto de burla.

El usuario de mayor edad Alfonso, expresó sus dudas acerca de participar en el taller y su postura de recurrir a la libertad de participar o no.

La *tercera sesión* inició con seis participantes, cuyo objetivo del trabajo grupal fue fomentar la exploración y movilización de las emociones mediante la expresión; para ello, en esta sesión se realizó la dinámica grupal “Ejercicio de confianza”, que tiene la finalidad de acelerar el conocimiento mutuo entre los participantes, dar la oportunidad a cada una de las personas de escuchar y hablar acerca de sus responsabilidades personales y el compromiso de llevarlas a cabo. En el ejercicio de responder las preguntas planteadas para la dinámica, cada quien expuso su sentir; la participación de todas las personas fue muy nutrida, fueron preguntas que les agradó discutir ya que estas fueron muy puntuales, por ejemplo: ¿Eres honesto contigo mismo?

En la realización de la técnica Gestalt “Hacer la ronda”, se procuró cumplir su objetivo: generar la exploración y movilización de las emociones mediante la expresión sin censura. Durante el ejercicio de la técnica, donde cada uno de los participantes expresó sus sentimientos, surgieron “figuras” comunes en todos los participantes: el miedo y la soledad; lo que dio lugar a que, cada quien se atreviera a hablar de aquello que le causaba ese miedo, agregando una frase al final de la expresión, de esa manera se dieron cuenta cómo enfrentarlo y superarlo; o en el mejor de los casos, evitarlo. Cuando se habló de la soledad, se tomó consciencia en qué situaciones se siente ese sentimiento. Martín presentó mucha resistencia y no quiso participar en esta técnica; dijo: “No quiero pasar, desde aquí participo, así aprendo”; mientras que Alfonso se integró al grupo ya pasado medio tiempo de la sesión y el resto del tiempo no quiso participar, se mantuvo callado, está fue la última sesión de este participante. El ejercicio fue muy sanador, cada quien expuso sus experiencias personales, se dieron cuenta cómo enfrentar esos sentimientos y salir bien librados, a pesar de siempre negarlos.

La *cuarta sesión*, se realizó con siete participantes; en donde se propuso crear el sentido de responsabilidad de los propios actos de las personas participantes, Para empezar, se realizó la dinámica grupal “El trueque de secreto” cuyo fin fue crear mayor capacidad de empatía entre los participantes del grupo y reforzar sus relaciones interpersonales. En este ejercicio, cada quien

tuvo la oportunidad de escuchar uno de sus principales problemas en la voz de otro, hubo un interés general por participar; cuando terminaron, expresaron lo interesante y aleccionador que fue saber cómo los demás veían su problema desde otro ángulo y a la vez le daban una posible solución, esta variabilidad de recomendaciones les ayudó a tener un mosaico de posibilidades de solución. Cuando se realizó el ejercicio de la técnica Gestalt “Me hago responsable”, al principio las personas no se entendían la forma de realizar el ejercicio, hasta que el facilitador tuvo que poner un ejemplo personal; lo que resultó aleccionador, convirtiéndose en uno de los actos más intensos de auto responsabilidad, pues todos las personas se atrevieron a pasar al frente del grupo y, de acuerdo a la técnica, asumir su responsabilidad en algún acto cometido; el ejercicio individual fue muy confrontador. Miguel, una persona que al final no fue evaluada, trabajó el daño, que él asegura haberle hecho a su hija, por causa del consumo de drogas, asumiendo su responsabilidad. Eduardo también trabajó un acto que él consideró irresponsable en algún momento de su vida, asumiendo su responsabilidad; y así de esa forma, los demás pasaron frente al grupo a reconocer su responsabilidad en algún acto personal. El ejercicio fue muy sanador; al final, algunos participantes expresaron sentir alivio. Eduardo observó que, el reconocimiento de esta responsabilidad en la sesión, no se había atrevido a exponerla, aún en *tribuna*.

La *quinta sesión*, inició con cinco participantes, en esta se planteó el objetivo de la sesión: desarrollar la polaridad inhibida de la persona y establecer contacto consigo misma para liberar su energía que se ha mantenido bloqueada. Para cumplir el objetivo se realizó la dinámica grupal “Situación en el espacio”, en donde se pretendió que los participantes sintieran el espacio en que se mueven, manteniendo los ojos cerrados, y de esa forma entrar en contacto con los demás miembros del grupo, fortaleciendo sus relaciones interpersonales. El ejercicio resultó novedoso para los participantes, pues apreciaron el contacto físico a través del lenguaje no verbal, mismo que, expresaron, es muy difícil establecer aún con los seres queridos.

El siguiente ejercicio fue la técnica Gestalt “Antítesis o juego de roles”, donde el facilitador invitó a los participantes para que, en este ejercicio, relacionaran sus adicciones con la personalidad que quisieran ser o hacer, con esta conducta actuada; sin embargo, el grupo presentó mucha resistencia para trabajar la técnica; aun así, participaron al menos tres personas. Se concluyó por mayoría que, a pesar de haber realizado el ejercicio, es difícil dejar una adicción, si acaso se traslada a otra adicción, pusieron el ejemplo que se podría dejar de beber o drogarse para fumar. Algunas personas no quisieron participar, respetándose su decisión; una de ellas fue

Martín quien mencionó que él nunca va a dejar de beber alcohol, pues sólo está en el centro porque ya se estaba sintiendo mal físicamente después de beber por tres meses continuos, pero en cuanto saliera, seguramente volvería a beber. De la misma forma se expresó Miguel quien aseguró que nunca va a dejar a la “Juanita” (mariguana), que podría dejar el alcohol, pero nunca la yerba. Cabe señalar que Miguel participó en esta técnica de manera, aparentemente, satisfactoria.

La *sexta sesión*, se trabajó con seis participantes, cuyo objetivo fue: acceder a la conciencia de la persona mediante un ejercicio lúdico y proyectivo. Antes de empezar, el facilitador explicó al grupo el concepto de afecto, sin tecnicismos, con base en la teoría de John Bowlby; el tema interesó a todos las personas de manera que todos participaron expresando su definición de afecto, al mismo tiempo el facilitador fue relacionando el afecto con el autoconcepto y el consumo sin control de alcohol u otras sustancias; ello motivó para que se atrevieran a darse cuenta de la relación que guarda su falta de afecto con su autoconcepto de ahora y el consumo de sustancias; el tema se prolongó un poco más del tiempo programado. Sin descuidar las demás actividades, se inicia con la dinámica grupal: “Bombardeo intenso” donde se pretendió que las personas expresaran sentimientos positivos de cariño y afecto hacia una persona, se buscó reforzar el autoconcepto positivo; esta fue la razón por la que primero se tuvo que hablar del afecto. La participación fue muy nutrida y emotiva, cuando cada una de las seis personas pasó al frente del grupo para que le expresaran palabras positivas. La técnica Gestalt trabajada en esta sesión fue “El encuentro de las artes plásticas”, en donde a los participantes se les aclaró que para participar no se necesita saber dibujar, ser un artista plástico, ni conocimientos de arte, tan solo tiene que dibujar uno de sus conflictos. En esta idea, las personas trabajaron (dibujando) sus conflictos personales que más les afecta, también con el opuesto de ese conflicto. En la realización de este ejercicio, hubo confrontaciones en sus dibujos y al mismo tiempo encontraron respuestas. Manuel enfrentó su conflicto con sus padres, creó una historia a través de dibujos y concluyó bien, reconociendo adoptando una actitud positiva ante él, se podría decir que encontró respuestas. Mientras tanto, a través de esta técnica, Miguel mostró un conflicto muy importante con sus padres, mismo que no logró concluir, por lo que se piensa que tiene que trabajar ese conflicto, principalmente con su padre ya que guarda un resentimiento muy fuerte hacia él. Asimismo, Eduardo develó un conflicto muy importante, la decisión hasta el momento de no querer tener familia, por haber vivido con un padre alcohólico, mismo que no logra concluir.

El trabajo con esta técnica fue muy confrontador, los participantes reconocieron su conflicto, pero no todos encontraron una posible respuesta a su él.

La *séptima sesión*, se trabajó sólo con cuatro personas. El objetivo de la sesión fue permitir que los participantes se identificaran con un personaje u objeto actuado para proyectar las características propias en él o aquello y de esa manera, recuperarlas como propias. Se empezó con la dinámica grupal “Reunión no verbal” la cual tuvo el fin de estimular otra forma de comunicación que no sea la verbal; es decir, estimular la conversión de sentimientos en actos, buscando de esa forma la interrelación personal. Las personas se mostraron participativas, pero con dificultad para realizar el ejercicio, no se mostraron muy expresivos. La técnica Gestalt que se trabajó fue “Ensayo teatral” que persiguió el fin de identificarse con una persona u objeto actuado, para poder proyectar sus características en él o aquello y recuperarlas como propias. Se trabajó con las responsabilidades y roles sociales omitidos o evadidos. Cuando el facilitador les habló de esta técnica, al principio no entendieron cómo realizarla, de manera que, uno de los participantes solicitó que al facilitador actuar la técnica, a manera de tener claro el procedimiento; ante la petición, el facilitador, con toda honestidad expuso una vivencia personal y actuó una personalidad que le gustaría ser, el ejemplo sirvió para que fuera posible que tres personas realizaran la actividad. La participación siempre se mantuvo durante la sesión; a veces, el facilitador tuvo que retomar el tema y guiar la participación de las personas pues mostraban ansiedad por tomar la palabra y cuando se les daba, se desviaban del tema que se estaba trabajando.

La *octava sesión*, en esta participaron seis personas, donde el objetivo de la sesión fue: terminar asuntos inconclusos, mediante el diálogo entre polaridades de manera que, estas pudieran ser reincorporadas a la personalidad. En esta sesión se realizó una dinámica grupal muy creativa llamada “El juego de los voluntarios” donde se pretendió superar los bloqueos emocionales, desarrollar conciencia de sí mismo y los sentimientos, desarrollar sensibilidad y percepción acerca de las demás personas que influyen en la toma de decisiones. En este ejercicio las personas se mostraron muy participativas, querían ser escuchados, la técnica fue muy bien entendida, se realizó de la mejor manera, y algunos reconocieron que sus decisiones son guiadas por lo que creen que es lo correcto. Se facilitó la escucha y la asimilación de voces conflictivas internas; es decir, un encuentro interpersonal, los participantes asimilaron sus proyecciones, se integraron dos aspectos de la personalidad (Carabelli, 2013).

Enseguida se realizó la técnica de la “Silla vacía o de la silla caliente”; cuando el facilitador les expuso que a través de esta técnica tenían que enfrentar un conflicto no resuelto y trabajarlo en ese momento, como un resentimiento con un familiar cercano, con una pareja, algún familiar fallecido, etcétera, todos se quedaron viendo uno al otro, como con una expresión de temor o asombro y sólo fue un participante quien sin pensarlo mucho levantó la mano pidiendo participar; precisamente fue Lorenzo quien no había participado en ninguna sesión anterior porque apenas, ese día junto con José, se había integrado al taller. Lorenzo trabajó un duelo aún no superado: la muerte repentina de un hijo de 28 años, de quien lamentó no haberle demostrado amor en vida. El trabajo terapéutico se llevó a cabo en una atmósfera de dolor y amor. Lorenzo aceptó, entre lágrimas, que el ser amado ya no estuviera presente, le manifestó el amor que siempre sintió por él y el dolor que le estaba causando su ausencia a él y a su madre (su esposa); al final, se despidió amorosamente de su hijo, le deseo paz en donde quiera que se encuentre y le aseguró que él estaría mejor de hoy en adelante. El facilitador llevó de manera correcta, de acuerdo a Fritz Perls, el desarrollo de la técnica. Aparentemente se integraron las dos polaridades trabajadas (pudiendo ser, expresión de sentimientos y sentimientos reprimidos). En el desarrollo de la técnica, el participante iba y venía entre los dos lugares (sillas). Al final del trabajo terapéutico, con un semblante distinto, Lorenzo manifestó sentirse “liberado”. El impacto emocional que esta técnica causó en los observadores, los demás miembros del grupo, fue muy intensa toda vez que, cuando se les invitó a participar, nadie quiso, sólo movieron la cabeza en señal de negativa, la impresión todavía no se borraba de sus rostros, mientras Lorenzo, ya en su lugar, mostraba una expresión distinta, de paz y relajación; uno de los participantes comentó, un día después del trabajo terapéutico con Lorenzo, que se sintió un ambiente muy “espiritual” mientras se desarrollaba la técnica.

Cabe señalar que, durante el trabajo terapéutico en la sesión, ingresó caminando un nuevo integrante al centro; este chico, muy joven y delgado, pasó a un lado de la sala, de alguna forma distraendo a los demás, a manera de escoltas, lo acompañaban tres personas del grupo. Ulises, así se llamaba, llegó en un estado deplorable, muy desaliñado, con la vista caída, tal vez, todavía con signos de alguna droga.

La *novena sesión*, se trabajó con cinco participantes, entre ellos, Ulises a quien se le pidió presentarse ante los demás participantes de manera informal, antes de iniciar el trabajo, se le dijo que el grupo y el facilitador estaba para ayudarlo. El objetivo de la sesión fue el mismo que el de

la octava sesión, trabajar asuntos inconclusos a través de la técnica de la silla vacía o silla caliente. El trabajo inició con una dinámica grupal “Restablecimiento de la confianza”, centrándose en lo que entendía cada quien acerca del concepto confianza, el facilitador pidió a cada uno de los participantes su definición; una vez que todos los participantes opinaron, el facilitador analizó el concepto en diferentes contextos, aterrizándolo hasta la construcción de la confianza en la persona, pasando por una experiencia personal de confianza. A petición del facilitador, algunos participantes establecieron una conexión entre el proceso de comunicación, sus relaciones interpersonales y la confianza lograda, con su situación actual respecto a sus adicciones.

El interés de todos los participantes por el tema creció, tanto que todos querían hablar; de esa manera se logró integrar al recién llegado, Ulises, quien participó muy entusiasta; se identificó con el concepto, pues reconoció que carecía de confianza en su casa por parte de sus padres. Una vez terminada esta actividad, se continuó con la segunda parte de la técnica de la “Silla vacía o de la silla caliente”, como la mayoría de los participantes ya habían visto el procedimiento de esta técnica, se les insistió de nuevo participar, en especial aquel que tuviera un “asunto sin resolver”; fue José que, tenía sólo dos sesiones de haberse integrado al taller, quien decidió trabajar un duelo no resuelto, la muerte de un hermano en un accidente automovilístico, con quien convivió siempre muy de cerca y de quien no pudo despedirse por el deceso repentino; a la vez, de alguna manera, se sentía culpable por no estar ahí en ese momento; era tanto su dolor. El facilitador llevó el desarrollo de la técnica de la mejor manera, procurando integrar las dos polaridades, el participante iba y venía entre los dos lugares; hubo un momento en que la persona entró en *impasse* y el facilitador intervino para “desbloquearlo”, las emociones fueron intensas y se estaba sobreponiendo la intelectualidad al cuestionar una consigna del facilitador; entonces él tuvo que recurrir a los elementos básicos de la Gestalt, “meter” a la persona en el aquí y ahora, desterrar toda ideología religiosa y sólo sentir lo que el cuerpo está expresando en ese momento; al parecer se integraron las polaridades. Cuando José terminó, expresó sentirse algo mejor, el facilitador le aclaró que este trabajo no es de una sola sesión, hay que darle continuidad. Al finalizar la sesión, Ulises quiso participar, pero se acabó el tiempo de la sesión, prometiendo que se contemplaría para la siguiente sesión. Al despedirse, el facilitador ofreció un abrazo, en especial a Ulises, quien lo recibió afectuosamente, lo mismo hizo con Eduardo y con Manuel.

La *sesión diez*, esta fue la última sesión de intervención terapéutica cuyo objetivo fue: establecer contacto con las emociones que el relato del sueño provoca y de esa forma integrar el *self*. Para entonces, las personas participantes fueron disminuyendo, sólo había tres; por lo que el facilitador tuvo que solicitar la participación de Víctor y Edgar, quienes no habían sido constantes, pero ya habían sido evaluados en el pretest; aceptaron participar, dejando por un momento sus tareas, aunque sólo estuvieron media sesión. La sesión inició con cinco participantes; antes de llegar a la técnica de los sueños, se trabajó con la dinámica grupal “Adentro y afuera” que pretendió colocar a los demás miembros en contacto con las dimensiones más íntimas de cada uno de los participantes, construir puentes de comunicación entre el yo y el tú. Este ejercicio reveló el autoconcepto de las personas, una vez concluido, todos expresaron sus hallazgos encontrados en su personalidad. Se destaca la participación de Ulises quien mejoró, sus relaciones con sus compañeros de un día para otro, se le vio más expresivo.

La segunda actividad realizada fue la técnica Gestalt “La integración onírica”, que no es más que el trabajo con sueños; cuya finalidad fue provocar el crecimiento de la personalidad mediante el relato en tiempo presente del sueño. Cabe señalar que esta técnica tiene la particularidad que inicia con el relato de un sueño y se puede recurrir a cualquier técnica Gestalt para llevar a buen fin el trabajo terapéutico. En este ejercicio participó Manuel, por invitación del facilitador, pues desde sesiones anteriores ya había surgido su “figura”: el abandono. Sin saber que iba a encontrar en su sueño, Manuel empezó a narrar los momentos vividos, el facilitador fue guiando su narración, y cuando surgieron las figuras de los padres, el facilitador lo cambia a la técnica de la silla vacía y silla caliente, es aquí en donde el participante empezó a confrontar el conflicto del abandono de sus padres; a estas alturas de su participación, ya no mostró mayor resentimiento, terminó de una manera favorable; se puede decir que las polaridades fueron integradas, ya que al finalizar su trabajo, Manuel expresó sentirse bien y su lenguaje no verbal no lo dejó mentir; su discurso sonó coherente cuando aseguró que ya es tiempo de ver las cosas de otra manera. Referente al abandono de su padre y su madre, dijo que ha lamentado por mucho tiempo el abandono pero se ha dado cuenta que ya es tiempo de ir salir adelante junto con su “carnal”.

La *sesión once*, esta sesión estuvo integrada por siete participantes, los cinco evaluados (Eduardo, Manuel, Edgar, Víctor y Martín), además de José y Ulises quienes no aplicaron para la segunda evaluación. Esta sesión tuvo el objetivo de cerrar el taller gestáltico; e integrar las vivencias y obtener a nivel grupal las conclusiones de estas; además de aplicar el postest, los

instrumentos del Autoconcepto de La Rosa y el ACTICOL-92 de Pons y Berjano, esta vez las instrucciones para el llenado fueron menores, pues ellos mismos decían que ya sabían. Antes de informar otra cosa, se les aplicó los dos instrumentos a los cinco participantes evaluados en el pretest; a Ulises y a José se les explicó los motivos de no ser evaluados. Una vez que terminaron, se les informó del término del taller, destacando la importancia de su participación y agradeciendo haber sido parte de la experiencia. En un acto de honestidad, el facilitador expresó su sentir que le provocaba la terminación del taller; Eduardo y Manuel pedían que el facilitador siguiera asistiendo. Se solicitó a uno de los participantes expresara su experiencia de su participación en el taller y los beneficios recibidos, si es que los hubo.

Ulises expresó su gusto por participar en el taller, reconoció el agrado que sentía al tener la libertad de hablar de su condición de adicto.

Eduardo termina creyendo que el trabajo terapéutico le ayudó; e incluso, afirmó que en el taller se atrevió a expresar sentimientos y pensamientos que ni siquiera en la *tribuna* del grupo de A.A. se había atrevido a “sacar”, sin desestimar el trabajo que realiza en el centro de recuperación. Expresó haber recibido un beneficio personal, reconociendo darse cuenta que, a pesar de estar drogado y alcoholizado la mayor parte de su vida, todavía puede hacer muchas cosas. Se nota la firmeza en sus palabras; asevera tener la seguridad de “hacerla”, se le ve lleno de energía y esperanza. En la parte afectiva, expresó el deseo de tener una mujer como pareja y tal vez un hijo; asegura que va a atenderse su brazo y que desea ser de otra forma. Además, ofreció al facilitador sus servicios de pulidor de autos.

Manuel expresó su bienestar emocional, dijo haber trascendido un resentimiento que había mantenido por mucho tiempo; su lenguaje no verbal refleja sus palabras. En relación a ese resentimiento, dijo haber lamentado el abandono de un padre y una madre, situación que le dolió mucho; pero se ha dado cuenta que ya es tiempo de ir para adelante junto con su “carnal”, de “ver por su futuro”, de “echarle ganas”; como cuando no estaba en A.A. trabajaba en una empresa. Tiene toda la intención de salir adelante cuando salga del centro de recuperación.

Víctor, destacó la importancia de estar en el grupo, de ser obediente con las sugerencias de los “padrinos” de apegarse a los *servicios* de esa forma enfrenta sus problemas de adicción. En cuanto a su participación en el taller, aseguró que está luchando con sus actitudes, que le ha costado trabajo mantenerse sin droga y que el trabajo realizado en el taller le hace reflexionar que

algún día puede salir de “eso” pero que la verdad, él se concentra en su trabajo para sentirse bien y maneja la tolerancia con sus compañeros para estar mejor.

Edgar, retoma su dificultad para socializar, en especial con las mujeres; alude a sus breves relaciones sentimentales; sin embargo, cree tener otras cualidades que podría emplear para manejar esa inseguridad que tiene de sí mismo. Afirma que ahora se da cuenta que tiene que trabajar la confianza en sí mismo, pero sin alcohol.

Después de escucharlos, de manera sorpresiva el facilitador les ofrece un refrigerio, con la intención de convivir y compartir algo sencillo, pero muy significativo; les hace saber lo importantes que son para él como personas. Durante este momento de convivencia, el facilitador aprovecha para entrar en contacto con las personas y hablar de los temas que tocaron en las sesiones, el intercambio de ideas fue muy nutrido. Al final, el facilitador agradece de nuevo haber sido parte de la experiencia y se despide de Eduardo, Manuel, Víctor, Edgar, Martín, Ulises y José, con un afectuoso abrazo.

Análisis del participante en la intervención.

Enseguida se presentan los resultados por cada uno de los cinco participantes del grupo “Volver a Nacer” (Grupo de Intervención), primero se hace una breve descripción de los puntajes pre y post obtenidos de los factores *Autoconcepto Global*, *Actitud Positiva* hacia el Alcohol y *Actitud Negativa* hacia el Alcohol; así como su desempeño en relación a las variables medidas y después el desempeño personal en el proceso terapéutico en el taller Gestalt y por último, su opinión respecto a su estado emocional después de la intervención. Al final de este análisis se muestra la *tabla 10*, con el puntaje bruto de estos tres factores, obtenido por los cinco participantes en la primera y segunda evaluación.

Eduardo.

En el momento de la investigación, esta persona tenía 46 años de edad, soltera, el más grande de edad entre los cinco participantes. En el *Autoconcepto Global*, obtuvo 355 puntos en el pre y 392 puntos en el post; siendo el mayor puntaje obtenido de todos los participantes del Grupo de Intervención; si se considera que la máxima puntuación en el autoconcepto positivo son 448 puntos, *ver tabla 10*. Ello significa que Eduardo mostró tendencia bastante favorable a incrementar el juicio evaluativo que posee de sí mismo en dominios específicos de su vida; como tener una autopercepción positiva, en específico, en sus actitudes, sentimientos y conocimientos relacionados a sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social; y no es para

menos, pues fue una de las dos personas quien estuvo expuesta al proceso terapéutico durante todo tiempo que duró la intervención; es decir, las nueve sesiones. Estos resultados se derivan del proceso que se fue dando durante la intervención terapéutica. Al principio, en la sesión dos, mostró mucha resistencia para participar, le preocupaba la crítica de los demás, creía que su opinión no era importante; ante ello, fue necesaria la intervención del facilitador para revertir esa idea, pronto terminó siendo la persona más participativa en el taller, en el trabajo grupal e individual; trabajo sin interrupciones, fue el participante que tuvo mayor adherencia terapéutica y también el más expresivo.

Eduardo reconoce que en algún momento decidió no tener familia, esposa e hijos, por el hecho de haber vivido con un padre alcohólico; sin embargo, se da cuenta que esos pensamientos no le han traído nada bueno.

En los resultados obtenidos en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, Eduardo disminuyó su puntaje de 22 puntos en la primera medición, a 17 puntos en la segunda medición, de un total de 56 puntos. Fue la única persona que ya tenía un nivel bajo en este factor y después de la intervención logró disminuirlo ligeramente; mostró así, una tendencia al desacuerdo con las actitudes permisivas en el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y con la percepción respecto que el alcohol es un medio para las relaciones sociales y la integración social. De esa manera, Eduardo obtiene la puntuación más baja del resto de los participantes de su grupo. Ver *tabla 10*.

Al finalizar su participación en el taller gestáltico, afirmó que la intervención terapéutica le ayudo a darse cuenta de sus debilidades y potencialidades en relación a sus adicciones, las cuales de hoy en adelante está dispuesto a usar a su favor. Reconoce que inició el consumo de sustancias desde la juventud pero que ahora es un problema con el que tiene que luchar; se muestra agradecido con la ayuda que está recibiendo en el centro de recuperación, al igual con el trabajo que se realizó en el taller gestáltico. Se convirtió en una persona muy participativa en el tema de las adicciones, al grado que había que guiar los tiempos de su proceso terapéutico para darles oportunidad de participar a los demás miembros del grupo. En vista de esto, al finalizar cada una de las sesiones, el facilitador le daba la oportunidad a él y a Manuel de retomar brevemente el tema visto en la sesión, y de esa manera aportaban comentarios positivos.

Mientras que, en los resultados obtenidos en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Eduardo disminuyó su puntaje en este factor, de 66 puntos en el pretest a 63 puntos en el postest, de un total de 72 puntos; es decir, su Actitud Negativa hacia el Alcohol, ya era alta desde la primera

medición. Sin embargo, después de la intervención, la bajó ligeramente; aun así, todavía se encuentra en un nivel ventajoso en donde puede alcanzar una muy favorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol. De esta manera, mostró una tendencia al acuerdo, respecto al reconocimiento de la presencia de variables que inducen al consumo abusivo de alcohol; asimismo, al reconocimiento de que, el consumo continuo de bebidas alcohólicas lo mantiene en riesgo de determinados efectos negativos sociales y de salud. Ver *tabla 10*.

Cabe mencionar que esta persona tiene una discapacidad en un brazo, misma que no le permite manipular de manera normal los objetos, pero sin haber sido esto un impedimento para desplazarse libremente; de hecho, este problema en su brazo, lo ve como una diferencia que le puede complicar hacer ciertos movimientos, pero sin llegar a ser un grave impedimento para realizar sus actividades; la prueba de ello es que es hojalatero de oficio. El facilitador nunca lo trató distinto a los demás, de hecho, esa discapacidad en ningún momento fue considerada como un obstáculo para la realización de las dinámicas grupales e individuales, por lo cual pasó inadvertida, no se habló de las causas porque no fue necesario.

Manuel.

Esta persona tenía 27 años de edad. En el *Autoconcepto Global*, al igual que Eduardo, también aumento su puntaje de 289 puntos en el pre a 308 puntos en el post, de un total de 448 puntos; lo que indica que, Manuel mostró una tendencia favorable a incrementar el juicio evaluativo que posee de sí mismo en algunos dominios de su vida, como percibirse positivamente; concretamente, en sus actitudes, sentimientos y conocimientos acerca de sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social; sin embargo, este incremento, no fue suficiente para obtener un favorable Autoconcepto. Ver *tabla 10*.

Fue la segunda persona que participó en todas las sesiones de manera grupal e individual, siendo, además, muy activo en la mayoría de los ejercicios grupales e individuales, trabajando casi a la par con Eduardo, aunque sin llegar a superarlo.

En los resultados obtenidos en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, Manuel disminuyó su puntaje de 27 puntos en el pre y 20 en el post, de un total de 56 puntos. Aunque sus niveles en este factor no estaban muy altos, fue el segundo participante que logró la menor puntuación en la *Actitud Positiva* hacia el alcohol, después de Eduardo; con ello manifestó una tendencia al desacuerdo en que las actitudes permisivas en la ingesta abusiva de bebidas alcohólicas y su percepción acerca de que el alcohol sean un medio para las relaciones sociales y la integración

social. Su puntuación bajó ligeramente después de la aplicación del taller gestáltico, lo que resulta favorable. Ver *Tabla 10*.

Respecto a su problemática de las adicciones, expresó haber iniciado desde la juventud, reconoció que es un problema que hasta ese momento le ha costado manejar; se da cuenta de los problemas en que se ha metido por el consumo sin control de alcohol y sustancias, ocasionándole problemas en su vida académica y que no decir en la vida familiar.

Mientras que, en los resultados obtenidos en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, aumentó su puntaje de 24 puntos en el pre y 29 en el post de un total de 72 puntos; aunque fue un participante que mejoró en este factor, es la puntuación más baja en el postest del Grupo de Intervención; es decir, este participante mostró una tendencia al acuerdo de reconocer la presencia de variables que influyen en su consumo abusivo de alcohol; así como, al reconocimiento de que el consumo continuo de bebidas alcohólicas lo pone en riesgo de determinados efectos negativos sociales y sanitarios; sin embargo, su Actitud Negativa hacia el Alcohol, sigue siendo limitada en la consecución de resultados favorables. Ver *tabla 10*.

A Manuel le costó un poco de trabajo integrarse al trabajo grupal, pero al final lo logró, adquiriendo adherencia terapéutica. Cabe mencionar que en el grupo también estaba su hermano, Víctor, unos años menor que él, aquel “carnal” al que siempre se refirió. Al igual que Eduardo, siempre al finalizar las sesiones, los dos, junto con el facilitador, se quedaban a platicar unos minutos más acerca del tema visto, lo enriquecían con sus puntos de vista y experiencias personales.

Edgar.

Esta persona tenía 43 años de edad y fue uno de los participantes quien trabajó sólo seis sesiones. En el *Autoconcepto Global*, Edgar subió su puntaje de 272 puntos en el pre a 278 puntos en el post, de un universo de 448 puntos; esto significa que, Edgar mostró una tendencia poco favorable a aumentar su juicio evaluativo en dominios específicos de su vida; como lo es tener una autopercepción positiva, en sus actitudes, sentimientos y conocimientos vinculados a sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social; sin embargo, dicho incremento es insuficiente para lograr un cambio importante. Ver *tabla 10*.

Al principio Edgar participó en todas las actividades grupales e individuales de las primeras cinco sesiones y en la última, participó sólo medio tiempo. Se podría decir que adquirió adherencia terapéutica porque, a pesar de que estaban por darle *media luz*⁵ por haber cumplido su

tiempo de recuperación, se mostró muy interesado en seguir participando en el taller; incluso estaba dispuesto a venir a las sesiones, aun cuando ya estuviera fuera de centro de recuperación. Pero sus intenciones se vieron interrumpidas antes, pues le asignaron *servicios* en horarios que le correspondían al taller, como atender quehaceres en la cocina; estas actividades no le permitieron mantener la continuidad en las sesiones del taller, y en consecuencia la atención al trabajo terapéutico que estaba realizando; ya que, en ocasiones durante su participación tuvo que salir y a veces no regresar, sobre todo en las últimas sesiones en que participó.

En los resultados obtenidos en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, Edgar mantuvo casi igual su puntaje, de 49 puntos en el pre a 50 en el post, de un total de 56 puntos; es decir, mostró una tendencia al acuerdo en relación a las actitudes permisivas en el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y con la percepción respecto que el alcohol es un medio para relacionarse e integrarse socialmente. De esta manera, Edgar enfrenta de manera desfavorable su adicción al alcohol en este factor.

En cuanto a sus adicciones, Edgar reconoció su problemática con el alcohol y el tabaco, misma que le ha acarreado problemas en su vida personal; asimismo, reconoce que parte de su vida no se ha sentido agraciado físicamente para el sexo femenino; él cree que ese ha sido un problema para mantener relaciones sentimentales duraderas con las mujeres. Aceptó que el alcohol ha sido un vehículo para mejorar momentáneamente sus relaciones con el sexo opuesto, porque sobrio no puede; sin embargo, cree tener otros atributos que podría explotar para compensar esa percepción que tiene de sí mismo. Ahora se da cuenta que tiene que trabajar la confianza en sí mismo, pero sin alcohol. Esta percepción de su Autoconcepto, en la segunda evaluación, no es casual si se considera que un alto puntaje en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol lleva a la percepción de que el alcohol es un medio para integrarse con los demás y relacionarse socialmente.

En cuanto a los resultados obtenidos en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Edgar ya había reportado un puntaje alto de 70 puntos en el pre y en el post alcanza la máxima puntuación que son 72 puntos en este factor; es decir, desde la primera evaluación, Edgar expuso una tendencia al acuerdo en relación al reconocimiento de la presencia de variables que influyen al consumo sin control de alcohol; asimismo, a la identificación de que, el consumo constante de alcohol lo pone en riesgo de ciertos efectos negativos sociales y de salud. En la segunda evaluación manifestó un

total acuerdo. Ver *tabla 10*. Al final, expresa que su permanencia en el centro de recuperación le ayuda a mantenerse sobrio y está dispuesto a trabajar con su adicción.

Víctor.

Esta persona fue la más joven del grupo participante con 22 años de edad, quien también trabajó seis sesiones. Le asignaron el cargo del *segundo* poco después de iniciar el taller gestáltico. En el *Autoconcepto Global*, esta persona subió su puntaje de 257 puntos en el pre a 261 puntos en el post; esto significa que, Víctor manifestó una tendencia poco favorable a aumentar su juicio evaluativo en áreas específicas de su vida; como es, poseer una autopercepción positiva, en sus actitudes, sentimientos y conocimientos relacionados a sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social; sin embargo, a pesar de haber mejorado levemente su autoconcepto; dicho incremento es insuficiente para lograr un cambio importante, pues el máximo puntaje es 448 puntos. Aunque menor su incremento en la puntuación, obtuvo resultados positivos. Ver *tabla 10*.

Al igual que Edgar; al principio, Víctor participó en todas las actividades grupales e individuales, también adquirió adherencia terapéutica, pero le asignaron *servicios* en horarios en que debía estar participando en el taller. Estas responsabilidades, entre algunas, ser *segundo*, así como cuidar la puerta de acceso del centro, o ir en grupo por un “doceavo”, no le permitió mantener la continuidad y en consecuencia la atención al trabajo terapéutico que estaba realizando durante las sesiones, pues en varias ocasiones, durante la intervención grupal sobre todo en las últimas sesiones en que participó, tuvo que abandonarlas y a veces no regresar.

En los resultados obtenidos en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, este participante bajó su puntuación de 25 puntos en el pre a 21 puntos en el post, de un total de 56 puntos. En la primera evaluación Víctor ya tenía una actitud baja hacia este factor; lo que significa que, antes de la intervención manifestó una tendencia al desacuerdo con las actitudes permisivas en el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y con la percepción acerca de que el alcohol es un medio para las relaciones sociales y la integración social; sin embargo, en la segunda medición, su desacuerdo se acentúa. De esta manera, se coloca como el tercer participante que logró la menor Actitud Positiva hacia el Alcohol, después de su hermano Manuel; aunque ligero su decremento en la puntuación, pudo obtener resultados positivos en su intento de recuperación.

Respecto a sus adicciones, reconoció su problema con el alcohol y el activo. Esta persona expresó sentirse cómodo y protegido en el centro de recuperación; decía: “estoy en puerto

seguro”, y esperaba salir para enfrentarse a la vida, familiar, principalmente. A pesar de tener la posibilidad de fugarse, como algunos lo hicieron en el tiempo que duró el taller, porque estaba encargado de las llaves de la puerta de acceso, no lo hizo, tenía la seguridad que no iba a poder solo fuera del centro, y esperaba recuperarse de sus adicciones. Cabe mencionar que Manuel es su hermano menor. Ver *tabla 10*.

Mientras tanto, en los resultados obtenidos en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Víctor bajó su puntuación de 38 puntos en el pre a 34 puntos en el post, de un total de 72 puntos; con ello, mostró una tendencia al desacuerdo, referente al reconocimiento de la presencia de variables que conllevan a la ingesta de alcohol; asimismo, al reconocimiento de que, el consumo continuo de esta sustancia lo mantiene en riesgo de determinados efectos negativos sociales y de salud. Ver *tabla 10*. De esta manera, Víctor se coloca como el segundo participante que disminuye su *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, junto con Eduardo; sin embargo, a Víctor no le va mejor, porque su puntaje sigue bajo, sus recursos para enfrentar favorablemente su adicción hacia el alcohol, son limitados en este factor.

Víctor participó en la mayoría de las actividades grupales en las primeras cinco sesiones y por petición del facilitador asistió en la última, pero sólo estuvo medio tiempo. Mientras estuvo activo en las sesiones, su participación grupal e individual fue muy positiva, manifestó sus carencias en las relaciones interpersonales y estuvo dispuesto a sobrellevarlas.

Martín.

Esta persona tenía 45 años de edad. En el *Autoconcepto Global*, Martín obtuvo una disminución en su puntaje de 360 puntos en el pre a 339 puntos en el post, de 448 puntos totales. Esto significa que Martín en la primera medición mostró una tendencia bastante favorable a aumentar el juicio evaluativo de sí mismo en algunas áreas de su vida, como lo es, percibirse positivo; en específico en sus actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a sus capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad; sin embargo, en la segunda medición presentó una disminución tendiente a poco favorable; cuyos resultados resultan insuficientes para obtener un muy favorable autoconcepto.

Quizás este decremento está relacionado con su disposición al trabajo terapéutico, pues participó sólo en las primeras cinco sesiones, aunque siempre con reserva, pero no logró adquirir la adherencia terapéutica que los demás participantes demostraron. Martín mostró mucha resistencia al trabajo grupal e individual desde la tercera sesión, pues cuando los demás

participantes estaban realizando dinámicas grupales, nunca se quiso integrar, su argumento siempre fue: “no quiero, yo desde aquí los veo, así participo”. Cuando estuvo ausente en las sesiones grupales, él siempre se mantuvo en ocio dentro de las instalaciones del grupo, en su habitación ya sea durmiendo o viendo televisión; según versiones de sus compañeros de grupo. Fue la única persona participante que bajó su puntuación, de 360 puntos en el pretest a 339 puntos en el postest. Ver *tabla 10*.

En los resultados obtenidos en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, disminuyó su puntaje de 42 puntos en el pre a 39 en el post; esto significa que, Martín mostró una tendencia al desacuerdo en relación a las actitudes permisivas en el consumo sin control de bebidas alcohólicas; de igual manera, con la percepción respecto que el alcohol le permite relacionarse e integrarse socialmente. Quizás los resultados en la segunda medición parecieran positivos, pero si se ve en términos numéricos, Martín necesita hacerse de recursos para enfrentar favorablemente su adicción, si se toma en cuenta que el puntaje máximo negativo en este factor es 56 puntos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Martín aumentó su puntaje de 58 puntos en el pre a 61 en el post, de un total de 72 puntos; esto significa que, en la segunda medición presentó una tendencia al acuerdo de reconocer las variables que participan en el consumo abusivo de alcohol; así como, darse cuenta de que, el consumo invariable de esta sustancia lo coloca en riesgo de efectos negativos sociales y de salud. Aunque aumentó ligeramente su puntuación, ya se encontraba con puntuaciones altas; en teoría, posee recursos suficientes para enfrentar su adicción, aunque la realidad es distinta. Ver *tabla 10*.

Martín ha estado en más de 30 *anexas*, aunque realmente aseguró haber estado aproximadamente en 370 (hasta el día del cierre del taller), dice él: “toda mi vida he sido un borracho”; reconoció que nunca ha dejado de ingerir alcohol por mucho tiempo y no cree poder dejarlo, por eso necesita estar la mayor parte del tiempo *anexado*; asegura que, casi toda su vida ha vivido en centros de recuperación.; mencionó que, esta vez estaba en el centro porque el mismo se fue a “anexar” y siempre ha sido así, nadie lo lleva, pero en esta ocasión era necesario ya que llevaba como tres meses sin dejar de alcoholizarse y estaba seguro que saliendo iba a beber alcohol otra vez, y una vez que se sintiera mal iba a repetir lo mismo. Expresó que, para él, estar en ese momento en el centro era como un descanso a su organismo porque ya se sentía mal físicamente. Un mes después de haber concluido su trabajo a medias en el taller gestáltico, fue visto por el facilitador, casualmente en la calle, en grave estado de ebriedad.

Para concluir, es posible analizar los resultados por individuo; para ello se muestran los datos crudos obtenidos en el pretest y en el postest de cada uno de ellos. En primera, en el factor *Autoconcepto Global*; Eduardo obtuvo en el pre 355 puntos y en el post 392, Manuel obtuvo en el pre 289 puntos y 308 en el post, Edgar obtuvo en el pre 272 puntos y 278 en el post, Víctor obtuvo en el pre 257 puntos y 261 en el post y Martín obtuvo en el pre 360 puntos y 339 en el post; todos de un total de 448 puntos que suman las cinco dimensiones del Autoconcepto de La Rosa.

Como se observa, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas, fueron tres participantes que obtuvieron una tendencia favorable; el más alto fue Eduardo quien inició con una tendencia favorable a muy favorable al autoconcepto. Le siguió Martín que inició con una tendencia favorable al autoconcepto, disminuyendo de manera importante su puntuación, con una diferencia entre el pretest y el postest de -21 puntos y Manuel que obtuvo una diferencia importante, inicio con una tendencia poco favorable al autoconcepto y terminó casi igual. No obstante, fueron Eduardo y Manuel quienes, para alcanzar este porcentaje, incrementaron su puntuación en +37 y +19 puntos respectivamente, mientras que Martín la disminuyó en -21 puntos. El resto de participantes obtuvo una tendencia desfavorable; Edgar inició con una tendencia poco favorable al autoconcepto y se mantuvo prácticamente sin cambios, presentó una diferencia entre las dos evaluaciones de +6 puntos. Mientras que, Víctor inició con una tendencia desfavorable al autoconcepto y termina casi igual con una diferencia entre las dos evaluaciones de +4 puntos. Considerando que, la persona obtiene una tendencia muy favorable a un autoconcepto positivo, cuando aumenta su puntuación; lo que es lo mismo, cuando se acerca a la máxima puntuación de este factor. Estos datos mantienen congruencia con la participación en las dinámicas grupales y en las técnicas realizadas en las sesiones terapéuticas. Eduardo y Manuel fueron los únicos participantes que fueron constantes en su participación en las nueve sesiones que duró el taller gestáltico. Como ya se mencionó, Manuel tardó un poco en integrarse al trabajo terapéutico; en tanto, Martín únicamente participó en cinco sesiones, a pesar de que inició favorablemente en el pretest, disminuyó su puntaje al final. Como se observa, los resultados son proporcionales a la participación de las personas en el número de sesiones y a la intensidad de su participación en estas. Ver *tabla 10*.

En tanto, los resultados estadísticos del factor *Actitud Positiva* hacia el Alcohol a nivel grupal; no muestran diferencias significativas; sin embargo, también es posible hacer un análisis

de cada una de las personas participantes en el taller, lo que permite evaluar su desempeño con mayor precisión. En la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; Eduardo obtuvo en el pre 22 puntos y en el post 17, Manuel obtuvo en el pre 27 puntos y 20 en el post, Edgar obtuvo en el pre 49 puntos y 50 en el post, Víctor obtuvo en el pre 25 puntos y 21 en el post y Martín obtuvo en el pre 42 puntos y 39 en el post; todos de un total de 56 puntos que suman las tres dimensiones del factor Actitud Positiva hacia el Alcohol.

Como se observa en base a las puntuaciones obtenidas, en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, fueron tres participantes que obtuvieron una actitud muy favorable; el más alto fue Eduardo quien inició con una favorable a una muy favorable *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, con una diferencia entre el pretest y el posttest de -5 puntos. Le siguieron Manuel y Víctor quienes obtuvieron una diferencia importante, iniciaron con una tendencia favorable a una muy favorable *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; con una diferencia entre las dos evaluaciones de -7 y -4 puntos, respectivamente. El resto de participantes obtuvo una actitud desfavorable; es decir, sus porcentajes fueron mayores a los de estos tres participantes; Edgar inició con una desfavorable *Actitud Positiva* hacia el Alcohol y se mantuvo prácticamente sin cambios, presentó una diferencia entre las dos evaluaciones de +1 punto. Por último, Martín inició con una tendencia poco favorable manteniéndose prácticamente sin cambios, con una diferencia entre el pretest y el posttest de -3 puntos. Se considera que, la persona obtiene una favorable *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, cuando disminuye su puntuación; lo que es lo mismo, cuando se aleja de la máxima puntuación. Como ya se mencionó, estos resultados mantienen congruencia con la participación e intensidad en el trabajo terapéutico. Eduardo y Manuel fueron los únicos participantes que fueron constantes en su participación en las nueve sesiones que duró el taller gestáltico. Ver *tabla 10*.

Finalmente, los resultados estadísticos de la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol a nivel grupal, tampoco mostraron una diferencia estadísticamente significativa; sin embargo, también es posible hacer un análisis de cada uno de los participantes en el taller. Por tanto, en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol; Eduardo obtuvo en el pre 66 puntos y en el post 63, Manuel obtuvo en el pre 24 puntos y 29 en el post, Edgar obtuvo en el pre 70 puntos y 72 en el post, Víctor obtuvo en el pre 38 puntos y 34 en el post y Martín obtuvo en el pre 58 puntos y 61 en el post; todos de un total de 72 puntos que suman las tres dimensiones del factor Actitud Positiva hacia el Alcohol.

Como se observa en base a las puntuaciones obtenidas, fueron tres participantes que obtuvieron una actitud muy favorable; el más alto fue Edgar quien obtuvo un comienzo

importante, inició con una muy favorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol y se mantuvo prácticamente sin cambios, presentando una diferencia entre las dos evaluaciones de +2 puntos. Le siguió Eduardo quien inicio con una muy favorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol y se mantuvo prácticamente sin cambios, con una diferencia entre el pretest y el postest de -3 puntos, y Martín quien inició con una favorable actitud manteniéndose prácticamente sin cambios, con una diferencia entre el pretest y el postest de +3 puntos. El resto de participantes obtuvo una actitud desfavorable; es decir, sus porcentajes fueron menores al de estos tres participantes. Víctor inició con una poco favorable a una desfavorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol y una diferencia entre las dos evaluaciones de -4 puntos. Por último, Manuel inició con una desfavorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol manteniéndose prácticamente sin cambios, con una diferencia entre el pretest y el postest de +5 puntos. Hay que tomar en cuenta que, la persona obtiene una favorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, cuando aumenta su puntuación; o sea, cuando se acerca a la máxima puntuación. Ver *tabla 10*.

Tabla 10. *Muestras relacionadas de los factores de las dos variables en el Grupo de Intervención*

Participante	Autoconcepto Global *		Actitud Positiva hacia el Alcohol **		Actitud Negativa hacia el Alcohol ***	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Eduardo	355	392	22	17	66	63
Manuel	289	308	27	20	24	29
Edgar	272	278	49	50	70	72
Víctor	257	261	25	21	38	34
Martín	360	339	42	39	58	61

Nota: * de un total de 448 puntos, ** de un total de 56 puntos, *** de un total de 72 puntos

Resultados de las evaluaciones en el Grupo de Control.

Respecto al *Autoconcepto Global* en el Grupo de Control, los resultados pretest indican que, las cinco personas obtuvieron una tendencia poco favorable en el *Autoconcepto Global*; y en la segunda evaluación, la mayoría (Rafael, Oscar y Luis) disminuyeron su puntaje y sólo Porfirio y José elevaron ligeramente su puntuación; sin embargo, a pesar de ello, no les alcanzó para lograr resultados favorables; esto significa que, la evaluación positiva que poseen de sí mismos en dominios específicos de su vida (Calero et al. 2016), como lo es, una buena autopercepción, específicamente en sus actitudes, sentimientos y conocimientos en relación a sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social (Salmeron, 1992), puede no ser mejor en Rafael, Oscar y Luis; sin embargo si lo puede ser en Porfirio y José quienes elevaron su puntaje; aunque

sin llegar a ser relevante como para lograr una tendencia favorable, pues sus puntuaciones aún se mantienen en un rango bajo. Si se comparan estos resultados con los del Grupo de Intervención, existe una diferencia visible, obviamente estos resultados, en especial los puntajes elevados, son ajenos a la intervención Gestalt, los cuales podrían explicarse porque este grupo no experimentó la intervención. Ver *tabla 11*.

Estos resultados coinciden con lo encontrado en un estudio por Salmeron (1992) donde se midió el autoconcepto en estudiantes, observándose una diferencia significativa en la dimensión *Emocional* del Grupo Experimental que recibió psicoterapia, en relación a los participantes del Grupo Control que no presentó diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del autoconcepto.

Los participantes del Grupo de Control son equivalentes a los del Grupo de Intervención, en la mayoría de variables como género, nivel de estudios, patrón de consumo y *anexos* sumados.

Respecto a la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, la mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones altas en el pretest, excepto José quien obtuvo un puntaje medio. Una vez que se les aplicó la segunda evaluación, Luis y José disminuyeron ligeramente sus puntajes; mientras que Oscar y Porfirio permanecieron sin cambios relevantes y sólo Rafael bajo su puntaje de manera importante. A pesar de estas ligeras variaciones en las puntuaciones de cuatro participantes no presentaron cambios relevantes en su actitud; excepto Rafael. Según la escala ACTICOL-92 de Pons y Berjano, a menor puntaje, esta persona pudo haber disminuido su *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, lo que resulta favorable; esto significa que, una vez que las cinco personas respondieron el postest, sólo Rafael podría disminuir sus actitudes indulgentes ante el consumo abusivo de bebidas alcohólicas; asimismo, su percepción acerca de que el alcohol es un medio para las relaciones sociales y la integración social; de tal manera que, su percepción del alcohol basada en la permisividad y en la minimización de las consecuencias negativas apoyadas en la justificación derivadas de sus efectos evasivos, también podría verse disminuida. En tanto, Oscar, Porfirio y Luis, mostraron resultados insuficientes para disminuir su *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; mientras que, José se mantuvo tendiente a disminuir esta actitud. En síntesis, hubo tres personas que disminuyeron ligeramente su *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, mientras que una persona la mantuvo y otra persona la aumentó ligeramente; estos cambios de actitud se deben a variables extrañas que se desconocen y no fueron controladas por el facilitador. Ver *tabla 11*.

Comúnmente no sucede que un Grupo de Control obtenga resultados favorables sin recibir algún tipo de intervención, como en este estudio de tesis; esto se demuestra en un estudio de Gonzáles, Manzano y González (2009), donde se realizó intervención para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes, cuyos resultados después de esta, mostró que, el grupo de intervención terminó mejor informado sobre los efectos del alcohol; asimismo, se retrasó la media de edad de inicio de consumo, el número de adolescentes que consumieron alcohol fue menor y se emborrachaban menos en comparación que los del grupo control.

Respecto a la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol. En el pretest Rafael, Oscar, Porfirio y Luis obtienen puntuaciones de medias a altas y José obtiene la máxima puntuación. Los resultados postest son muy similares a los pretest, con ligeras variaciones; Oscar mantiene su puntaje en las dos evaluaciones; mientras que, Porfirio y Luis incrementan su puntuación, y José quien obtuvo la máxima puntuación en el pretest, bajó ligeramente en la segunda evaluación; sin embargo, la mayoría de las personas mantuvieron sus puntuaciones altas. De acuerdo a la escala ACTICOL-92 de Pons y Berjano, a mayor puntaje en este factor, la persona aumenta su *Actitud Negativa* hacia el Alcohol; esto significa que después de la segunda evaluación, Porfirio y Luis reconocen la existencia de variables que posibilitan el consumo abusivo de alcohol, las que incluyen tanto el efecto de imitación de los adultos, como los problemas originados por el ambiente familiar, además confían en determinadas medidas legales y educativas, orientadas a la prevención. También reconocen que, la ingesta continua de bebidas alcohólicas los coloca en riesgo de determinados efectos negativos de índole social y sanitaria. En tanto, Rafael, Oscar (quien obtuvo una ligera disminución) y José tienen también la posibilidad de mejorar su *Actitud Negativa* hacia el Alcohol ya que, a pesar de que no hayan sufrido cambios relevantes entre las dos evaluaciones, sus puntajes se consideran suficientes para mejorar favorablemente su actitud a este factor. Ver *tabla 11*.

Cualitativamente se aprecia un resultado favorable en este grupo, en comparación con el del Grupo de Intervención; aunque este resultado bien pudo deberse a variables que estarían presentes en este grupo antes de las evaluaciones, como la disciplina, la motivación y la figura de un líder del grupo, entre otras. En este estudio, se contempló un Grupo de Control para observar que, los posibles cambios en el Grupo de Intervención se deban a la aplicación del taller gestáltico y no a variables no controladas o relacionadas con el entorno. (Chamorro, 2010).

Tabla 11. *Muestras relacionadas de los factores de las dos variables en el Grupo de Control*

Participante	Autoconcepto Global *		Actitud Positiva hacia el Alcohol **		Actitud Negativa hacia el Alcohol ***	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Rafael	279	276	52	24	69	59
Oscar	301	262	42	42	66	66
Porfirio	333	346	42	44	58	67
Luis	236	215	53	49	60	62
José	325	338	37	35	72	66

Nota: * de un total de 448 puntos, ** de un total de 56 puntos, *** de un total de 72 puntos

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Enseguida se presenta la discusión de los resultados descritos en el apartado anterior. Siguiendo la misma estructura del apartado, se comienza con la discusión del análisis cuantitativo, destacando los resultados de los instrumentos y recurriendo, cuando sea necesario, a los datos sociodemográficos. Se continúa con la discusión del análisis cualitativo, en este apartado se discute el grupo, tanto sus características como el proceso de trabajo. Para finalizar, se mencionan las conclusiones de la presente investigación, sus limitaciones, así como sugerencias para futuros estudios.

Análisis cuantitativo

Datos sociodemográficos.

En este apartado se incluyen, los datos sociodemográficos, patrón de consumo (inicio de consumo, frecuencia, tipo de bebida, otras sustancias), *anexos* y participación. Cabe señalar que se omitieron los datos recabados: medicados y *recaídas*, por no considerarse relevantes para el estudio. Además, se incluye la relación entre el Grupo de Intervención y el Grupo de Control por género, edad, escolaridad, patrón de consumo (inicio de consumo, frecuencia, tipo de bebida, otras sustancias), *anexos* y participación.

Grupos participantes, género, edad y escolaridad.

En relación al género de las diez personas participantes, en este estudio todos son hombres, cinco en el Grupo de Intervención y cinco en el Grupo de Control. Aunque también hay grupos de mujeres, esta prevalencia de hombres en los centros de atención de adicciones, puede no ser casual, ya que los hallazgos encontrados por Hernández (2015) reporta que en México hay más de 4 millones de personas alcohólicas, de las cuales 3 millones 500 mil son hombres y cerca de 700 mil son mujeres. Otro dato importante es el arrojado por la ENCODAT 2016-2017, donde revela que, en el último año, las mujeres (0.5%) son las que menos solicitaron algún tratamiento en comparación con los hombres (3.2%). Son los hombres quienes más se someten a un tratamiento en un *anexo* (34.6%) y por desintoxicación (23.6%), mientras que más mujeres se someten a un tratamiento por desintoxicación (38.4%) y por internet (37.6%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Con respecto a la edad de los participantes, la mayor concentración se ubica en los rangos de 21 a 25 años y de 41 a 45 años con tres participantes en cada uno. Estos participantes entran en los datos que corrobora Cruz (2015) cuando afirma que, una de cada tres personas de 12 a 65 años mantiene un consumo nocivo de alcohol, entre otras drogas lícitas e ilícitas. De igual manera, el consumo diario de alcohol, en el grupo de edad de 18 a 65 años, se incrementó de 0.9% en el 2011 a 3.0% en el 2017 y el consumo excesivo en el último año, pasó de 31.2% (2011) a 37.4% (2016), (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

En este sentido, Gómez et al. (2010; en Cab et al., 2015) asegura que, en México la ingesta de bebidas alcohólicas en jóvenes mayores de 18 años, ocupa el lugar 11 en el mundo y el tres en América. Estos datos coinciden con las edades de dos participantes, quienes entran en el rango de 26 a 30 años, y los otros dos en el de 46 a 50 años.

En cuanto a la escolaridad de los participantes, cuatro de los participantes cuentan con estudios de secundaria y cuatro más con estudios de preparatoria; mientras que sólo dos personas tienen estudios de primaria. Al respecto, Riaño (2015) realizó un estudio donde reporta que, la población más afectada por el consumo de sustancias, entre una de ellas el alcohol, es aquella con grados académicos bajos. Por supuesto que dicha conclusión se debe tomar con reservas; pero es interesante ver que la máxima escolaridad entre los participantes es la educación media superior, sin ahondar si fue trunca o no. De igual forma, Valdez (2005) encontró que el porcentaje más elevado de consumo de bebidas alcohólicas se presenta entre adolescentes que no han presentado continuidad en sus estudios. Al parecer, existe cierta relación entre la situación académica y el consumo de alcohol; Calero et al. (2016), lo confirman en un estudio con adolescentes escolarizados, encontrando que, el autoconcepto académico y la autopercepción positiva sobre el comportamiento mantuvieron una relación negativa con el alcohol. Sin embargo, en la ENCODAT 2016-2017, se observó que, tanto en los niveles altos de estudio como en la ausencia de ellos, el alcohol es la principal droga de inicio, (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Patrón de consumo.

Respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol; la gran mayoría, nueve de los diez participantes comenzaron el consumo entre los 10 y 18 años de edad, antes de alcanzar la mayoría de edad; es decir, siendo niños todavía. Esta cifra no está alejada de la realidad nacional, pues la ENCODAT 2016-2017 mostró que, en el 2011, el 55.2% de los consumidores de alcohol

aseguraron haberlo ingerido por primera vez a los 17 años o menos; este porcentaje disminuyó en el 2016 a 53.1% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017). De igual manera, Cruz (2015) asegura que, la edad promedio de consumo de alcohol ha bajado a 12 años de edad y de paso, aumentando con ello los patrones de ingesta en las mujeres. La institución en la Ciudad de México, IAPA, que más sabe de adicciones, confirma que el consumo de alcohol, tabaco y drogas es mayor en los adolescentes de la Ciudad de México; sin embargo, hay una tendencia al crecimiento paulatino en todas las entidades (Antonio, 2015).

En relación a la frecuencia de consumo de alcohol de los participantes, la mayoría; en este caso, la mitad de los participantes (cinco) aseguraron haber consumido alcohol diariamente, le siguen los del consumo ocasional y, por último, los que sólo consumían en los fines de semana. Estos patrones de consumo no han cambiado mucho en los últimos años, en especial el *consumo diario*; por ejemplo, la ENCODAT 2016-2017 reveló que los adolescentes de 12 a 17 años, elevaron su consumo de 0.2% en el 2011 a 2.6% en el 2016. En tanto los adultos, de 18 a 65 años, de igual manera, incrementaron su consumo de 0.9% en el 2011 a 3.0% en el 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017). Contrariamente al dato que arroja este estudio, respecto a los bebedores de fin de semana, Pons (1994) encontró, en un estudio realizado con estudiantes de enseñanza media en escuelas públicas y privadas, que los adolescentes no suelen beber alcohol en forma habitual en su casa, sino que lo hacen con sus amigos en los momentos de ocio durante los fines de semana.

Referente al tipo de bebida que acostumbraban ingerir los participantes, la mayoría (cuatro) consumía tequila, le seguían los que consumieron varias bebidas alcohólicas, después los que consumieron otras sustancias como el alcohol de 96° y por último el que consumía cerveza. Este último dato contrasta con lo encontrado en la ENCODAT 2016-2017, donde la bebida preferida por los hombres es la cerveza (19.1% en menores de edad y 30.6% para consumidores de 18 a 29 años), seguida por los destilados, donde puede entrar el tequila. Mientras que, para las mujeres, además de la cerveza (11.7% en adolescentes y 20.3% para consumidores de 18 a 29 años), son las bebidas enlatadas para adolescentes y destilados para adultas (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Respecto al consumo de alcohol con otras sustancias, la mayoría de los participantes (cuatro), consumían alcohol con varias sustancias a la vez (mariguana, tabaco, activo, etcétera); mientras que la mariguana y el tabaco fueron consumidos en la misma proporción, dejando al

último el consumo de activo o inhalantes. Esto significa que, regularmente, la ingesta nociva de alcohol no se da de manera aislada, sino que ocurre con el consumo de otras drogas ilícitas como la marihuana, metanfetaminas y cocaína, dicha situación ha aumentado entre la población de 12 a 19 años de edad. El problema de las adicciones comienza con el consumo de alcohol, como lo aclaró el ex rector de la UNAM Juan Ramón de la Fuente, quien aseguró que, la marihuana no es la droga de acceso a otras drogas, sino que es el alcohol, el que lleva a más jóvenes a experimentar otras drogas (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2016).

Anexos.

Cuando se habla de la cantidad de *anexos* que tiene un alcoholístico, se refiere a las veces que ha ingresado a un centro de recuperación para el alcoholismo 24 horas. Cualquiera de los diez participantes ha estado por lo menos una vez en un lugar como estos. Fue el caso de un participante, pero la mayoría ya tiene más de un ingreso y hay los que tienen entre 11 y 15 *anexos* (dos personas) o entre 16 y 20 *anexos* (dos personas); pero son los menos que tienen más de 30 *anexos* (una persona). Dicha tendencia se relaciona con los datos arrojados por la ENCODAT 2016-2017, donde el primer tipo de tratamiento que recibe la mayoría de consumidores es ingresar a un *anexo* (32.4%), seguido de un tratamiento por desintoxicación (24.8%); y al último, un tratamiento psiquiátrico o residencial (13.2%), (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Participación.

Respecto a la participación de las diez personas evaluadas en el pretest y el postest, se destaca la participación de las cinco personas en el taller gestáltico; es decir, el Grupo de Intervención, pues su participación en las sesiones toma relevancia en el análisis cualitativo de los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos. Se resalta la participación de dos personas en las nueve sesiones que duró el taller y de dos personas que trabajaron cinco sesiones, por considerarse el mínimo y máximo de participación, porque a mayor participación en terapia psicológica, la persona puede adquirir beneficios. Como bien lo dice The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): “Mediante la participación activa del paciente en su tratamiento, las terapias psicológicas pueden “empoderar” a las personas y animales a involucrarse en su proceso de recuperación”. Esta participación activa de la persona en terapia puede ayudar a disminuir ese sentimiento de invalidez que la persona puede llegar a desarrollar como consecuencia de vivir su enfermedad mental (Infocop, 2008).

Análisis intergrupacional.

Por género, edad y escolaridad.

En esta investigación participaron diez personas del género masculino, cinco pertenecientes al Grupo de Intervención y cinco al Grupo de Control. La mayoría de los participantes del Grupo de Intervención se ubican en el rango de 41 a 45 años y los del Grupo de Control, en el rango de 21-25 años. Dichos datos se relacionan con los resultados de ENCODAT 2016-2017, donde se mostró que, el consumo diario de alcohol en la población masculina de 18 a 65 años aumentó de 1.7% en 2011 a 5.0% en 2016; mientras que, el consumo en el último año, en la misma población, disminuyó de 69.3% en 2011 a 66.4% en 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Los grupos formados, resultaron de la disponibilidad de las personas en residencia en ese momento en los grupos *naturales* de Alcohólicos Anónimos. Casualmente las edades de los participantes coincidieron con los criterios de inclusión planteados (entre 18 y 60 años); ambos grupos quedaron compuestos por personas cuyo rango de edad fluctuó entre 21 a 50 años de edad.

En cuanto a la escolaridad de los participantes, la diferencia de estudios no fue tan grande, pues el Grupo de Intervención tuvo participantes con tres niveles de escolaridad: primaria, secundaria y bachillerato. Mientras que el Grupo de Control tuvo participantes con dos niveles de escolaridad: secundaria y bachillerato. Estos datos guardan cierta relación con el último reporte del segundo semestre de 2016 en el CIJ, el cual indica que, los usuarios que acudieron por primera vez a tratamiento, el 20.1% correspondió a problemas con el alcohol; de esta cifra, poco más de la mitad (67.2%) fueron hombres, quienes en su mayoría contaban con estudios de secundaria (42.8%) y bachillerato (26.5%). Como se aprecia, los niveles escolares más afectados son secundaria y bachillerato (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017). A pesar de ello, puede decirse que no existe una relación importante entre el nivel de estudios de los consumidores y la enfermedad de alcoholismo.

Por patrón de consumo.

Respecto al inicio de consumo de alcohol, ambos grupos comparten la variable de consumo de alcohol a edad temprana, pues la mayoría de participantes (cuatro del Grupo de Intervención y cinco del Grupo de Control), excepto uno del Grupo de Intervención, iniciaron su consumo entre los 10 y 18 años. Estos datos coinciden con lo expuesto en el Primer Foro Universitario de

Conductas de Riesgo y Embarazo en Adolescentes, organizado por la UAM, donde se reveló que, la edad promedio de consumo de alcohol y algunas drogas ilegales inicia desde los 12.6 años, lo cual es calificado de muy grave (UAM Saludable, 2015). De igual forma, Contreras et al. (2008) realizó un estudio en un grupo de adolescentes mexicanos en el cual observó que, en el 45.7% la edad de inicio del consumo de alcohol, en ambos sexos fue entre los 14 y 16 años. En un estudio entre adolescentes, de actitud ante el consumo de alcohol, la mayoría tenía 16 años de edad y la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 13.7 años (López et al., 2013). De igual manera, en general, la media de quienes solicitaron ayuda en los CIJ iniciaron el consumo de alcohol a los 16.2 años (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

En la frecuencia de consumo de alcohol, en el Grupo de Intervención se concentraron las personas que consumían a diario (tres) en seguida de los bebedores ocasionales. Mientras que en el Grupo de Control fueron los menos los que bebían diario (dos) seguido de los bebedores de fines de semana. Dichos datos en el primer grupo pueden guardar relación con lo presentado en la ENCODAT 2016-2017, donde la prevalencia consumo diario, en la población general de 12 a 65 años, se incrementó al pasar de 0.8% en el 2011 a 2.9% en el 2016; y en lo particular, el consumo en hombres pasó de 1.4% a 4.5% y en las mujeres de 0.2% a 1.4% en ambas mediciones respectivamente. Contrariamente, los usuarios que solicitaron ayuda por alcoholismo en los CIJ, el 94.9% consumió bebidas alcohólicas durante el último año, el 65.6% durante el último mes y el 18.2% declaró consumir diariamente (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017). De igual manera, un estudio de López et al., (2013), quienes documentan que en México existen alrededor de 27 millones de personas que han ingerido alcohol en cantidades importantes por ocasión de consumo, con frecuencias de entre menos de una vez al mes y diario.

En relación al tipo de bebida, en el Grupo de Intervención predominó el consumo de otras bebidas no especificadas (como el alcohol de 96°), seguido del consumo por igual de varias bebidas, tequila y cerveza. La mayoría de las personas (tres) en el Grupo de Control, bebían tequila, seguida del consumo de otras bebidas. Como puede verse, en primer lugar, el consumo de otras bebidas alcohólicas es más variado en el Grupo de Intervención, y en segundo lugar después del tequila, en el Grupo de Control. Dichos resultados contrastan con lo hallado por Barroso, Méndez y Barbosa (2009, en Ozuna, 2014) donde el estándar de consumo (7.7 %) refirió un consumo habitual de cerveza (por lo menos una vez al mes), el 7.0% bebidas destiladas y 1.2 % vino. Estos datos son similares a los reportados por la ENCODAT 2016-2017, donde la

cerveza se ubica en primer lugar de consumo entre los adolescentes (19.1%) y adultos hombres (30.6%); mientras que, en las mujeres, también es la cerveza entre adolescentes (11. %) y adultas (20.3%), seguida de las bebidas enlatadas con contenido de alcohol y los destilados (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

El consumo de alcohol se da en combinación con otras sustancias. En el Grupo de Intervención, fue mayoría el tabaco (dos personas), seguido de la mariguana, el activo y otras sustancias en iguales proporciones. En tanto en el Grupo de Control, la mayoría consumía varias sustancias (tres personas), seguido de la mariguana y una persona que no consumió otra sustancia. Fue el Grupo de Control que más sustancias combinó cuando consumió alcohol.

Es indudable que en los dos grupos la droga de inicio es el alcohol, como lo reporta la ENCODAT 2016-2017, donde, en el 2016 acudieron 53 mil 588 personas a solicitar atención a las Unidades de Especialidades Médicas-Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) por problemas con sustancias psicoactivas; de los cuales, el 37.1% lo hicieron por alcohol, 33.2% por mariguana, el 11.9% por tabaco, 7.9% por metanfetaminas, 4.6% por inhalables, 2.5% por cocaína, 1.0% por crack y finalmente otros tranquilizantes que representan menos del 1.0%. Lo que sí es claro es que, el tabaco y la mariguana son las drogas más importantes después del alcohol, como se percibe en ambos grupos de trabajo (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Anexos.

Respecto a la cantidad de ingresos a *anexos* por parte de los participantes, en el Grupo de Intervención son tres personas que tienen pocos ingresos (de uno a tres), y dos personas tienen ya bastantes ingresos (una de 11 a 15 y otra más de 30). Mientras que, en el Grupo de Control, la mayoría tiene más *anexos* (de tres a cinco) y sólo una persona tiene entre 16 y 20 ingresos. En relación, no es casual que haya más hombres recibiendo tratamiento, una y otra vez, en un lugar como este; pues la ENCODAT 2016-2017 reporta que, son las mujeres quienes menos asisten a un tratamiento. Asimismo, en los hombres, el tipo de tratamiento recibido en un anexo y por desintoxicación son los que suman la mayoría de casos (34.6% y 23.6% respectivamente). Mientras que las mujeres prefieren el tratamiento por desintoxicación (38.4%) y el tratamiento por internet (37.6%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Respecto a los constantes ingresos a un anexo; en particular, la persona del Grupo de Intervención que tiene más de 30, sus *anexos* acumulados tienen cierta relación con volver a

beber alcohol; es decir, las *recaídas*. Para tener los menos *anexos*, la literatura de A.A. promueve la asistencia de por vida a las juntas del grupo como parte importante de la recuperación del adicto (Gutiérrez, 2008). Contrariamente, las personas que tienen varios *anexos*, demuestran que no han sido capaces de seguir los principios de A.A.

Instrumentos.

Autoconcepto de La Rosa, 1986.

Al observar los resultados del instrumento Autoconcepto de Jorge La Rosa, pertenecientes al Grupo de Intervención, se encontró que, en tres de las cinco dimensiones (*Emocional, Ética e Iniciativa*), hubo leves incrementos en la segunda medición, con respecto a la primera, excepto la dimensión *Social* que presentó un incremento importante en la segunda medición y, por tanto, una diferencia significativa. Mientras que, la dimensión *Ocupacional* disminuyó en la segunda medición. En tanto el factor *Autoconcepto Global*, también presentó un incremento. Sin embargo, el análisis estadístico de estos resultados muestra que estos aumentos, en las tres dimensiones mencionadas y en el factor, no fueron suficientes para obtener diferencias significativas. Mientras que, el resultado del *Autoconcepto Global* contrasta con lo encontrado en un estudio realizado por Serrano (2004) con menores primoinfractores y reincidentes, donde se midió el autoconcepto de los primeros, encontrándose mayores diferencias en las dimensiones *Ética, Emocional y Autoconcepto Global*, sin que, las dimensiones *Social, Iniciativa y Ocupacional* hayan alcanzado significancia. Ello indica que, es posible obtener significancia estadística en el *Autoconcepto Global* aun cuando esta no se obtenga en todas las dimensiones.

Actitudes hacia el consumo de alcohol (ACTICOL-92), 1999.

Por otra parte, los resultados del instrumento ACTICOL-92 de Pons y Berjano del Grupo de Intervención, revelan que, las subescalas *Permisiva, Facilitación Social y Actitud Evasiva*, correspondientes al factor *Actitud Positiva*, sufrieron leves disminuciones; lo que indica que son resultados favorables en la actitud hacia el alcohol. Mientras que, la subescala *Actitud Preventiva* disminuyó ligeramente en la segunda medición y *Consecuencias Negativas* aumentó; ambas subescalas pertenecientes a la *Actitud Negativa*, donde el incremento es un resultado favorable; sin embargo, los aumentos en ambos factores no llegan a ser significativos. Con respecto a estos resultados, en un estudio de Moreno (2006) con estudiantes bebedores, encontró que, estos obtuvieron mayores promedios en las escalas *Actitud Permisiva y Facilitación Social* y menor promedio en las escalas *Actitud Preventiva y Consecuencias Negativas*; ello significa que sus

resultados son desfavorables en la actitud hacia el alcohol; por lo que, al igual que este estudio, es necesario seguir trabajando sobre el sistema de creencias y actitudes para seguir modificando los hábitos de consumo de las personas alcohólicas.

Aunque en la mayoría de las subescalas de ambos instrumentos, se observaron leves variaciones favorables en la segunda medición, no se consideran diferencias estadísticamente significativas a nivel grupal; ello puede deberse a la escasa e interrumpida participación de tres de los cinco usuarios evaluados (las mejores participaciones se las llevaron los sujetos que no fueron evaluados), así como al constante ingreso y egreso de usuarios a las sesiones de trabajo (13 en total), ya sea porque hicieron valer su libertad de no participación o porque les asignaron responsabilidades que interrumpieron su participación en el taller, tal vez a la necesidad de combinar terapia grupal con terapia individual y, posiblemente, a un deterioro en la comprensión del lenguaje por los miembros participantes, pues en un estudio de Iruarrizaga, Miguel-Tobal y Cano (2001), acerca de las alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico, las diferencias significativas más importantes que encontraron, fueron las relativas a la relación de conceptos, el reconocimiento de conceptos y el establecimiento de relaciones verbales-espaciales y, en menor medida, alcanzando una alta significación, la discriminación de fonemas. Al igual, se observó que, algunos participantes poseían una atención altamente disminuida necesitando más tiempo para realizar actividades que requieren un pensamiento lógico y secuencial (Coullat-Valera, Arbaiza-Díaz del Río, De Arrúe-Ruiloba, Coullat-Valera y Bajo-Bretón. (2011). Esto debido a la dificultad observada en la aplicación de los instrumentos, en el pre y en el post, del Autoconcepto y ACTICOL-92, en la comprensión de los adjetivos y de las oraciones, respectivamente; pues en ambas mediciones fue necesario explicar personalmente, a algunos participantes, los conceptos de los reactivos y el sentido de las oraciones, percatándose de la dificultad que esto representó para la mayoría de los participantes de ambos grupos de trabajo. Otro posible motivo pudiera ser por las limitaciones de la terapia breve, pues sólo se realizaron nueve sesiones de intervención, pudiendo ser tiempo insuficiente para lograr un cambio favorable en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol, tal como lo menciona Salmeron (1992) en un estudio, donde el autoconcepto del grupo experimental disminuyó después de la coterapia grupal; se atribuyó dicho resultado a que, la terapia breve logró la sensibilización del paciente, sin ser suficiente para que lograra una elaboración de su problemática.

De las dimensiones del Autoconcepto de La Rosa en el Grupo de Intervención, la media del postest, en la dimensión *Social*, fue mayor respecto al pretest, esto significa que hubo un incremento en el área social del autoconcepto, lo que resulta muy favorable; sin embargo, esto no sucedió con la media del Grupo de Control que no recibió intervención. En la dimensión *Emocional*, se obtuvo una media en el postest similar al pretest; ello indica que, el área emocional del autoconcepto se mantuvo sin cambios relevantes después de la intervención. Lo mismo sucedió en la media del pretest y postest del Grupo de Control. Mientras que, en la dimensión *Ética*, arrojó una media en el postest muy similar al pretest; esto significa que, la parte ética del autoconcepto se mantuvo sin cambios importantes después de la intervención. En tanto, en el Grupo de Control, la media del postest disminuyó ligeramente con respecto al pretest; por supuesto que esta variable no fue controlable. En cuanto a la dimensión *Ocupacional*, experimentó una leve disminución en la media del postest respecto al pretest, lo que indica que, el área ocupacional disminuyó después de la intervención, lo que resulta desfavorable. Lo mismo sucedió con el Grupo de Control, la media del pretest fue menor comparada con el postest; aunque posiblemente, estos datos son esperados pues el grupo no recibió intervención. Asimismo, en la dimensión *Iniciativa*, la media del postest se incrementó ligeramente respecto al pretest, lo que significa que hubo un incremento en el área iniciativa del autoconcepto; lo mismo sucedió con la media del Grupo de Control que no recibió intervención. Por último, el factor *Autoconcepto Global* en este mismo grupo, presentó una media mayor en el postest respecto al pretest. Estos resultados muestran que la mayoría de las personas participantes, aunque mínimo, elevaron su autoconcepto global después de la intervención, lo que es favorable. Contrariamente en el Grupo de Control, quien no recibió intervención, donde la media del postest disminuyó respecto al pretest.

Como se aprecia en los resultados, sólo la dimensión *Social* presentó diferencia significativa favorable; lo que resulta un conocimiento nuevo, respecto al tipo de intervención que se aplicó; pues son escasos, sino es que nulos, los estudios donde se mide el autoconcepto, después de una intervención, en usuarios con problemas por consumo excesivo de alcohol y en condición de residencia, simplemente, no hay referencias documentadas. Uno de los estudios que se aproxima a lo buscado en esta investigación, fue el realizado por Salmeron (1992) en estudiantes de educación superior, con dos grupos experimentales y uno control, donde se observaron los efectos de “coterapia grupal” en el autoconcepto, después de la intervención; encontrándose

diferencias significativas solamente en la dimensión *Emocional*, en las medidas independientes (intergrupos) y en las medidas relacionadas (intragrupos); sin embargo en este estudio, respecto al de la presente tesis, existen diferencias importantes: los participantes no tienen adicciones (al menos declaradas), la mayoría de participantes fueron mujeres, el nivel de escolaridad (licenciatura), la edad (la media en el grupo experimental, 21 años y en el grupo control, 19 años), cuentan con algún tipo de tratamiento previo (el 18% de los participantes), el número de sesiones (24 sesiones de hora y media), antecedentes académicos y ambiente familiar (hijos de familia), las sesiones se llevaron a cabo en un centro académico (Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, en la Facultad de Psicología, UNAM); es decir, no hay comparación, solamente el que se haya medido el autoconcepto antes y después de una intervención en jóvenes.

A pesar de los resultados obtenidos en el presente estudio, que de ninguna manera deben generalizarse y estigmatizar al enfoque Gestalt, estos deben tomarse con reservas, pues después de una intervención, el autoconcepto se modifica, no porque el sujeto cambie sustancialmente y a partir de la intervención sea otro, sino porque se acepta como persona, siendo capaz de integrar sus aciertos y desaciertos, sus limitaciones y fortalezas hacia sí mismo y hacia su entorno.

Por otra parte, de las subescalas del ACTICOL-92 de Pons y Berjano del Grupo de Intervención, en la subescala *Actitud Preventiva*, la media del postest fue muy similar respecto al pretest, esto significa que el área preventiva de la Actitud hacia el Alcohol se mantuvo sin cambios después de la intervención. La media del postest del Grupo de Control, que no recibió intervención, presentó el mismo comportamiento. En la subescala *Actitud Permisiva* del Grupo de Intervención, la media del postest disminuyó respecto al pretest, esto significa que la parte permisiva de la actitud hacia el alcohol disminuyó después de la intervención, lo que resulta favorable. La media del postest del Grupo de Control, que no recibió intervención, presentó el mismo comportamiento. En tanto, en la subescala *Consecuencias Negativas* del Grupo de Intervención, la media del postest fue similar respecto al pretest, ello indica que la percepción de las consecuencias negativas en la Actitud hacia el Alcohol permaneció sin cambios importantes después de la intervención. Mientras que, la media del postest del Grupo de Control, que no recibió intervención, aumentó, lo que es favorable. Asimismo, en la subescala *Facilitación Social* del Grupo de Intervención, la media del postest fue similar respecto al pretest, esto significa que la parte de facilitación social de la actitud hacia el alcohol se mantuvo sin cambios relevantes

después de la intervención. Asimismo, la media del postest del Grupo de Control, que no recibió intervención, aumentó, lo que se considera desfavorable. La última es la subescala *Actitud Evasiva* del Grupo de Intervención, donde la media del postest fue muy similar respecto al pretest, esto significa que la parte evasiva de la Actitud hacia el Alcohol no presentó cambios importantes después de la intervención. Mientras tanto, la media del postest del Grupo de Control, que no recibió intervención, disminuyó, lo que resulta favorable. Por otra parte, el factor *Actitud Positiva* del Grupo de Intervención, presentó una media menor en el postest comparada con el pretest; ello significa que, la actitud positiva hacia el alcohol disminuyó después de la intervención, esto resulta favorable. La media del postest del Grupo de Control presentó el mismo comportamiento, esto es favorable. Por último, el factor *Actitud Negativa* del Grupo de Intervención, arrojó una media en el postest muy similar al pretest; esto indica que, la actitud negativa hacia el alcohol se mantuvo sin cambios importantes después de la intervención. La media del postest del Grupo de Control presentó el mismo comportamiento.

Los resultados muestran que, a pesar de los cambios favorables, aunque menores, en la subescala *Actitud Permisiva* y en el factor *Actitud Positiva* del Grupo de Intervención, estos no logran ser diferencias significativas. Sin embargo, el presente estudio proporciona conocimiento, respecto a este tipo de intervención, pues no se encontraron estudios que midan la actitud hacia el alcohol en sujetos alcohólicos en situación de residencia después de una intervención con cualquier enfoque psicológico. Uno de los pocos estudios realizados, que se aproxima al objetivo de la presente tesis, es el realizado por Ozuna (2014) quien midió las actitudes hacia el alcohol en adolescentes estudiantes de preparatoria; donde observó que, los jóvenes identificaron como más importantes las *Actitudes Preventivas* y *Consecuencias Negativas*. Asimismo, se observó una disminución en las medias de la subescala *Facilitación Social* y subescala *Actitudes Evasivas*. Como se aprecia los resultados son contrarios a los resultados del presente estudio, como lo son también las variables y datos sociodemográficos de los estudiantes preparatorianos: la mayoría de los participantes vivían con sus padres, más de la mitad de participantes fueron mujeres, no presentaban alguna adicción, la media de edad fue de 16.0 años y la media de escolaridad de 11.3 años; la encuesta se realizó en sus centros educativos. Esto significa que no hay homogeneidad entre los participantes de esta investigación de tesis y los del estudio mencionado; y es que no se encontraron estudios similares al de la presente tesis. La edad promedio de inicio de consumo de

alcohol de este estudio de tesis (entre 10 y 18 años) coincide con la media (14.6 años) encontrada por Ozuna (2006).

Los resultados obtenidos en la presente investigación deben tomarse con reserva y no generalizarse, pues de acuerdo a las características del Grupo de Intervención y a la naturaleza de la enfermedad del alcoholismo, no es posible que en una terapia breve puedan suscitarse cambios importantes en la actitud de los sujetos hacia el alcohol, pues de acuerdo a Gutiérrez (2008), un tratamiento para el alcoholismo es efectivo si el individuo logra aceptarlo; asimismo muchos alcohólicos retoman con facilidad el consumo de la sustancia, una vez que terminan un tratamiento. Además, el trastorno por consumo de esta sustancia tiene también causas biológicas; pues, una particularidad de este trastorno es el cambio subyacente de circuitos cerebrales que se mantiene después de un proceso de desintoxicación y se da en personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos, se manifiestan en las constantes *recaídas* y en el deseo intenso de consumo de sustancias adictivas, cuando el sujeto se expone a estímulos relacionados con la droga. En este sentido, las intervenciones a largo plazo resultan beneficiosas para dichos efectos persistentes de las drogas (Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Pudiera ser que, los participantes en la intervención no cambiaron su actitud hacia el alcohol, porque les hizo falta sesiones; de hecho, ellos mismos, solicitaron más intervención; además que, la mayoría de ellos ya llevaba varios años en actividad alcohólica. De igual manera, se podrían obtener mejores resultados mediante el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud; además, como ya se dijo, contemplar también la terapia individual.

En otro orden de ideas, cuando se comparan las mediciones del autoconcepto en el Grupo de Intervención, antes y después de la intervención se observa que, en la dimensión *Social* se encontró una diferencia estadísticamente significativa una vez que terminó la intervención con el taller Gestalt; lo que indica que después de esta, los participantes obtuvieron más indicadores de interacción con sus familiares y amigos; además, mejorarían sus relaciones con sus jefes o subalternos; por tanto, se produjo un cambio favorable en esta área del autoconcepto. Tal vez el resultado en esta área no es casual, pues las dinámicas grupales y la mayoría de las técnicas Gestalt estuvieron dirigidas al fortalecimiento de las relaciones interpersonales, así como al reconocimiento de la responsabilidad y el empoderamiento de los participantes; ya que, a pesar de estar conviviendo en el mismo espacio, no mantenían una buena relación entre ellos. El facilitador acompañó a los participantes en el desarrollo de la consciencia, el darse cuenta, vivir

el presente, el aquí y ahora, desestimando todo discurso intelectual y priorizando los pensamientos y sentimientos existentes. Este proceso coincide con lo que menciona Giraldo (2009) en su estudio cuando afirma que, el terapeuta Gestalt acompaña al drogodependiente en su proceso del desarrollo de la consciencia, el darse cuenta, la focalización de la vivencia presente, el aquí y ahora más que el discurso intelectual; además, en la aceptación de la responsabilidad de sus actos y decisiones. Sin embargo, no siempre resulta así, pues en un estudio realizado por Pons (1994) con estudiantes de enseñanza media en escuelas públicas y privadas en el municipio de Valencia, respecto a, con quiénes y dónde ingieren bebidas alcohólicas los jóvenes; encontrándose que, estos no suelen beber alcohol en el contexto familiar, sino que lo hacen entre grupos de iguales durante los momentos de ocio, en especial los fines de semana. Es decir, existe una idea equivocada respecto a las relaciones interpersonales; donde, si no hay alcohol, no hay convivencia.

Además, esta dimensión del autoconcepto, es una de las más grandes e importantes del instrumento Autoconcepto de La Rosa; sola, contiene la tercera parte de los reactivos del instrumento. Por ello, no deja de ser de gran importancia el resultado, pues hay que saber que, la gente que rodea al individuo juega un importante papel en el desarrollo del concepto de sí mismo; así como, la manera en que la persona sea aceptada o no, va a determinar la manera de sentirse y de aceptarse (Smith y Blinn, 1994; en Flores, 2000). Para el trabajo grupal, una consigna que siempre manejó el facilitador al inicio del taller o en la incorporación de nuevos miembros fue: “te invito a expresarte de la manera que quieras, que nos hables de lo que te está pasando en este momento, de aquellas cosas que te están lastimando, hayas hecho lo que hayas hecho, así haya sido el acto más aberrante, aquí no se te juzgará, sino al contrario, se te va a extender la mano, para ayudarte”.

En la dimensión *Emocional* en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa después de la intervención con el taller Gestalt; lo que significa que después de esta, los participantes no mostraron cambios en los indicadores de sentimientos y emociones desde un punto de vista intraindividual, interindividual y sanidad o no. Dichos resultados pueden empatar con lo encontrado por Maussen, Conger y Kagan, (1981, en Tena, 1993) quienes afirman que, los sentimientos de las personas hacia los demás son resultado del proceso de socialización: “Si el individuo recibió amor, va a comunicar amor, y si la experiencia fue de rechazo, va a comunicar hostilidad”. Regularmente esta retroalimentación se da en familia

durante la infancia, donde esta transmite modelos, valores y actitudes que previenen, o, por el contrario, favorecen las conductas adictivas (Moreno, 2006). Esto puede guardar cierta relación con la dimensión *Social*.

Con respecto a la dimensión *Ética* en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de la primera y segunda medición; lo que significa que después de la intervención, los participantes no manifestaron cambios en los indicadores de congruencia o no con los valores personales que, son un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares de una cultura dada. Estos resultados pueden deberse a que los adictos viven una situación totalmente diferente en cuanto a ideales y metas, ya que existe una gran discrepancia entre sus valores morales y éticos; es decir, se rigen por sus propias reglas para satisfacer sus necesidades adictivas (Maldonado, 2002).

Al observar los resultados de las dos mediciones, de la dimensión *Ocupacional* en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Ello significa que, después de la intervención, los indicadores de funcionamiento y habilidades en el trabajo, ocupación o profesión de los participantes, disminuyeron levemente. Dichos resultados son congruentes con lo encontrado por Maldonado (2002) en un estudio con adolescentes adictos en donde, la percepción del adolescente adicto queda por debajo, en cuanto a la eficacia, responsabilidad y cumplimiento de su labor.

La quinta subescala de este instrumento donde tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa, después de la intervención con el taller Gestalt, en el Grupo de Intervención es la dimensión *Iniciativa*; lo que significa que después de la intervención, los participantes no manifestaron cambios importantes en los indicadores de la capacidad de iniciarse en los diferentes campos de la actividad humana, incluso en lo social (La Rosa, 1986). Es decir, la mayoría de los participantes pueden tener limitaciones en sus capacidades para tomar decisiones relevantes en su vida. Por ejemplo, en un estudio Maldonado (2002) encontró que, los adictos tienden a suspender sus estudios con mayor frecuencia que los no adictos.

A pesar de los leves incrementos en las puntuaciones de la mayoría de las dimensiones del autoconcepto en el Grupo de Intervención, no fueron suficientes para decir que el grupo elevó su *Autoconcepto Global* de manera importante, sobre todo porque no se obtuvieron diferencias significativas en cuatro de las dimensiones. Esto significa que después de la intervención, los participantes no manifestaron mayores indicadores en el juicio evaluativo positivo de sí mismos

en dominios específicos de su vida (Calero et al. 2016), como tener una buena auto percepción, específicamente en sus actitudes, sentimientos y conocimientos en relación a sus capacidades, habilidades, apariencias y aceptabilidad social (Salmeron, 1992). En este sentido, son múltiples las razones por las cuales las personas poseen un autoconcepto bajo. En un estudio realizado por Contreras et al. (2008) encontraron que, el 65.2% de adolescentes poseen un autoconcepto bajo o negativo, siendo una condicionante del consumo de alcohol y tabaco. En el mismo estudio, Árboles, Liceaga y Molina (1999, 2002, 2001; en Contreras et al., 2008) describen que la autoestima en el hogar, la escuela y entre los amigos, está inversamente relacionada con los hábitos de fumar tabaco y beber alcohol durante la adolescencia. Quizás por esta razón, resulta difícil que los participantes de este estudio hayan elevado su autoconcepto en pocas sesiones de intervención, ya que el alcohol resultó ser la sustancia de mayor consumo entre ellos y el tabaco continúa siéndolo. Es común que, en la mayoría de los grupos de A.A. las personas en recuperación fumen dentro de las instalaciones; es decir, sustituyen la adicción del alcohol por la del tabaco.

En general, el Grupo de Intervención obtuvo una tendencia de poca a bastante favorable hacia el autoconcepto positivo; sin embargo, no fue suficiente de acuerdo al nivel de significancia ($p > 0.05$), a pesar de ello, los resultados por dimensión indican que, sí existe una diferencia estadísticamente significativa en el aumento de la dimensión *Social*; por tanto, se produjo un cambio favorable en esta área del autoconcepto; sin embargo, la intervención no beneficio a todos por igual; porque, para renunciar al consumo de alcohol, implica no sólo desistir de la sustancia, sino que involucra también la integración y modificación de patrones de conducta, la percepción de la historia personal, la capacidad de identificar los factores emocionales, así como de la reestructuración de las relaciones sociales de los participantes con conflictos asociados al consumo de alcohol (Martínez y Morales, 2011), y no todas las personas poseen la capacidad o la predisposición para lograrlo.

De acuerdo a la escala del Autoconcepto de La Rosa, a mayor puntaje, la persona tiende hacia un autoconcepto positivo. Estos resultados coinciden con lo dicho por Marsh (s/f; en Salmeron, 1992), respecto a que el *Autoconcepto Global* no puede cambiar, ni con terapia ni con algún otro tipo de evento dramático, pero sí alguna parte del Autoconcepto; como en este caso fue la dimensión *Social*. Sin embargo, esta hipótesis podría resultar frágil, sobre todo por lo presentado en otro estudio por Serrano (2004), donde encontró significancia estadística en el

Autoconcepto Global, a pesar de que, no todas las dimensiones presentaron diferencias significativas.

De las cinco dimensiones del Autoconcepto de La Rosa, cuatro no presentaron diferencias estadísticamente significativas (intragrupales) en el Grupo de Control, lo que tal vez estaría justificado, pues este grupo no recibió intervención. Mientras que la dimensión *Ética* presentó una diferencia significativa; dicho resultado puede deberse a variables extrañas que se desconocen y no fueron controladas por el facilitador. Lo mismo se observó en el *Autoconcepto Global* de este grupo, no se encontró diferencia significativa. De igual manera, al conocer la influencia, antes y después, del taller gestáltico en el Grupo de Intervención respecto al Grupo de Control, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa (intergrupala) en las dos mediciones. Este grupo contó con participantes igualados; es decir, los participantes fueron equivalentes a los del Grupo de Intervención, en cuanto a variables como género nivel de estudios, patrón de consumo y *anexos* sumados (Coolican, 2005). Asimismo, al conocer la influencia, antes y después, del taller gestáltico en el Grupo de Intervención respecto al Grupo de Control, no se encontró una diferencia significativa en ninguna de las dos mediciones en el *Autoconcepto Global*.

Por tanto, el taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” no produjo cambios en el autoconcepto en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto al de otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención. Por lo que se concluye que no hubo un incremento del *Autoconcepto Global* en los individuos alcohólicos del centro de adicciones “Volver a Nacer”, en relación con el grupo “Emperadores Tulyehualco”, después de realizar la intervención en el primero; excepto en la dimensión *Social*, como ya se mencionó.

Por otra parte, se compararon las mediciones pre y post de la actitud hacia el alcohol, donde se encontró que, la subescala *Actitud Preventiva* del Grupo Intervención, no presentó una diferencia significativa al comparar las dos mediciones; esto significa que, al término de la intervención, los participantes no mostraron disminución en los indicadores que reconocen en el abuso de alcohol un tipo de conducta socialmente desajustada. Dicha actitud es muy común entre las personas que abusan en el consumo de esta sustancia; un estudio de Pons (1994), así lo muestra, donde encontró que, el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes se encuentra muy relacionado con las actitudes mantenidas hacia el alcohol, y no así con los conocimientos mantenidos sobre sus efectos; es decir, aunque estén conscientes de los efectos negativos que

contrae el consumo excesivo de alcohol, no les dan importancia. La prevención en los sujetos alcohólicos no es la constante; en tanto, en otro estudio Moreno (2006) concluye que la educación sobre los valores parece ser una de las claves para el desarrollo de actitudes y conductas preventivas del abuso de bebidas alcohólicas.

Respecto a la medición de la actitud hacia el alcohol en el Grupo de Intervención, no se observó una diferencia estadísticamente significativa en la subescala *Actitud Permisiva* una vez que terminó la intervención; lo que indica que, los participantes podrían no estar dispuestos a disminuir sus actitudes indulgentes ante el consumo abusivo de bebidas alcohólicas. Estos resultados confirman la conclusión a la que llegó Moreno (2006), cuando dice que, pareciera que toda actividad recreativa de los jóvenes debería estar siempre acompañada de la ingesta de alcohol para que realmente pareciera recreativa. Socialmente a la *Actitud Permisiva* se le denomina actitud “comprensiva” y no es más que una aceptación encubierta del consumo juvenil. El estudio concluye afirmando que, la permisividad y la aceptación social del consumo son factores macro sociales relacionados con su incremento; refiriéndose tanto a la permisividad formal (normas legales hacia la venta y consumo) como a la permisividad informal (valores y actitudes sociales favorables al consumo).

Respecto a la subescala *Consecuencias Negativas*, en el Grupo de Intervención no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las dos mediciones; lo que significa que, después de la intervención, los participantes no mostraron incrementos en los indicadores de reconocimiento de que la ingesta continuada de bebidas alcohólicas acarrea el riesgo de determinados efectos negativos de carácter social y sanitario. En este sentido, la tendencia general es que, el consumo de alcohol se relaciona de forma directa con el mantenimiento de actitudes favorables de disfrute y, de forma inversa con aquellas actitudes que reflejan expectativas negativas asociadas al consumo de alcohol (Pons, 1994). Como lo concluyen Calero et al. (2016), lo que se debe tomar en cuenta es que, las estrategias preventivas deben ir más allá de la indicación de consecuencias negativas, al considerar que los grupos (los jóvenes) que consumen alcohol de forma riesgosa, son los que perciben mejores competencias (aceptación social, atractivo amoroso, etcétera) los cuales son muy bien valoradas socialmente. Por ello en este grupo se trabajó el autoconcepto para fortalecer las competencias y que el individuo no tenga que recurrir a cualquier sustancia adictiva para compensarlas; sin embargo, como ya se mencionó, no fue suficiente. En este contexto, la terapia Gestalt, en el tratamiento de

las adicciones, es una propuesta que ofrece múltiples posibilidades y acompaña a otros modelos de intervención ambulatorios o de internamiento. Estos modelos implican aportes desde lo cognitivo, conductual, afectivo, vivencial, autoayuda (A.A.), entre otros. Por ejemplo, están los modelos de internamiento, los cuales son muy costosos y los modelos externos, los cuales han probado su eficacia y economía, caracterizándose por implicar psicoterapia individual, de grupo y farmacoterapia supervisada, además de seguimiento terapéutico, dirigido y vigilado por profesionales de la salud (Cuervo, 2009). Como lo afirma Carpenter (2002; en Cuervo, 2009), en estos tratamientos se comparten técnicas cognitivas, conductuales y vivenciales de tipo Gestalt.

La subescala *Facilitación Social* en el Grupo de Intervención no presentó diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon las mediciones pretest y posttest; lo que indica que después de la intervención, los participantes no manifestaron cambios importantes en los indicadores de percepción de las bebidas alcohólicas como facilitadoras de la interacción social. Esta tendencia es confirmada por un estudio realizado por Pons (1994) donde confirma la idea de que el adolescente consumidor habitual de bebidas alcohólicas es un bebedor social o grupal. De igual forma, Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz, (2003; en Cazalla y Molero, 2013) asegura que, algunos estudios afirman que los componentes sociales del Autoconcepto se relacionan inversamente con el consumo de sustancias. En este contexto, cuando la persona consume alcohol espera se cumplan ciertas expectativas definidas por Stacy et al. (1990; en Pons, 2001) como las creencias sobre los efectos que un sujeto espera de dicha sustancia, considerando que estas juegan un papel predictivo de la forma de consumo. Sobre las expectativas de lo que ocurrirá después del consumo, no se refiere únicamente a las consecuencias farmacológicas (bienestar, euforia), sino a las sociales (diversión, integración grupal, facilitación social). Calero et al. (2016), en un estudio concluyen que, una autopercepción positiva en dominios relacionados a la esfera social se asocia a un mayor consumo de alcohol; y por tanto a una actitud positiva a la sustancia.

En relación a la subescala *Actitud Evasiva* del Grupo Intervención, no se observó alguna diferencia estadísticamente significativa al comparar las dos mediciones al término de la intervención. Esto significa que, los participantes no manifestaron cambios en los indicadores de percepción del consumo de alcohol basada en la indulgencia y en la minimización de sus consecuencias negativas y, sobre todo justifican los efectos evasivos; es decir, siempre van a encontrar una razón, desde su punto de vista, válida para alcoholizarse. En este contexto, la

Organización Mundial de la Salud (2015) expone las consecuencias de estas creencias, cuando afirma que el consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo en la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud, sino también en la evolución de los trastornos que las personas padecen y en sus resultados.

Los resultados de las mediciones pretest y postest del factor *Actitud Positiva* en el Grupo de Intervención revelan que, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa después de la intervención; esto significa que después de esta, los participantes manifestaron más indicadores en las actitudes permisivas ante el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y de la percepción acerca de que el alcohol es un medio para las relaciones sociales y la integración social. Estas ideas son reforzadas por Christiansen, Goldman e Inn y Cárdenas y Moreno (1982, 1990; en Pons, 2001) cuando concluyen que, las bebidas alcohólicas son un producto ligado a la vida cotidiana de muy fácil acceso, presente en casi todo los actos y rituales sociales y en consecuencia el consumidor joven se crea una serie de expectativas y representaciones basadas en aquello que observa en los diferentes contextos de relaciones sociales. De igual manera, en otro estudio realizado por Ozuna (2014), encontró una disminución en dos de las subescalas del factor *Actitud Positiva: Facilitación Social y Actitud Evasiva*, lo cual indica que, probablemente el adolescente percibe en menor medida el consumo de alcohol como un vehículo para socializar con su entorno; tal vez encontrando otras formas de socializar con sus pares; empero, identifican dos de las subescalas de la *Actitud Positiva* hacia el alcohol (*Facilitación Social y Actitud Evasiva*), por sexo, encontrando diferencias significativas; dichos resultados concuerdan con lo reportado por León et al. (2007; en Ozuna, 2014) quienes encontraron resultados similares, donde los hombres son mayores consumidores de alcohol que las mujeres. Esto posiblemente se explique en la necesidad del hombre de ser parte de un grupo y la presión social de los pares. Estos últimos datos coinciden con el sexo de los participantes del Grupo “Volver a Nacer” (todos son hombres), y probablemente con la cantidad de participaciones en las sesiones terapéuticas; se recuerda que sólo dos personas trabajaron el cien por ciento de las sesiones que duró el taller gestáltico.

De acuerdo a la escala ACTICOL-92 de Pons y Berjano, a menor puntaje, la persona disminuye su *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, lo que resulta favorable. Por lo regular, las personas consumidoras de alcohol, poseen una alto nivel en este factor; esto lo confirma un estudio realizado por Moreno (2006) quienes encuentran que los alumnos bebedores,

adolescentes, obtienen mayores promedios en las escalas de *Actitud Permisiva y Facilitación Social* y menor promedio en las escalas de *Actitud Preventiva y Consecuencias Negativas*; siendo que las dos primeras forman parte de la *Actitud Positiva* hacia el alcohol; además que, la *Actitud Permisiva* se incrementa con la edad y las actitudes positivas hacia el alcohol disminuyen al ver las consecuencias negativas del alcohol y de valorar la acción preventiva. En este sentido, los participantes en este estudio no han experimentado el “tocar fondo” que equivaldría a vivir las consecuencias negativas del alcohol; quizás por ello su recuperación es lenta.

También existen factores externos que inciden en la actitud hacia el alcohol, como la publicidad de drogas institucionalizadas dirigidas a jóvenes con la idea equivocada de obtener satisfacción personal, placer y popularidad con las bebidas alcohólicas; de manera que, se refuerza la imagen positiva del alcohol, la cual va a favorecer, por una parte, una actitud hacia el alcohol y por otra, un incremento en la valoración de la posibilidad del consumo de bebidas alcohólicas. Por otro lado, la familia y la escuela parecen ser reemplazadas por los medios de comunicación y el medio social en general (Moreno, 2006). En este sentido, los participantes en el taller gestáltico no alcanzan a disminuir de manera importante su Actitud Positiva hacia el alcohol, de acuerdo al contacto establecido con ellos y el trabajo con el tema del afecto en las sesiones, puede decirse que siempre vivieron en un entorno familiar disfuncional; además de que su participación en el taller no fue constante.

Respecto al factor Actitud Negativa en el Grupo de Intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación de las dos mediciones después del taller gestáltico; lo que indica que los participantes no manifestaron incrementos en los indicadores de reconocimiento de la presencia de variables que inducen al consumo abusivo de alcohol; así como, en el reconocimiento de que la ingesta continua de bebidas alcohólicas conlleva el riesgo de determinados efectos negativos de índole social y sanitaria. Dicha actitud se relaciona con lo encontrado en un estudio realizado por Pons (1994), cuyos resultados muestran que el consumo de alcohol entre adolescentes, se relaciona estrechamente con las actitudes mantenidas hacia esta sustancia y no con el conocimiento que tenga de sus efectos. También encontró que, la tendencia general en estos jóvenes es que, el consumo de alcohol se relaciona directamente con el mantenimiento de actitudes favorables y de manera inversa con aquellas actitudes que reflejan expectativas negativas asociadas al consumo de alcohol. Cabe recordar que, de acuerdo a la escala ACTICOL-92 de Pons y Berjano, a mayor puntaje, la persona aumenta su

actitud negativa hacia el alcohol, lo que resulta favorable. Sin embargo, en otro estudio los resultados son contrarios a los hallados en este estudio, donde los adolescentes identificaron como las subescalas más importantes del instrumento ACTICOL-92, a las Actitudes Preventivas y a las Consecuencias Negativas, las que conforman el factor Actitudes Negativas; ello indica que, los adolescentes perciben mayores consecuencias negativas hacia el consumo de alcohol, reflejándose en un aumento de las actitudes preventivas hacia el consumo (Ozuna, 2014).

Respecto a los resultados encontrados en estos dos factores (Actitud Positiva y Actitud Negativa), la mayoría de las personas participantes de ambos grupos de este estudio, iniciaron el consumo de alcohol entre los 12 y 18 años. Este dato podría ser explicado por Moya et al. (2008) quienes en un estudio encontraron resultados significativos relacionados a las actitudes, donde aquellos adolescentes que bebían alcohol a los 12 años, tenían una mayor probabilidad de ser parte del grupo de bebedores extremos a los 14 años; de esta manera, al poseer una actitud más positiva y menos negativa hacia el alcohol a los 14 años, estaría relacionado con un consumo severo a esa misma edad; así, el consumo precoz de alcohol se considera como una variable de vulnerabilidad al alcoholismo en la edad adulta (Chassin et al., 2002, 2004; Pitkänen et al., 2005 en Moya et al., 2008). En conclusión, los resultados de este estudio indican que, aquellos adolescentes que comienzan a beber más temprano tendrían un tipo de consumo más excesivo a media adolescencia que, a la larga facilitaría el desarrollo del alcoholismo en la edad adulta. En este sentido, se recuerda que un participante maduro del grupo “Volver a Nacer” dejó muy claro que no iba a dejar de beber alcohol, pues había bebido toda su vida.

Por otra parte, las cinco subescalas del ACTICOL-92 de Pons y Berjano del Grupo de Control, no presentaron diferencias estadísticamente significativas, lo que tal vez está justificado, pues este grupo no recibió intervención. De igual manera, en los factores Actitud Positiva hacia el Alcohol y Actitud Negativa hacia el Alcohol del mismo grupo, no se observaron diferencias significativas.

Además, cuando se observó la influencia, antes y después, del taller gestáltico en el Grupo de Intervención respecto al Grupo de Control, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la subescala *Consecuencias Negativas* de la primera medición la cual disminuyó en la segunda; dicho resultado pudo estar influido por variables extrañas; aquellas variables ajenas a la relación buscada entre las variables independientes y dependientes y, que posiblemente influyeron en esta relación y que proceden, ya sea, de los sujetos mismos, del

ambiente o de la situación experimental, que no siendo variables de estudio inciden en la variable dependiente (Fontes et al., 2010); aquellas como, no haber descansado bien la noche anterior y estar durmiéndose en la sesión, el espacio de trabajo está expuesto a factores distractores, su participación en las juntas diarias en el grupo A.A., etcétera. En esta situación, el facilitador sólo registró el estado en que se encontraba el grupo. Esto indica que, en la primera medición, el Grupo de Intervención reconoció que el consumo continuo de bebidas alcohólicas traía consigo riesgos de efectos negativos de tipo social y de salud; sin embargo, en la segunda medición esta actitud disminuyó.

Asimismo, al conocer la influencia, antes y después, del taller gestáltico en el Grupo de Intervención respecto al Grupo de Control, no se encontró una diferencia significativa en ninguna de las dos mediciones en los factores Actitud Positiva hacia el Alcohol y Actitud Negativa hacia el Alcohol de este grupo. Cabe señalar que este grupo, como los del Grupo de Intervención, contaron con participantes igualados; es decir, compartieron variables como género, nivel de estudios, patrón de consumo y *anexos* sumados.

Por tanto, el taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” no produjo cambios en la Actitud hacia el Alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto a la de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención. Por lo que se concluye que no hubo un cambio favorable de la Actitud hacia el Alcohol en los individuos alcohólicos del centro de adicciones “Volver a Nacer”, respecto al grupo “Emperadores Tulyehualco”, después de realizar la intervención en el primer grupo, como ya se mencionó.

Análisis cualitativo

En el presente apartado se aborda el análisis cualitativo tanto a nivel grupal como individual del Grupo “Volver a Nacer”. Con respecto al grupo, se abordan las cualidades y las etapas por las que atravesó el grupo terapéutico (Kepner 1980; en Castanedo, 1988). De igual manera, los elementos teóricos que se hicieron presentes; así como las tendencias hacia el Autoconcepto y las Actitudes hacia el Alcohol que se abordaron durante el proceso terapéutico, considerando los resultados por participante.

Análisis de la intervención grupal.

Dentro del proceso terapéutico en el grupo “Volver a Nacer” se encontraron muchas particularidades descritas en la teoría de los grupos, se procuró poner en práctica cada uno de los

elementos que mantienen funcional al grupo terapéutico; el grupo, se encaminó a los objetivos del presente estudio.

En la primera sesión del taller gestáltico, se dieron a conocer las reglas Gestalt, con el objetivo de facilitar los intercambios entre los miembros del grupo y, provocar que las relaciones fueran más honestas y transparentes, estableciéndose el compromiso por todos, de vigilar su cumplimiento (Martín, 2006). Al principio, costó trabajo llevarlas a cabo, los participantes las percibían rígidas, pero se les explicó su función y la importancia de integrarlas al trabajo; de esa manera, en el curso de las sesiones el facilitador y los participantes mismos vigilaron que se cumplieran, terminando por aceptarlas.

Respecto a las cualidades definidoras del grupo, mencionadas por Rapaport (1960, en González, 1999), se observó que en la primera sesión del taller (tomando en cuenta sólo a las cinco personas evaluadas), se tuvo que trabajar la *cohesividad y permanencia*, pues Eduardo se negaba a participar; ante ello, el facilitador tuvo que recurrir al convencimiento de las ventajas de la expresión a través de ejemplos reales. Siempre se les dijo a los participantes del grupo que jamás el facilitador iba a poner ejemplos sacados de los libros o de la imaginación, sino que todo lo que se expusiera relacionado con los temas abordados iba ser real, hechos vividos por él, que no se podía hablar de lo que no se ha experimentado. A partir de esta sesión, y durante todo el proceso terapéutico se facilitó la expresión de sentimientos y necesidades, no sólo de Eduardo, sino de la mayoría de los participantes, logrando con ello que se pusieran en *contacto* consigo mismos; incluso, el mismo facilitador logró *contacto* con ellos; es decir, se logró la *cohesión* del grupo a través de las técnicas expresivas que favorecieron la expresión de impulsos, sentimientos y acciones auténticas (Carabelli, 2013).

A partir de la implementación de las técnicas expresivas, *se estableció un código de grupo*, que tenía que ver con la libertad de expresión, la procuración de la honestidad, la libertad de permanencia en las sesiones, la conveniencia de participar, el respeto mutuo, la no agresión física y verbal y la tolerancia. En el entendido de que todos los participantes estaban ahí para un fin común: superar sus adicciones y mejorar su autoconcepto, participaron en las dinámicas grupales y las técnicas Gestalt, siempre con el apoyo del facilitador; para él las personas más importantes en esos momentos, eran ellos. No tardó mucho en aplicar este código, pues en la segunda sesión se hizo valer la libertad de expresión, el respeto y la tolerancia hacia Eduardo quien al estar participando un compañero de grupo murmuró en forma sarcástica acerca de su expresión; el

facilitador hizo valer la regla “no murmurar”. De la misma manera, Alfonso (no se consideró en la evaluación) hizo valer su libertad de permanencia y decidió retirarse en la tercera sesión. A pesar de que Martín no participó activamente en la mayoría de las sesiones, se mantuvo presente durante el tiempo que permaneció en el taller; fuera de ello, los demás participantes se mostraron muy participativos.

Referente al *liderazgo* surgido en el grupo, este fue prestablecido desde el inicio del taller, donde el facilitador se colocó como guía del trabajo terapéutico que se iba a realizar, los participantes así lo entendieron cuando se dispusieron siempre a participar en las técnicas y dinámicas que se llevaron a cabo en las sesiones. El facilitador mostró versatilidad del rol cuando fue necesario, tuvo que ser una característica adicional a su posición; cuando las consignas para llevar a cabo algunas técnicas no eran comprendidas, el facilitador tuvo que actuarlas con ejemplos vivenciales, sólo así los participantes se atrevieron y vivieron sus experiencias personales.

Asimismo, todos los participantes compartieron *un pasado en común*: haber vivido una niñez sin afecto, sin amor, falta de atención de los padres, violencia familiar, alcoholismo, drogadicción y en ese momento, ser parte de una agrupación de A.A. Las *figuras* surgidas en común en todos los participantes fue el afecto, el miedo y la soledad; fue un tema que involucró a todos, cada quien relató un evento experimentado. Estos sentimientos se trabajaron con la técnica “Hacer la ronda”, donde cada quien se atrevió a hablar de las situaciones que vivió al enfrentar estos sentimientos, pero al mismo tiempo los trajo al presente al “Aquí y ahora” para resolverlos, dándoles una respuesta; de manera que la participación fue muy nutrida. El facilitador hábilmente relacionó la falta de afecto con el autoconcepto y al mismo tiempo con el consumo sin control de alcohol y otras sustancias; este ejercicio sirvió para que los participantes se *dieran cuenta* de la relación que guardan estos conceptos con el consumo de sustancias.

La *estructura* del grupo fue flexible, siempre estuvo claro quién fue el líder, los roles fueron bien establecidos desde el principio, aun cuando a veces, el facilitador tuvo que hacer el rol de miembro participante; sin embargo, ese rol reafirmó su papel de líder al dirigir las dinámicas vivenciales. Las relaciones entre el líder y el grupo siempre funcionaron de la mejor manera; se logró empatía desde el primer momento.

En cuanto a lo que se esperaba que el facilitador tenía que ofrecer, se cumplió; así como lo que recibió el grupo, aun cuando se terminó trabajando con pocos integrantes; es decir, *el balance*

entre el dar y tomar se dio favorablemente. No estuvo en manos del facilitador evitar que dos participantes abandonaron el taller gestáltico a partir de la sexta sesión, de alguna manera se respetó su libertad de no participación; y como ya se dijo, les asignaron responsabilidades que interrumpieron su trabajo terapéutico. Al final del taller, Eduardo y Manuel expresaron los beneficios recibidos por su participación en el taller gestáltico; casualmente fueron ellos dos quien fueron constantes en su participación, no faltando a ninguna sesión. Dada la naturaleza cíclica de las etapas del desarrollo del grupo terapéutico, no todos los participantes terminaron cuando llegaron a la etapa final de intimidad e interdependencia. En estas situaciones grupales incompletas, el cierre sirvió para que los pacientes concientizaran los aspectos negativos de la experiencia grupal, las expectativas no cumplidas, las necesidades no satisfechas y las experiencias no realizadas. En este sentido los participantes reflexionaron acerca de lo que esperaban del grupo y lo que realmente recibieron (Castanedo, 1988).

Al interior del grupo se establecieron *relaciones* que tuvieron que ver con la flexibilidad en la pertenencia al grupo, la aceptación de ser parte de un grupo de hombres que están padeciendo la misma enfermedad, son todos a la vez, el trabajo terapéutico no fue individual, todos se necesitaron para salir adelante; no hubo exclusividad de pertenencia. Esto se manifestó cuando las técnicas empleadas, requirieron la participación de todos, cada uno participó y los demás se retroalimentaron del trabajo realizado de manera individual. El facilitador mismo se benefició de este trabajo terapéutico, cuando fue necesario ser participante y vivir *el aquí y ahora*. Se buscó la efectividad grupal e individual (en grupo con el participante), para obtener resultados favorables Perls (1966; en Castanedo, 1988). Stevens (1985; en Giraldo y Cuervo, 2009) considera que la psicoterapia grupal o el trabajo en grupo aporta grandes beneficios a los individuos que participan en él; pues gran parte del trabajo individual puede facilitarse si se realizan experimentos colectivos.

El grupo aprende pronto a entender la diferencia entre ayudar, independientemente de una buena intención, y dar verdadero apoyo. La idea de trabajo grupal en este estudio de tesis, empezó a cuajar desde la primera dinámica “El regalo de la alegría”, en la primera sesión; cuando los participantes tuvieron que expresar sentimientos positivos a un compañero del grupo. En esta dinámica, como en otras, se tuvo que luchar contra el ego, los participantes tuvieron que “desempolvar” sus sentimientos positivos y externarlos a nivel grupal ¡con espectadores! ¿Saben qué significa eso para alguien que nunca ha querido expresar esos sentimientos tan celosamente

reprimidos? Obviamente que el feedback a nivel grupal fue impactante. Enseguida se realizó la técnica “Quién soy, aquí y ahora” donde cada participante se tuvo que presentar de manera informal; es decir, romper con la presentación tradicional, cuando se empieza con los datos personales y las virtudes; aquí fue todo lo contrario, cada quien empezó reconociendo sus defectos de carácter, develando su verdadera personalidad, presentando al personaje real que está en el grupo de A.A. Se les dijo a los participantes que, no se puede cambiar lo que no se conoce, por tal motivo había que reconocerse hoy. Como había algunas dudas respecto a cómo tenía que ser la presentación, el facilitador tuvo que poner la muestra, fue el primero en presentarse de manera informal; después todos hicieron lo mismo, sin “máscaras”; de esta manera el facilitador se integró al grupo, logró contacto con las personas, como un ser humano con desaciertos. En este sentido Flores (1977) explica que, para lograr contacto entre paciente y terapeuta, el terapeuta debe procurar mantener el continuum de la percepción consciente del paciente le hace notar cuando está evitando el contacto del aquí y ahora.

Uno de los objetivos en cada sesión fue *impulsar la productividad* para cumplir primero los objetivos generales en cada sesión y después cumplir la meta del grupo; es decir, siempre se buscó un balance entre la participación grupal y la participación individual. Este objetivo no fue difícil de cumplir a nivel grupal, pues la mayoría de usuarios siempre estuvieron dispuestos a participar; pero a nivel individual, era necesario que la mayoría de los participantes trabajaran algunas situaciones inconclusas que habían aparecido en las sesiones grupales. El interés estaba en el trabajo con Eduardo y Manuel, pues sus “figuras” se habían hecho presentes desde sesiones atrás; y más porque habían sido constantes en su participación y habían sido evaluados. Por ello se aplicaron técnicas expresivas en cada sesión, cuyo objetivo fue vencer las *resistencias* de los participantes con el fin de promover la toma de conciencia de lo que estaban sintiendo, diciendo y de esa manera facilitar su proceso de maduración (Martín, 2011).

En cuanto a *la adopción de técnicas*, para tomar decisiones grupales, en cada sesión se estableció una dinámica grupal, antes de realizar una técnica gestáltica, cuyo objetivo siempre fue reforzar las relaciones interpersonales, pues a pesar de que habían estado conviviendo en el grupo antes de realizar el taller, se observaron ciertas diferencias, sobre todo en el cumplimiento de tareas asignadas. Durante el desarrollo del proceso terapéutico, las relaciones interpersonales fueron mejorando entre los participantes, se creó un clima de confianza y respeto mutuo, lo que motivo a que las reglas Gestalt que se habían leído al principio del taller, fueran adoptadas y

vigiladas por cada uno de los participantes, a modo de que se cumplieran durante las sesiones terapéuticas, y efectivamente, algunas veces fueron ellos mismos quienes señalaban cuando una regla se estaba violando.

De acuerdo a Kepner (1980; en Castanedo, 1988) el grupo “Volver a Nacer” pasó por las siguientes etapas:

Identidad e independencia. Los miembros participantes del grupo “Volver a Nacer” sufrieron un proceso de integración de la personalidad, su rol dentro de la sociedad y dentro del grupo; seguramente cada uno de los miembros se cuestionó en algún momento su papel; así como la percepción de sí mismo y la que tienen los demás hacia él; es decir se trabajó la dimensión *Social* del autoconcepto. Cada quien se sintió parte de ese grupo terapéutico; en primera, porque estaban compartiendo una historia en común; sus antecedentes de consumo de alcohol y drogas. Esta etapa se vivió intensamente con la dinámica grupal “Adentro y afuera”, cuando Eduardo, Manuel, Edgar y Víctor, tuvieron que mantener, a los demás miembros participantes, en contacto con las dimensiones más íntimas de cada uno de ellos; al ponerse en el lugar del otro y describir su personalidad desde fuera, sus deseos, sus emociones; el resultado provocaría el autoconocimiento.

Influencia y contra-independencia. Cuando los miembros participaron en las dinámicas grupales y en las técnicas Gestalt, se dieron cuenta de la influencia que los fenómenos derivados de estas actividades estaban teniendo sobre sus emociones, sobre sus conductas y decisiones; así como las reglas Gestalt, que siguieron durante el proceso terapéutico. Cuando se trató de hablar en modo personal, en primera persona, lo hicieron, con un poco de dificultad al principio, pero se hizo un hábito reforzado por el facilitador; por ejemplo, Eduardo al final de cada sesión, sin pedírselo, externaba sus pensamientos y lo que había obtenido después de participar en las actividades grupales.

Intimidad e interdependencia. El facilitador percibió perfectamente quién trabajó sus conflictos; e identificó de manera individual cuáles fueron los asuntos inconclusos que no pudieron enfrentar y trabajar. La técnica Gestalt de *la silla vacía* y *la silla caliente*, se realizó en dos sesiones, casi en las últimas. El espacio y el tiempo lo hubo, sólo faltó que las personas evaluadas vencieran sus resistencias para participar en esta técnica. En este caso fue sólo uno de los cinco participantes evaluados que se atrevió a realizar el trabajo. Los demás fueron participantes no evaluados en este estudio. Se hizo notar a cada uno de los participantes

presentes, sus asuntos inconclusos, recomendando se atendieran a la brevedad; pues ya habían experimentado los posibles beneficios que podrían obtener.

Cierre. Entre los participantes del grupo y el facilitador, había conciencia que en algún momento se iba a acabar el taller gestáltico, por tanto, el facilitador logró que, dos participantes que se habían retirado del taller desde la quinta y sexta sesión, participaran en la última. Esta y la siguiente sesión fue para cerrar el trabajo terapéutico. El facilitador destacó la importancia, a los participantes, de haber vivido experiencias juntos y se despidió agradeciendo a cada uno de ellos que se hayan abierto emocionalmente hasta donde se pudo, lo que seguramente generó situaciones de encuentro. Esta despedida incluyó el agradecimiento mutuo y el deseo que, lo experimentado y aprendido contribuya al bienestar emocional de cada una de las personas participantes (Carabelli, 2013). Cada uno de los participantes expresó los beneficios que recibió al participar en el taller, así como lo que experimentó al ser parte de esta experiencia. Eduardo, Manuel, Víctor, Edgar y Martín, expresaron su sentir; la mayoría tuvo idea de cómo integrar sus vivencias en su vida social, una vez que salieran del grupo de recuperación. También, los hubo quienes deseaban que el trabajo terapéutico se extendiera por más tiempo. La despedida fue muy emotiva, hubo abrazos fraternales entre el facilitador y los participantes, en especial con Eduardo y Manuel.

Cuando se evaluó el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol en el grupo que recibió la intervención, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Social*, del autoconcepto, lo que indica que se produjo un aumento en esta área del Autoconcepto de las personas participantes después del taller gestáltico; esto indica que, la intervención influyó favorablemente en los sujetos participantes. Contrariamente a este resultado, Moreno-Murcia et al. (2009; en Álvaro et al., 2014) estiman que la dimensión *Social* se incrementa con el consumo excesivo de alcohol, por ser un vehículo que favorece las relaciones entre iguales; no obstante, esta relación entre el autoconcepto y la dimensión *Social* puede desaparecer al controlar las variables edad y sexo de los participantes. Sin embargo, esta conclusión no aplica en el estudio de esta tesis, pues los participantes de aquel, fueron adolescentes, los cuales en su relación con las adicciones poseen una actitud positiva hacia el alcohol y no así con los participantes adultos de este estudio cuya edad oscila entre los 21 y 50 años de edad.

Cabe señalar que la dimensión *Social*, es una de las más importantes del Autoconcepto de La Rosa, pues sola, abarca la tercera parte del total de los reactivos del instrumento; además, junto

con la dimensión *Emocional*, son la columna de este instrumento, juntas suman aproximadamente las dos terceras partes de los reactivos.

Por otra parte, las dinámicas grupales realizadas en el taller, favorecieron la expresión de impulsos, sentimientos y acciones auténticas entre todos los participantes (técnicas expresivas); en algunos momentos pareció que estos encontraban obstáculos como la vergüenza, la represión o la culpa, pero el facilitador incitó a que estos sentimientos fueran expulsados, suprimiendo la acción evitativa del participante ayudándole a tomar contacto con aquello que trato de evitar (técnicas supresivas); es decir, se procuró el trabajo de las relaciones interpersonales en todas las sesiones del taller (Carabelli, 2013); este trabajo se intensificó con Eduardo y Manuel, quienes fueron los más participativos.

Los resultados encontrados en esta investigación son contrarios a la investigación realizada por Cab et al. (2015) con un grupo de mujeres adolescentes, cuyo objetivo general fue fortalecer la autoestima y prevenir el abuso de bebidas alcohólicas desde un enfoque gestáltico. En dicho estudio, los resultados mostraron que las participantes presentaron cambios referentes al nivel de autoestima, por lo que fortalecieron su autoconcepto y la autoconfianza, lo que contribuyó a modificar su percepción de riesgo del consumo problemático del alcohol. De esta investigación se rescatan los resultados de la intervención con enfoque Gestalt y el fortalecimiento del autoconcepto; sin embargo, hay que tomar estos con reserva, con respecto a los del presente estudio, pues aquellos participantes, fueron mujeres adolescentes, estudiantes, sin adicciones; en cambio, en el presente estudio, los participantes fueron hombres maduros, no son estudiantes, son adictos a alguna sustancia o a varias; además están en situación de residencia.

Por otro lado, el hecho de que el *Autoconcepto Global* de los participantes (a nivel grupal) no se haya incrementado después del taller gestáltico; podría deberse, entre otras causas, a que la intervención logró sensibilizar gradualmente al paciente; sin embargo, fue insuficiente el número de sesiones de intervención para que este pudiera lograr una elaboración de su problemática y trabajarla para disminuir sus emociones que le han afectado durante por mucho tiempo; sin exagerar, desde la niñez.

El único resultado que mantiene congruencia con la participación e intensidad en el trabajo terapéutico es el de Eduardo, pues fue uno de los dos participantes que fueron constantes en su participación en las nueve sesiones de intervención terapéutica que duró el taller gestáltico. En tanto, los resultados favorables de Edgar y Martín no corresponden con el trabajo realizado en el

taller, pues ambos participaron sólo en cinco sesiones. Analizando el tiempo dedicado a los *servicios* a que se comprometió Edgar, o la libre decisión de no seguir participando en las sesiones terapéuticas; y a la decisión definitiva de Martín de participar hasta la quinta sesión y en vez de esto, preferir el ocio que, vivir la experiencia del taller gestáltico; puede decirse con seguridad que, los estímulos y los sentimientos novedosos producen temor, y las drogas ayudan a mitigar el miedo que produce la relación con los demás (Giraldo, 2009); lo que significa que, es más fácil mantenerse en un estado de “anestesia” que hacer algo para disminuir la adicción. Lo que podría entenderse como una forma de resistencia al tratamiento.

La intervención podría reducirse a los resultados de Eduardo y Manuel quienes fueron los únicos que participaron en todas las sesiones terapéuticas que conformaron el taller gestáltico, cumpliendo todos los requisitos que demandó la investigación: participación en gran parte de las experiencias vivenciales, en las técnicas gestálticas; pero principalmente, el tiempo de permanencia en el proceso terapéutico. Cabe destacar que los resultados de la intervención en Eduardo y Manuel, que participaron al cien por ciento; en general, fueron muy positivos, aunque los aumentos o disminuciones en sus puntuaciones, en algunos casos, fueron menores. El facilitador siempre logró empatía con las personas participantes, en otros enfoques psicológicos se le llama lograr un buen *rappont*, en psicología Gestalt se le conoce como “contacto”; lo cierto es que, siempre hubo un acercamiento humano con las personas, al grado que algunos participantes se despedían del facilitador con un abrazo muy afectuoso e intenso al término de las sesiones. El hecho de que el facilitador asuma una actitud de respeto y comprensión hacia el paciente, va a permitirle a este, explayarse en la expresión de sus asuntos inconclusos, con la seguridad de que no va a ser criticado, juzgado, reprendido o rechazado; esta escucha sensible y comprensiva sólo ocurre en un espacio terapéutico (Cambron, 2007). El trabajo con personas adictas en situación de residencia en grupos de A.A. requiere capacidad de empatía, tolerancia, amor y servicio al ser humano que sufre; lo que seguramente no se logra de la noche a la mañana.

La pregunta acerca de si el taller gestáltico tuvo éxito o no, parece ser muy subjetiva, pues de acuerdo a lo analizado, hay algunos factores que intervinieron en esta investigación: la terapia Gestalt no tiene los mismos efectos en todos los participantes; esta depende, al igual que en todos los enfoques psicológicos, de la adherencia terapéutica, del “valor para cambiar”, del tiempo de participación, de la sensibilidad, entre otros. Lo que se cree necesario es que, el trabajo grupal y el individual se enfoquen en los aspectos particulares de cada persona, pues hay quienes que no

quieren participar de manera grupal, sobre todo cuando se trabajan aspectos muy íntimos de la persona; quizás esto sea normal. Dicho análisis empata con la conclusión a la que llegó Perls (1966; en Castanedo, 1988) cuando aseguró que todas las terapias individuales eran obsoletas y que, en el taller psicológico, debía integrarse la terapia individual y la terapia grupal; pero previno: “Esto da resultados con un grupo solamente si el encuentro del terapeuta con el paciente en forma individual, y dentro del grupo es efectivo”. Quizás hizo falta esta posibilidad con Eduardo y Manuel, ya que, a pesar de su intensa participación en las sesiones, surgieron figuras, sobre todo en Eduardo, que faltaron trabajar de manera individual. En este sentido, la terapia grupal con enfoque Gestalt permite el trabajo individual, el acercamiento de la persona a su núcleo fóbico ya sea a través de la propia experimentación o de la identificación con el trabajo de los demás; sin embargo, como se dijo, no todas las personas se atreven a participar de manera grupal, pues en el seno del grupo se facilita el rescate de proyecciones, por eso mucha gente se resiste a hacer grupo, porque es más violatorio el proceso (De Baranchuk (1996), y eso fue lo que sucedió cuando se trabajó con la técnica de “la Silla vacía y silla caliente”, solamente dos personas se atrevieron a participar; una de ellas no fue evaluada.

Por último, la rigidez estadística de las pruebas no permite ver resultados más allá de los parámetros que marca, lo que pondría en duda la efectividad de la intervención en este estudio; sin embargo, los datos duros por individuo indican que, aunque menores, hubo cambios favorables en el autoconcepto y actitud hacia el alcohol en los miembros del Grupo de Intervención.

Análisis de la intervención por participante.

Eduardo.

Con respecto al *Autoconcepto Global*, este participante inicio con una tendencia favorable al autoconcepto, reflejada en su puntuación. Al principio, su participación en el taller fue muy limitada, presentaba *lapsus* de inseguridad; mostró mucha resistencia, le preocupaba la crítica de los demás. Quizás el rapport trabajado antes por el facilitador, pero seguramente el trabajo individual con él dentro del grupo, respecto a la risa que provocó su participación en la primera sesión terapéutica, facilitó su inserción en el grupo. Tal vez su madurez (siendo el mayor de edad de los participantes) le permitió percibir el daño que se ha ocasionado a lo largo de su vida, pues expresó que últimamente ya se había descuidado mucho: “si me hubieras visto unos días atrás, no me hubieras reconocido, estaba andrajoso, barbón, mugroso, pero hoy estoy dispuesto a ser de

otra manera”. Giraldo (2009) concluye acertadamente cuando dice que, un drogodependiente presenta una perturbación de límites, pierde su identidad, adopta los límites de la droga como suyos, posee patrones fracturados; la figura predominante es la intoxicación, la figura fija es disminuir nuevas figuras por medio del consumo excesivo de alcohol, lo que deriva en una afectación en el funcionamiento relacional y ocupacional; hay un descuido personal y en consecuencia, afecta sus áreas funcionales y su contexto psicosocial.

Cuando Eduardo expresó su voluntad de ser otra persona, pasó de la decisión a la acción, reflejándose en participaciones muy entusiastas, parecía un niño que había pasado de grado y con nuevo maestro, deseoso de conocer cosas nuevas y de aprender lo que vivía en cada sesión. Esa actitud la demostró al final de cada sesión, quería continuar hablando del tema con el facilitador. Al parecer, el autoconcepto de Eduardo fue evolucionando a lo largo del desarrollo del trabajo terapéutico, una de sus manifestaciones fue el cambio en su apariencia física; en las primeras dos sesiones asistió al taller vestido habitualmente (algo desaliñado), pero a partir de la tercera sesión acudió muy pulcro, como si fuese a una fiesta; poco a poco fue distinguiéndose del resto de los participantes, en cuanto a su aseo personal, así como en la seguridad para expresarse; ahora hablaba mucho, con toda libertad, tanto que a veces no había manera de pararlo (es en serio), siempre dirigiéndose con respeto hacia sus compañeros de grupo. La idea que expresó de tener una familia a futuro, puede estar asociada al mejoramiento de su autoconcepto.

Al final del taller y una vez que fue evaluado, obtuvo una tendencia muy favorable al autoconcepto entre todos los participantes del grupo “Volver a Nacer”, la más alta puntuación; durante el desarrollo del taller gestáltico, seguramente fue aumentando su juicio evaluativo de sí mismo en los dominios específicos de su vida (Calero et al. 2016). No cabe duda que mostró una tendencia muy favorable al autoconcepto positivo. No obstante que, participó en casi todas las técnicas Gestalt, hubo una en la cual no quiso, fue en la técnica de la “Silla vacía y silla caliente”; al parecer tuvo temor a lo desconocido. El facilitador ya había percibido su *figura* y tenía la intención que Eduardo la enfrentara con esta técnica; sin embargo, cuando se presentó la oportunidad, no se atrevió; quizás el trabajo de su *figura* con esta técnica, pudo haber mejorado aún más su autoconcepto. La discapacidad que tiene en uno de sus brazos no le afecta en ningún sentido; de hecho, manifestó que se va a atender una vez que salga del grupo.

En cuanto a la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, Eduardo inicio con una favorable actitud; es decir, con una puntuación baja, y durante el desarrollo del proceso terapéutico, fue

reconociendo sus fortalezas y debilidades en el consumo de sustancias; reconoció que la mayor parte de su vida se había alcoholizado y drogado. Probablemente este cambio de actitud fue motivado por el trabajo en las técnicas de reconocimiento de responsabilidades: “Me hago responsable”; así como el análisis grupal del origen de la necesidad de alcoholizarse y drogarse; o la técnica “Antítesis o juego de roles”, donde la persona tuvo que actuar ese personaje que hubiera querido ser; en este caso, una persona no adicta. Tal vez, después de la experiencia que pasó en la segunda sesión (comentario sarcástico), su mayor obstáculo que superó fue el miedo a la estigmatización, sentimientos de vergüenza; estas dos primeras barreras están fuertemente enlazadas con las actitudes culturales al alcohol (Lancaster y Dudleston, 2002). Es importante recordar que, con la edad se incrementa el porcentaje de consumidores y la actitud permisiva hacia el alcohol. Los medios de comunicación y el medio social en general, sobrepasan la influencia familiar y académica (Moreno, 2006).

En fin, debido a la disponibilidad de Eduardo para asimilar casi todo lo que el taller le ofrecía, en la evaluación postest pudo alcanzar la menor puntuación entre todos sus compañeros participantes; o sea, fue la persona que obtuvo una muy favorable *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; lo que indica que Eduardo cuenta con los recursos suficientes para enfrentar favorablemente sus adicciones, esta actitud se manifestó cuando expresó que su adicción es un problema con el que tiene que luchar hoy.

En cuanto a la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Eduardo comenzó el taller gestáltico con una actitud muy favorable y en el postest se mantuvo casi igual, a pesar de haber disminuido levemente su puntuación; sin embargo, esta disminución no le afectó. Pudiera pensarse que este resultado le afectaría en esta actitud; sin embargo, aun así, es el segundo participante en lograr una muy favorable *Actitud Negativa* hacia el Alcohol. Estos resultados indican que Eduardo reconoce aquellas variables que conllevan al abuso del consumo de alcohol, así como los efectos negativos derivados de este; dicha posición ventajosa indica que posee los recursos para enfrentar favorablemente su adicción. Como se observa, a mayor puntuación en este factor, existe mayor probabilidad de reducir el consumo de alcohol; estos resultados guardan relación con la disposición de Eduardo por trabajar sus adicciones; también, con la mayor participación y estancia en el taller gestáltico. En la consecución de esa meta, Eduardo tendrá que retomar los valores pues según Moreno (2006) parecen ser las claves para el desarrollo de actitudes y conductas preventivas del abuso de bebidas alcohólicas.

Como se observa, los resultados de Eduardo en los dos instrumentos, lo ubican como el participante con mejores resultados. Dentro de la terapia grupal es el paciente ideal, pues está abierto a cualquier propuesta terapéutica; además, adquirió adherencia terapéutica.

Manuel.

Este participante es relativamente joven y presentó una tendencia poco favorable al *Autoconcepto Global* reflejada en su puntuación; aunque no de manera tan importante como Eduardo. Inicio con una tendencia poco favorable al autoconcepto y terminó casi igual cuando fue evaluado por segunda vez. Aunque el incremento en su puntuación no fue tan significativo, si es de hacer notar porque se convirtió en el segundo participante que obtuvo una tendencia favorable al autoconcepto después de Eduardo, además de ser una de las dos personas participantes que asistieron a todas las sesiones del taller; obviamente su puntuación no alcanzó para decir que posee una muy favorable tendencia al autoconcepto; por lo que puede decirse que todavía no es suficiente para poseer un juicio evaluativo positivo de sí mismo en dominios específicos de su vida (Calero et al. 2016). Necesita seguir trabajando su autoconcepto, pues el abandono que vivió por parte de sus padres, cuando niño, pudo haber dañado varias áreas o dimensiones de su autoconcepto, a pesar que al final de trabajo terapéutico expresó bienestar emocional. Como bien lo explica Sessa y Steinberg (1991; en Escrivá et al., 2001) quienes afirman que, el desarrollo del autoconcepto, se considera un factor central en la madurez personal y autonomía del individuo; de tal manera que, la aparición del concepto del “yo” en el niño (a) tiene un carácter evolutivo, que está mediatizado por variables de tipo social, de maduración y de personalidad. Por tanto, en cada fase de su desarrollo, va adquiriendo confianza en sí mismo, cree que tiene control de su vida y sentimientos subjetivos, se siente capaz de tomar decisiones sin excesiva validación social. Obviamente, Manuel vivió una situación contraria, dentro de un hogar disfuncional con padres ausentes.

En tanto, en la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, Manuel obtuvo buenos resultados, se convirtió en la segunda persona que logró la menor puntuación en este factor; inicio el taller con una actitud favorable y una vez evaluado al término del mismo, mostró una actitud muy favorable; lo que indica que su puntuación bajó, aunque mínimo, resulta significativo en términos de mejoría; sobre todo si se considera que a menor puntuación, la persona disminuye sus actitudes permisivas ante el consumo de alcohol, asimismo se da cuenta que estas no son un medio para mejorar sus relaciones interpersonales y su integración social; al igual, no minimiza

las consecuencias negativas derivadas del consumo excesivo de alcohol (Calero et al. 2016). Puede ser que los resultados obtenidos en este factor se deban al esfuerzo en sus participaciones en las actividades terapéuticas a lo largo del desarrollo del taller, considerando que asistió a todas las sesiones. Estos resultados indican que Manuel cuenta con los recursos suficientes para enfrentar sus adicciones.

Mientras que, en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, Manuel inició con una desfavorable actitud hacia este factor y al terminar el taller, su evaluación, aunque subió ligeramente, no cambio mucho respecto al pretest, prácticamente se mantuvo igual. Aparentemente, fue el participante, con más baja puntuación, el que no obtuvo mejoras; sobre todo si se recuerda que, a menor puntaje en este factor, mayor es la posibilidad de no reconocer aquellas variables que posibilitan su consumo abusivo de alcohol; tampoco, darse cuenta que la ingesta continua de alcohol le puede acarrear problemas de tipo social y sanitarios. Respecto a su problema de alcoholismo y drogas, posiblemente aún le está costando trabajo manejar sus impulsos adictivos, pues expresa que pasó momentos muy difíciles cuando se alcoholizaba y drogaba. Cuando inició el taller gestáltico, le costó un poco de trabajo integrarse al trabajo grupal e individual; pero gracias a las técnicas expresivas en las que participó, no tardó mucho tiempo en integrarse y adquirir adherencia terapéutica. Seguramente aún le falta más trabajo terapéutico, pues cuando estaba concluyendo el taller gestáltico, empezó intensificar su participación; él fue el único participante, de los cinco evaluados, quien participó en la técnica Gestalt con sueños; donde fue necesario concluir el trabajo con la técnica de la “Silla vacía y silla caliente”.

Cabe señalar que obtuvo resultados contrarios en estos dos factores de la actitud hacia el alcohol; sin embargo, estos no se deben interpretar como un fracaso, pues esta variable está compuesta por cinco dimensiones divididas en estos dos factores, lo que indica que, Manuel posee recursos que le permiten enfrentar favorablemente se adicción y al mismo tiempo, necesita trabajar las variables que no le permiten percibir los riesgos que conllevan al abuso excesivo en el consumo de esta sustancia. De esto se deduce que la actitud hacia el alcohol es una combinación de percepciones que la persona tiene acerca de la sustancia; sin embargo, estas son susceptibles al cambio a través de intervención terapéutica.

Edgar.

Con respecto al *Autoconcepto Global*, este participante inicio con una tendencia poco favorable hacia el autoconcepto y al término del taller gestáltico, aunque elevó ligeramente su

puntuación, se mantuvo prácticamente sin cambios. Cabe recordar que esta persona participó sólo en cinco sesiones; al parecer, tenía la intención de mantenerse activo, pero sus actividades de servicio en el grupo se lo impidieron. De hecho, cuando empezó el taller, ya casi se iba del grupo, pero mostró necesidad de recibir ayuda, pues dijo que, aunque le dieran *media luz* él iba a seguir viniendo a las sesiones del taller. Asimismo, manifestó que uno de sus conflictos más importantes fue la imagen que tiene de sí mismo, la cual le ha acarreado problemas de autoestima, ya que no se siente tan agraciado físicamente para las mujeres. Seguramente este conflicto en su autoconcepto, lo ha mantenido por muchos años en el alcoholismo, pues manifiesta que cuando bebe alcohol se siente con mucha seguridad para relacionarse con el sexo femenino; sin embargo, cuando trata de establecer una relación sentimental, no ha podido perdurar en ella. Quizás Edgar no ha sido capaz darse cuenta de la información valiosa que posee de sí mismo, para poder valorar sus fortalezas y de esa manera elevar su autoconcepto. Valdez (1994; en Aguilar, 2006), son muy claros al explicar este problema, cuando menciona que, toda la información que una persona posee de sí misma, proviene de la interacción social que mantiene con las demás personas; la forma en que estructura y codifica esa información; todo ello, le aporta un autoconocimiento; es decir, establece su autoconcepto. Al parecer, de esto empezó a darse cuenta en la última sesión, pues se abrió al tema y comenzó a reconocer que había otros factores que influían para que una mujer se fijara en un hombre.

El intercambio de ideas a nivel grupal, respecto al tema fue muy interesante, sobre todo porque todos eran varones. Eduardo empieza a creer que hay otras cualidades que podría emplear para manejar esa inseguridad que tiene de sí mismo; afirma que ahora se da cuenta que tiene que trabajar la confianza en sí mismo, pero sin alcohol. Desafortunadamente el tiempo no alcanzó para más, por ello, se cree que Edgar perdió tiempo muy valioso, al no completar el trabajo en las sesiones del taller que se ofreció; necesita seguir trabajando su autoconcepto y su actitud hacia el alcohol, por lo que se le recomienda busque ayuda para llegar a la aceptación.

Respecto a la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol de Edgar, inició con una desfavorable actitud en la primera evaluación y al término del taller gestáltico, culmina sin cambios importantes; es decir, no mejoró, sino al contrario, subió un punto lo que indica que mantiene su actitud hacia el consumo excesivo de alcohol. Estos resultados podrían ser los esperados, ya que esta persona no participó en la totalidad de sesiones; además por su actitud y pensamientos cuando se relaciona con mujeres, todavía sigue creyendo que, el alcohol es un vehículo para relacionarse social y

sentimentalmente; así como una forma u oportunidad para integrarse grupalmente. En este sentido, acepta que el consumo de alcohol le ha ayudado a compensar sus carencias físicas (se percibe no muy atractivo físicamente).

Como ya se dijo, Edgar requiere seguir trabajando su autoconcepto, para desterrar la creencia que la única manera de relacionarse con el sexo opuesto, es únicamente por medio del alcohol.

Respecto a su *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, al inicio del taller gestáltico obtuvo una actitud muy favorable en este factor y cuando termina su participación interrumpida en el taller, mejora esa actitud, pues alcanza la máxima puntuación en este factor. La respuesta favorable en esta actitud, confirma la importancia que le da al alcohol en la parte social; sin embargo, es capaz de reconocer los riesgos de los efectos negativos del alcohol; sabe cómo va a terminar si continúa con su adicción; de la misma manera, reconoce que ciertas variables lo orillan a consumir alcohol, entre ellas, la social (la necesidad de relacionarse) y la autoestima (su imagen personal). De acuerdo al ritmo de consumo de alcohol de Edgar, no considera las consecuencias negativas, pues al igual que los jóvenes, consume alcohol de forma riesgosa, creyendo que así obtendrá las mejores competencias (aceptación social, atractivo amoroso, etcétera) los cuales son muy bien valoradas socialmente, como lo concluyen Calero et al. (2016).

Evaluando estos dos resultados de la actitud hacia el alcohol, Edgar puede mejorar su actitud a las adicciones, si adquiere la adherencia terapéutica que se necesita para realizar cambios importantes y si se da el tiempo para ocuparse de sí mismo. El pronóstico es que sí es posible, porque en su participación en la última sesión, se dio cuenta, después de un análisis grupal acerca del tema, que existen otras cualidades que podría explotar, las cuales resultarían atractivas para el sexo opuesto y con ello podría dejar de usar el alcohol como un vehículo para mejorar su autoconcepto.

Víctor.

En lo que se refiere al *Autoconcepto Global*, este participante siendo el más joven, inició con una tendencia desfavorable hacia el autoconcepto y al término del taller gestáltico, aunque elevó ligeramente su puntuación, se mantuvo prácticamente sin cambios. De igual manera, su participación en las sesiones terapéuticas estuvo sujeta a las actividades extras que le asignaron en el grupo; sin embargo, mientras asistió a las sesiones se mantuvo en disposición para participar en las dinámicas grupales y técnicas Gestalt. Los resultados de Víctor corresponden

con el tiempo que participó en el taller, sólo seis sesiones; mientras que su participación se vio opacada por la de sus compañeros de grupo, pues las demás personas participantes trabajaron con mayor entusiasmo. En la técnica de la “Silla vacía y silla caliente” no quiso participar, estuvo entre los que dudaron o tuvieron temor del proceso terapéutico de esta técnica; sin embargo, cuando presenció el trabajo que se realizó con un participante (no evaluado), se animó a participar en la próxima sesión; no obstante, no asistió. Posiblemente hay un factor que influyó en el desarrollo del autoconcepto de Víctor que es el *estilo de crianza parental*, siendo este un factor significativo en su vida; seguramente vivió bajo una actitud parental negativa donde se creó la presunción de que fue un niño despreciado y no amado por sus padres a causa de cualquier característica personal (Bin, 2014). Aunado a esto, pudiera ser que Víctor le dio más valor al servicio en el grupo, pues se le veía muy comprometido con las funciones que le asignaron, de hecho, manifestó que estaba ahí para obedecer lo que los “padrinos” le asignaran; de alguna manera, estaba respondiendo de manera ejemplar a la confianza que se le dio al hacerlo responsable de ciertos *servicios* en el grupo. Como es sabido en los grupos de A.A., el servicio representa uno de sus tres legados (Unidad, Servicio y Recuperación) que posibilitan la recuperación. En este sentido, se cree que Víctor adquirió adherencia terapéutica y tiene muchas posibilidades de enfrentar sus adicciones y salir adelante.

En la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, este participante inició el trabajo terapéutico con una tendencia favorable a la actitud y cuando fue evaluado al término del taller obtuvo una tendencia muy favorable a la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; es decir, obtuvo una puntuación baja. Se recuerda que, en este factor, una puntuación baja significa que la persona es capaz de disminuir sus actitudes permisivas ante el consumo de alcohol, y puede darse cuenta que el alcohol no es un medio para mejorar sus relaciones sociales; al igual, no minimiza las consecuencias negativas por el consumo excesivo de alcohol (Calero et al., 2016). De acuerdo a sus participaciones en el trabajo terapéutico, Víctor presenta disponibilidad y colaboración para disminuir su *Actitud Positiva* hacia el Alcohol; ello queda demostrado a través de sus resultados finales, quedando como el tercer participante que logró disminuir su puntuación. Dicha posición de Víctor, es contrario a lo encontrado en un estudio realizado con adolescentes por Gómez Fraquel et al. (2002; en Moreno, 2006) quienes concluyen que, referente al consumo de alcohol la permisividad y la aceptación social del consumo son factores macrosociales relacionados con su incremento.

Refiriéndose a la llamada permisividad formal (normas y restricciones legales de venta) como a la permisividad informal (valores y actitudes sociales favorables al consumo).

Quizás el darse cuenta que tiene un hermano en el grupo (Manuel), que está en la misma situación que él, lo motiva para salir de esos estados, pues siempre que habló de su deseo de recuperación, aludió a su hermano.

Mientras que a la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol, este participante inició con una actitud poco favorable a este factor y cuando terminó su participación interrumpida en el taller, sus resultados en el postest fueron desfavorables, lo que indica que su puntaje bajó, cuando lo ideal después de haber participado en una intervención terapéutica es que hubiera subido; sin embargo se recuerda que no participó en todas las sesiones terapéuticas y estas fueron interrumpidas en algunas ocasiones; además de que sus intervenciones en el trabajo terapéutico fueron pocas. Esto significa que, Víctor, al menos en este factor, aún no posee los recursos suficientes para darse cuenta que la ingesta continuada de bebidas alcohólicas le acarrea un riesgo de efectos negativos de tipo social y sanitario (Calero et al., 2016). Posiblemente los resultados en este factor guarden relación con su trabajo en las dinámicas grupales y participación en las técnicas Gestalt, pues esta persona participó en seis sesiones, por lo que puede decirse que le faltó trabajo terapéutico.

Martín.

En el *Autoconcepto Global*, este participante, uno de los mayores de edad, inició con una tendencia favorable hacia el autoconcepto y al final del taller gestáltico terminó con una tendencia poco favorable; es decir, disminuyó su puntuación de manera importante. Esto significa que, disminuyó su juicio evaluativo positivo de sí mismo en dominios específicos de su vida. En relación a ello, dicha disminución podría estar relacionada con la frecuencia de sus participaciones en el taller Gestalt, pues como ya se mencionó, sólo participó de manera pasiva en cinco sesiones; mostró mucha resistencia para relacionarse socialmente con sus compañeros de grupo y no logró adquirir adherencia terapéutica. Posiblemente por su larga carrera alcohólica, no alcanza a darse cuenta que existen recursos que están a su alcance y que le posibilitan una recuperación a su problema de alcoholismo. Fue la única persona del grupo “Volver a Nacer” que disminuyó su puntuación en el autoconcepto, y seguramente la que menos tendencia favorable adquirió al salir del grupo de A.A., a pesar de su puntuación, pues como ya se mencionó, el facilitador lo vio alcoholizado en la calle, un mes después de su participación. La larga carrera alcohólica de Martín y su ingreso cientos de veces a grupos de A.A., valida lo encontrado por un

estudio de Flores (2000), donde se confirma que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel del autoconcepto del alcohólico y el tiempo de practicar el Programa de A.A., lo que significa que la recuperación de un individuo alcohólico no es cuestión del tiempo de permanencia en A.A.

En lo referente a la *Actitud Positiva* hacia el Alcohol, este participante inició con una tendencia poco favorable a esta actitud, y cuando finaliza el taller, los resultados del postest, indican una tendencia similar, aun cuando disminuyó su puntuación. Esto indica que sus ausencias en el trabajo terapéutico, sus resistencias a enfrentar sus conflictos, derivaron en un nulo aprovechamiento. Tiene la firme creencia de que nunca saldrá de ese estado, pues aseguró que nunca va a dejar de beber alcohol; estar ahora sin beber, es temporal porque saliendo del grupo regresará, y así fue. Martín requiere atención inmediata de profesionales de la salud; sin embargo, ningún método le va a servir si no acepta su problema con el alcohol, y si no se decide de pasar de la decisión de atenderse, a la acción de hacerlo.

Respecto a la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol. Martín inició con una tendencia favorable a este factor y cuando fue evaluado al finalizar el taller, puntúo ligeramente arriba del pretest; no obstante, no fue relevante pues se mantuvo casi en el mismo nivel; lo que no deja de ser favorable. De acuerdo a sus resultados, en teoría, debería reconocer que la ingesta continuada de bebidas alcohólicas le acarrea un riesgo de efectos negativos de tipo social y sanitario, y de hecho sí lo reconoce, se da cuenta de la problemática en que está metido; sin embargo, no posee los recursos para iniciar su recuperación. Posiblemente el mayor problema al que se enfrenta Martín es la cultura de la permisividad; es decir, un alcohólico en casa puede ser tolerable siempre y cuando cumpla su rol de padre y de proveedor; pues siempre se autodescribió como un padre de familia alcohólico; pero, amoroso con sus hijos, con una buena relación con ellos, cumplidor con sus “obligaciones”, trabajador y con una trayectoria alcohólica de años; sin embargo, quizás se encontraba en el estrato falso de la neurosis, donde la persona representa roles, aquello que no es y actúa como si fuera de tal o cual manera, dependiendo de la situación y el momento (Perls, 1975; en Martín, 2011). Su actitud hacia el alcohol la percibe como una tradición; cuando dice que, está *anexado* por un tiempo, pero en cuanto salga volverá a beber alcohol, siempre ha sido así. Dicha mentalidad coincide con un acuerdo amplio al que llegaron Lancaster y Dudleston (2002), cuando dicen que, el principal obstáculo para combatir el abuso en el consumo de alcohol, son las actitudes culturales imperantes en el alcohol; por lo que, antes de

intentar realizar un cambio efectivo en los comportamientos relacionados con el alcohol, se necesita hacer un cambio desde la raíz.

Llama la atención que el *Autoconcepto Global* y en la *Actitud Negativa* hacia el Alcohol en Martín, obtuvo puntuaciones medias y altas respectivamente; y sólo participó en cinco sesiones del taller; además fue la persona con el más largo historial alcohólico (aproximadamente 370 *anexos*), como él lo manifestó. Cabe recordar que, aproximadamente un mes después de su participación en el taller se le vio en la vía pública totalmente alcoholizado. Aquí podría caber la aseveración que se escucha en el mundo de A.A. y la cual el “padrino” Martínez así lo mencionó antes del inicio del taller: “los alcohólicos son los reyes de la mentira y la patraña, se comen a los médicos, a los psicólogos, a los psiquiatras”. (M. Martínez, comunicación personal, 1 de febrero de 2017).

El taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el grupo “Emperadores Tulyehualco”

Cabe mencionar que al grupo que fungió como de Control no se le aplicó el taller entre el pretest y el postest; sin embargo, por ética profesional, además porque lo solicitó, se le proporcionó después de la aplicación del postest (cuando se terminó el trabajo con el Grupo de Intervención), pues no se quiso considerar como un grupo de sujetos que sólo sirvieron para un fin, sin recibir beneficio alguno, y como una forma de devolver algo que ellos esperaban, se realizó también el taller con ellos. En general, el trabajo realizado con ellos resultó positivo. La intervención no sólo fue con las cinco personas evaluadas, sino con diez más, a quienes ya no se les aplicaron los instrumentos. De esa forma, el que antes fue el Grupo de Control quedó conformando por un grupo de 15 participantes, quienes en su mayoría siempre se mostraron muy participativos. El trabajo de intervención que se realizó en este grupo y que no se reporta en el presente estudio, deja ver mejores resultados que en el Grupo de Intervención; pues en este grupo hubo una figura de autoridad (el responsable del grupo) que los presionó y motivó a participar en cada sesión, diciéndoles que, no siempre se da la oportunidad de un taller psicológico; en esta ocasión, nadie se atrevió a hacer valer su libertad de no participación; además, surgió un líder entre los mismos participantes, quien siempre estuvo pendiente que nadie se distrajera o durmiera. En una ocasión un participante empezó a cabecear y le dijo con voz firme: “te hecho humildad, ve y échate agua en la cara para que no te duermas”, la disciplina fue más rígida en este grupo, lo que ayudó al facilitador mantener el control del taller, pues contó con el apoyo de él; es decir, el terapeuta desempeñó el papel del líder formal del grupo, pero esto no impidió que

simultáneamente el grupo adjudicó, tanto a él como al facilitador, las más diversas funciones y roles (Grinberg, Langer y Rodríguez, 1977; en González, 1999). Los resultados, en por lo menos seis participantes fueron muy positivo, por voz expresa y directa de ellos. Uno de estos, fue el de un jovencito quien manifestó el día del cierre del taller: “una vez mis padres me querían llevar con el psicólogo y no quise, les dije que no estaba loco, pero ahora que estoy aquí, espero el día que nos toca taller; ese día, es lo mejor de estar aquí”. Lamentablemente estos resultados no se evaluaron ni se reportan en esta investigación.

Conclusiones

A partir de los presentes resultados y la discusión respecto a la participación del Grupo de Intervención y del Grupo de Control, se puede concluir lo siguiente:

1. Cuantitativamente, la influencia de la intervención Gestalt en el *Autoconcepto Global* de individuos alcohólicos, que se encuentran *anexados* en un grupo de A.A., no mostró grandes diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las dimensiones, excepto en la dimensión *Social*. Mientras que, cualitativamente, se observó la influencia de la intervención, en cada uno de los cinco individuos participantes, cuyos datos crudos permiten leer su desarrollo durante el trabajo terapéutico, en su mayoría ligeramente favorable. De igual manera, cuantitativamente, la influencia de la intervención en la actitud hacia el alcohol en este grupo, no mostró diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, cualitativamente, se puede observar una influencia favorable, aunque menor, en cada uno de los cinco individuos participantes.
2. El objetivo general de la presente investigación fue alcanzado, ya que se buscó conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención. Ante ello, la hipótesis de trabajo planteó que, el taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” produciría cambios en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones; respecto a los de, otros individuos iguales de un centro que no recibió la intervención. En este sentido, al analizar los resultados intragrupales e intergrupales, después del postest, se

encontró que la intervención Gestalt no produjo cambios estadísticamente significativos en el *Autoconcepto Global* de los participantes del Grupo de Intervención; no obstante, a nivel intragrupal, sí se produjeron cambios estadísticamente significativos en la dimensión *Social* de este factor. Mientras que, en la *Actitud Positiva* y *Actitud Negativa* hacia el alcohol tampoco se produjeron cambios estadísticamente significativos en este grupo a nivel intragrupal; sin embargo, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la subescala *Consecuencias Negativas*, a nivel intergrupalo, antes de iniciar la intervención; sin embargo, esta desapareció en el postest.

3. La dimensión *Social* del autoconcepto, fue el área más desarrollada en los participantes del Grupo de Intervención; derivado del fomento de las expresiones reprimidas y las relaciones interpersonales entre los integrantes del grupo. Por supuesto que esta parte fue difícil de lograr, pues unas relaciones interpersonales sanas y la expresión de las emociones y sentimientos es de lo que más carece el individuo alcohólico.
4. Los resultados cuantitativos y cualitativos por individuo en el Grupo de Intervención, dejan ver de manera más clara, el trabajo realizado en taller gestáltico; puede observarse que aquellos individuos que trabajaron al cien por ciento durante las nueve sesiones de intervención Gestalt (dos de las cinco personas), fueron quienes obtuvieron los mejores resultados favorables en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol; es decir, quienes no adquirieron adherencia terapéutica, quienes decidieron no participar más, a quienes les fueron asignadas tareas extras dentro del horario de sesiones y quienes subestimaron el trabajo terapéutico (a mí no me sirve), obtuvieron resultados desfavorables al término del mismo.
5. Los beneficios de la intervención en los individuos del taller gestáltico, son proporcionales a su participación en el número de sesiones y a la adherencia terapéutica que lograron. Esto se reflejó en Eduardo y Manuel quienes; en general, obtuvieron las mejores puntuaciones cuantitativas y los mejores resultados cualitativos, en tres (Autoconcepto Global, Actitud Positiva y Actitud Negativa) y dos factores (Autoconcepto Global, Actitud Positiva), respectivamente.

6. Los resultados derivados del taller gestáltico en el grupo “Volver a Nacer”, no pueden representar la efectividad de la terapia Gestalt y tal vez de ningún otro enfoque; pues no se dieron las condiciones propicias, en la cantidad de participantes y en los factores favorecedores para llevar a buen fin el proceso terapéutico.
7. En un proceso terapéutico en un grupo de A.A., es necesaria la constancia y la continuidad de los participantes en las sesiones, para que existan altas posibilidades de éxito. Asimismo, es importante mantener la disciplina entre los participantes dentro del grupo; es decir, que haya una figura de autoridad del grupo, un responsable que motive y supervise a los enfermos alcohólicos para que participen, alguien que se comunique con ellos con el mismo lenguaje y que colabore de esta manera con el terapeuta; aunque la permanencia en el taller sea voluntaria.
8. Es necesario integrar la terapia grupal con la terapia individual y que el terapeuta mantenga el contacto con el paciente para obtener resultados favorables. Pues en este trabajo se percibió la necesidad y la solicitud expresa de algunos participantes, de trabajar sus “asuntos inconclusos”, lo que no fue posible porque no quisieron hacerlo en grupo; además por la limitación de las sesiones programadas.
9. Podría decirse que la técnica de *La Silla Vacía*, es el símbolo del enfoque Gestalt y, efectivamente se perciben sus beneficios una vez que se aplica, pero en terapia grupal con individuos alcohólicos, produce un efecto cohibidor, pues el enfermo alcohólico no está acostumbrado a expresar sus emociones y a develar sus debilidades humanas frente a los demás; ello fue evidente cuando se les solicitó participar a los individuos evaluados y sólo uno de ellos se atrevió a trabajar su *figura* frente al grupo.
10. El terapeuta que trabaje con individuos alcohólicos tendrá que trabajar mucho la parte del rapport, la empatía; es decir, hacer lo posible para que le tengan confianza y así lograr que se abran al proceso terapéutico, pues los individuos alcohólicos son desconfiados, intolerantes y egocéntricos, pero en el fondo son de los seres más débiles que se pueden encontrar; sin embargo cuando el individuo logra identificarse con el terapeuta, las cosas fluyen de la mejor manera y es cuando el usuario adquiere adherencia terapéutica. Por ello es necesario que, antes de trabajar con individuos adictos, el terapeuta conozca sus patrones de comportamiento.

11. Quizás los resultados cuantitativos en la actitud hacia el alcohol sean los esperados, pues se recuerda que el individuo alcohólico en residencia está en recuperación, en constante lucha personal por dejar de alcoholizarse, para ellos la frase “sólo por hoy” cobra gran importancia porque se fijan la meta de no beber alcohol sólo por el día de hoy, mañana quien sabe, nadie asegura que vuelvan a beber; y por supuesto, que las actitudes e ideas hacia la sustancia no desaparecen de un día para otro y menos en nueve sesiones de intervención; es más, un alcohólico en recuperación puede tener las ideas más tendenciosas a beber alcohol pero su permanencia en un grupo de A.A. lo mantiene sobrio y puede permanecer así durante varios años.
12. La recuperación de un enfermo alcohólico requiere intervención multidisciplinaria (el médico, el psiquiatra, el psicólogo y el grupo de A.A.), pues la enfermedad afecta su personalidad y muchas áreas de su vida; además de su salud. No se concibe la recuperación en una sola línea. Esta necesidad está siendo percibida por el IAPA, pues, para otorgar el permiso para que operar un centro de atención de las adicciones, le solicita tener médico y psicólogo de cabecera (titulados).

Limitaciones y sugerencias

La investigación logró cumplir los objetivos y obtener resultados; sin embargo, es importante mencionar las limitaciones a considerar; así como las sugerencias para futuras investigaciones en relación a este tema:

1. *Escenario.* Encontrar los espacios en lo que sería el Grupo de Intervención y el Grupo de Control, fue muy complicado, pues son pocos los grupos sin atención psicológica, ya que actualmente la mayoría de los centros de rehabilitación para las adicciones están siendo supervisados por el IAPA; institución que establece que, uno de los requisitos que deben cumplir estos lugares, es tener un médico general y un psicólogo de “cabecera”, para la atención de los residentes, por tal razón resultó infructuoso encontrar espacios en donde las personas en residencia no hubiesen recibido ayuda profesional en los últimos tres meses; tiempo máximo que un enfermo alcohólico debe permanecer en el grupo.
2. *Tamaño de la muestra.* Se aplicaron 11 test al Grupo de Intervención y 12 al Grupo de Control. La situación se complicó en el Grupo de Intervención cuando, antes de iniciar con la intervención, en menos de una semana, cuatro participantes que ya habían sido

evaluados, abandonaron el grupo por diversas razones (fueron dados de alta, les asignaron otras responsabilidades o se fugaron). Mientras que, en el Grupo de Control estaba pasando algo similar. En estas condiciones se decidió iniciar, a la brevedad, el taller con siete personas evaluadas; sin embargo, el día de la primera sesión terapéutica sólo había seis personas. Al final, se terminó evaluando a cinco participantes por grupo; lo cual puso en riesgo la conclusión de esta investigación; en consecuencia, la muestra del estudio es relativamente pequeña. La intención inicial fue realizar la investigación, por lo menos, con 12 participantes por grupo para obtener mayor potencia estadística. Ante la variabilidad de las situaciones de las personas en un grupo de A.A., es imposible predecir su permanencia continua y, disponibilidad para participar en un taller psicológico; por tanto, se recomienda que, una investigación similar, se realice en un centro donde se garantice la permanencia de los participantes, en lo que dura el taller.

3. *Número de sesiones.* En los centros de atención de las adicciones (grupos A.A.), se establece que, la permanencia del alcohólico dure por lo menos tres meses, para conllevar su proceso de recuperación, lo que en un principio se consideró tiempo suficiente para llevar a cabo el taller; sin embargo, la cantidad de posibles participantes iba disminuyendo rápidamente, por lo que se decidió iniciar a la brevedad el taller y, ajustar las nueve sesiones en tres semanas, y de manera continua. Dicha cantidad de sesiones es una limitación de la terapia breve. En este sentido, se recomienda ajustar las sesiones del taller gestáltico, de manera que puedan reestructurarse para ofrecer más tiempo de intervención; es decir, aumentar el número de sesiones terapéuticas, de esta forma el grupo podría avanzar a un ritmo menos acelerado y dar por terminado el taller cuando la mayoría de participantes alcancen un grado aceptable de beneficios. Este tiempo no deberá ser mayor a tres meses, por la estancia de los usuarios.
4. *Terapia individual.* Se recomienda integrar la terapia grupal con la terapia individual y que el terapeuta siempre mantenga el contacto con el paciente para obtener resultados favorables. Hay asuntos muy íntimos que el participante no desea ventilar en grupo.
5. *Escolaridad de los participantes.* Es una variable que puede arrojar respuestas equívocas en los instrumentos; pudo haber sido una limitante para contestar adecuadamente los instrumentos, pues en algún momento el facilitador orientó a algunas personas porque no entendían los términos usados o el sentido de la pregunta.

6. *Instrumentos*. Su aplicación en ambos grupos presentó dificultades, ya que algunos participantes mostraron confusión para contestarlos, principalmente el instrumento Autoconcepto de La Rosa, por lo que, se tuvo que explicar de manera individual cómo lo tenían que contestar, a pesar de haberles leído las instrucciones. Asimismo, no entendían algunos términos, o sus respuestas no coincidía con las opciones de respuesta del instrumento. En este sentido, se recomienda leerles las instrucciones claramente y seguir explicando, cuando sea necesario, los términos que no entiendan, ello les ayudará a saber con más claridad qué contestar. En cuanto al taller gestáltico diseñado por el autor de este estudio, se recomienda agregar nuevas técnicas que potencialicen el trabajo terapéutico dirigido al autoconcepto y a las adicciones; asimismo, es posible adaptar las técnicas enfocadas a la prevención de las adicciones; teniendo a la creatividad como herramienta.
7. *Registro de avance y beneficios*. Es necesario llevar un registro de los avances o beneficios en cada sesión por cada individuo participante, para lo cual se propone:
 - a) Autorregistro. Cada uno de los individuos participantes, puede contestar una especie de cuestionario donde se le hagan preguntas puntuales, de modo que pueda expresar su desarrollo personal en las sesiones o al final del taller.
 - b) Dispositivo de tres componentes:
 - 1) Facilitador principal. Suaviza la comunicación a través del establecimiento de normas y asegura la igual participación de todos los miembros.
 - 2) Facilitador secundario. Es el apoyo (el segundo), del facilitador principal, realiza las mismas funciones y puede estimular al grupo cuando la discusión se debilita.
 - 3) Observador. Toma nota de los aspectos negativos y positivos de la dinámica grupal y exige cambios si es necesario. Lleva la bitácora (Sánchez, 2014).
 - c) Grabación de audio. Esta posibilidad es excelente porque recoge las impresiones vivas y genuinas, con toda la intensidad de la expresión y emociones de los individuos participantes; sin embargo, se debe solicitar autorización previa.

Referencias

- Aguilar, J. (2006). Autoconcepto y locus control en adultos que viven violencia familiar, tesis para obtener el título en licenciada psicología. México: UNAM
- Álvaro, J., Zurita, F., Castro, M., Martínez, A. y García, S. (2014). Relación entre consumo de tabaco y alcohol y el autoconcepto en adolescentes españoles, 27 (2) 533-550. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/46605/48394>
- Amigos de Bill, AA (2017). Tipos de bebedores. Recuperado de <https://www.refugio.es.tl/tipos-de-bebedores.htm>
- Antonio, J. (30 de marzo de 2015). Jóvenes comienzan a beber alcohol a los 12 años; crece consumo de otras drogas. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/03/30/sociedad/035n1soc>
- Argimon, J. y Jiménez, J. (2004). Clasificación de los tipos de estudio. En (3ª. Ed.) Métodos de investigación clínica y epidemiológica. (pp. 29-32). España: Elsevier
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Trastornos relacionados con sustancias. En (5ª ed.). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. (pp. 483-590). México: Editorial Médica Panamericana
- Barbor, T., J. Higgins-Biddle, J. Saunders. J. y Monteiro, M. (2001). AUDIT, Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). Capítulo 8: Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos. En Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación (pp. 147-163). Barcelona: Martín Impresores
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1996). Intervención clínica: modelos fenomenológicos. En Introducción a la psicología clínica (pp. 437-478). México: Interamericana/Mc. Graw Hill
- Bin, A., (2014). Self-concept in educational psychology. Recuperado de <http://eprints.utm.my/6152/1/aziziyahaselfconcept.pdf>
- Borges, G., Medina-Mora, E., Cherpitel, C., Casanova, Mondragón, L., y Romero, R. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Recuperado de saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/6125/7206

- Cab, G., Chan, G., Cisneros, I. y Druet, N. (julio, 2015). Taller gestáltico para fortalecer la autoestima y prevenir el consumo problemático de bebidas alcohólicas en universitarios. Recuperado de <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/1340/962>
- Calero, A., Schmidt, V. y Bugallo, L. (2016) Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions* 2015. (16). (1) (49-58). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83943611005.pdf>
- Calleja, N. (Comp.) (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Carabelli, E. (2013). Capítulo 4: Experiencias prolongadas. En *entrenamiento en Gestalt* (pp. 317-339). Argentina: Del Nuevo Extremo
- Castanedo, C. (1988). *Terapia Gestalt*. España: Herder
- Cazalla y Molero (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>
- Centro de psicología clínica y psicoterapia (2017). Tipos de terapia psicológica-enfoques psicológicos. Recuperado de <http://www.ryapsicologos.net/tipos-de-terapia-psicologica.html>
- Chamorro, A. (2010). Estudio cuasiexperimental sobre el consumo de alcohol y los efectos asociados al mismo. Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76440/1/DMPSPMM_ChamorroFernandezAJ_EfectosConsumoAlcohol.pdf
- Ciudad de México (2016). Directorios de Centros de Adicciones en la Ciudad de México. Recuperado de <http://www.iapa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/DirectorioCAAs260916.pdf>
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (junio, 2012). *Drogodependencia y adicciones: Prevención en el ámbito laboral*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Contreras, I., Luna, M. y Arrieta, R. (2008) Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un086c.pdf>
- Coolican, H. (2005). Correlación. Asociación de variables medidas. En *Métodos de investigación y estadística en psicología* (pp.293-224). México: Manual Moderno

- Coullat-Valera, R., Arbaiza-Díaz del Río, I, De Arrúe-Ruiloba, R., Coullat-Valera, J. y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-168-173-776266.pdf>
- Cruz, A. (29 de enero de 2015). En México una de cada tres personas consume alcohol de manera nociva. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/01/29/sociedad/039n2soc>
- Cuervo (2009). Aproximación teórica y de tratamiento, desde la terapia Gestalt para orientar al terapeuta que acompaña el proceso del darse cuenta del drogodependiente. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/jspui/bitstream/10819/237/1/Aproximacion_Teorica_Tratamiento_Giraldo_2009.pdf
- De Baranchuk, J. (1996). Atención aquí y ahora. Terapia Gestalt. Argentina: Abdon ediciones.
- Díaz, I. (2000). Bases de la terapia de grupo. México: Editorial Pax México
- DocSlide (2015). Capítulo 13: Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. Recuperado de <http://myslide.es/education/carl-rogers-y-la-perspectiva-centrada-en-la-persona-55c9d658e8c5a.html>
- Escrivá, M., García, S. y Delgado, P. (2001). Ciclo familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. Revista Latinoamericana de Psicología. (3). (33) (243-359). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80533301.pdf>
- Esnaola, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia, 31 (1) 57-66. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1_5.pdf
- Facultad de Psicología de Buenos Aires (s.f.). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta American Psychological Association (APA) Enmiendas 2010. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Fidalgo, A. (2001). Métodos de investigación. En Navas, M. (ed.). Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica (pp. 341-379). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- Flores S. y Maldonado, X. (2002). Autoconcepto en adolescentes adictos. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ppt2002/0306192/Index.html>

- Flores, A. (1998). Autoconcepto, tesis para obtener el título en licenciada psicología. México: UNAM
- Flores, B. (1977). Origen, teoría y técnicas de la terapia Gestalt. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de http://132.248.9.195/ptd2012/sin_sello/0677744/Index.html
- Flores, L. (2000). Relación entre el nivel de autoconcepto y el tiempo de permanencia en el programa de A.A., en grupos de Alcohólicos Anónimos de la zona sur del D.F. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pd2000/285590/Index.html>
- Fontes, S., García, C., Quintanilla, L. y Rodríguez, R., Rubio, P. y Sarría, E. (2010). Tema 9: La encuesta. En Fontes, S. et al. Fundamentos de investigación en psicología (pp. 275-307). Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/124221052/Libro-Psicologia-Fundamentos-Investigacion>
- Fuentes, M. (1 de julio de 2014a). México social: alcoholismo un peligro creciente. Excelsior Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/07/01/968321>
- Fuentes, M. (9 de septiembre de 2014b). México social: tabaquismo, muertes evitables. Excelsior Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/09/980757>
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La Gestalt: una terapia de contacto (7ª. ed.). México: Manual Moderno
- Giraldo, J. y Cuervo, U. (2009). Terapia Gestalt y drogodependencias. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/jspui/bitstream/10819/237/1/Aproximacion_Teorica_Tratamiento_Giraldo_2009.pdf
- González, M., Manzano, M. y González, M. (2009). El profesional de la enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? Revista Enfermería CyL, 1 (1) 1-13.
- González, J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: El Manual Moderno
- González, O. (2011). La presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico: Naturaleza, medida y variabilidad. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12240/GONZALEZ%20FERNANDEZ%20OSCAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Goñi, E. y Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. Recuperado de <http://www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/viewFile/218/214>
- Gutiérrez, A. (2008). Estudio de la recaída en el consumo de alcohol: el caso de Alcohólicos Anónimos (AA). (Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2008/septiembre/0631688/Index.html>
- Guzmán, A. (1977). Efectos de la psicoterapia grupal en el autoconcepto y la personalidad de un grupo de pacientes psiquiátricamente hospitalizados por alcoholismo crónico.). (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ppt2002/0247087/Index.html>
- Hernández, L. (27 de junio de 2015). Aumenta consumo de alcohol en niños. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/06/27/1031631>
- Hernández, R., Jordán, M., García, M. y Hernández, E. (2015). Influencia de la estrategia “Toma de decisiones” en el autoconcepto de adolescentes consumidores de alcohol. Recuperado de <http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/19-AlcoholYAdolescentes.pdf>
- Infocop (2008). Los beneficios de los tratamientos psicológicos ¿qué dicen los expertos? Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2013
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. y Cano, A. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico: Un apoyo empírico a la hipótesis de continuo. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-168-173-776266.pdf>
- José, S. (1999). 70 juegos para dinámica de grupos (vol. 1). Argentina: Lumen
- Kerlinger F. y Lee, H. (2002). Capítulo 8: Muestreo y aleatoriedad. (4ta. Ed.). En investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. (pp. 147-165). México: McGraw Hill
- La Rosa, J (1986). Escalas de locus control y autoconcepto: Construcción y validación. (Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pmig2016/0054164/Index.html>
- La Rosa, J. y Díaz, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80523102.pdf>

- Lancaster, B y Dudleston, A. (2002). Attitudes towards alcohol: views of the general public, problem drinkers, alcohol service users and their families and Friends. Recuperado de <http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Attitudes%20towards%20alcohol%20fullreport.pdf>
- López, M., Villar, M., Alonso, M. y Rodríguez L. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. México. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033327007_2.pdf
- Lowenstern, E. (2009). Los sueños en la terapia Gestalt. México: Alfaomega
- Maldonado, X. (2002). Autoconcepto en adolescentes adictos (Tesis de Licenciatura, UNAM). Recuperado de <http://132.248.9.195/ppt2002/0306192/Index.html>
- Márquez, S. y Garatachea, N. (2013). Actividad Física y Salud. Madrid: Díaz Santos
- Martín, A. (2011). Manual práctico de psicoterapia Gestalt. España: Desclée De Brouwer S.A.
- Martínez, M. y Morales, I. (2011). Efectos de una intervención cognitivo conductual en un grupo de bebedores problema. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0668916/Index.html>
- Martorell, J. (2014). Psicoterapias escuelas y conceptos básicos. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/356744667/Martorell-J-L-2014-Psicoterapias-Escuelas-y-conceptos-basicos-pdf>
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Gutiérrez, M., Moreno, M. Fleiz, C., Juárez, F. C. Rodríguez, C. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (Capítulo alcohol). Recuperado de <http://archivo.estepais.com/site/2012/el-uso-nocivo-del-alcohol-en-mexico/>
- Montaño, D & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, Theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. En Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath, K. (4ª. ed.). Health behavior and health education. Theory, research, and practice (pp. 67-96). United States of America: Jossey-Bass
- Moreau, A. (2009). Ejercicios y técnicas creativas de gestaltterapia. (4ª. Ed.) España: Sirio
- Moreno, J. (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones.
- Morrison, J. (2015). Trastornos relacionados con sustancias y adicciones. En DSM_5 Guía para el diagnóstico clínico (393-473). México: Manual Moderno
- Moya, J., Mezquita, L., Viruela, A., Viñas, M., Escrivá, P. y Villa, E., (2008). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol excesivo en la adolescencia: un

- estudio longitudinal prospectivo. Recuperado de
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78009/forum_2008_6.pdf?sequence=1
- Muñoz, P. (abril, 2011). El legado de la teoría y terapia Gestalt en México. *Figura fondo* (29): 121-123.
- Oceánica (2015). Tratamiento para el alcoholismo. Recuperado de
<https://oceanica.com.mx/tratamiento-para-el-alcoholismo/>
- Organización Mundial de la Salud (enero, 2015). Alcohol. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2010). “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Recuperado de
http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Recuperado de
http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Ortega, P. (s.f.). La investigación en la formación de las actitudes: problemas metodológicos y conceptuales. Recuperado de
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71664/1/La_investigacion_en_la_formacion_de_acti.pdf
- Ozuna, M. (2014). Actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperada de
<http://eprints.uanl.mx/4270/1/1080253802.pdf>
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia gestáltica. La vía del vacío fértil*. España: Alianza editorial
- Peñarrubia, F. (2014). Gestalt de grupo, el grupo gestáltico. En *Círculo y centro*. (pp. 90-99). Barcelona: Ediciones la llave.
- Perls, F. (2013). Y aquí viene el neurótico. En *el enfoque Gestalt y testigos en terapia* (pp. 47-62) (20 ed.) Chile: Cuatro Vientos
- Pons, J. (1994). Factores de riesgo asociados al consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Recuperado de
<https://scholar.google.com.mx/scholar?q=Tesis+doctoral:+Factores+de+riesgo+asociados+al>

+consumo+abusivo+de+alcohol+en+la+adolescencia&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwjPvsLKgKXUAhVI_IMKHfZpDx0QgQMIJTAA

- Pons, J. (2001). Actitudes hacia el alcohol, conocimiento sobre sus efectos y consumo alcohólico en los adolescentes. En Martínez, V. Y Bartolomé, R. Alcoholismo: bases para la intervención (pp.99-116). España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
- Prensa IMSS (2016). IMSS y CONADIC firman convenio para la atención integral de las adicciones. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201607/112>
- Prensa ISSSTE (2016). Hacen frente amplio ISSSTE y dependencias para la atención y rehabilitación de adicciones. Recuperado de <https://www.gob.mx/issste/prensa/hacen-frente-amplio-issste-y-dependencias-para-la-atencion-y-rehabilitacion-de-adicciones>
- Ramírez, R. (2014). Anexos AA un infierno. El sol de Tulancingo. Recuperado de (<http://www.oem.com.mx/elsoldetulancingo/notas/n3328673.htm>)
- Redacción Imagen Digital (2013). El lujo de la rehabilitación contra las adicciones. Dinero en imagen. Recuperado de <http://www.dineroenimagen.com/2013-09-14/25966>
- Riaño, A. (2015) Niveles de escolaridad y consumo de alcohol etílico, cannabinoides y solventes en Colombia año 2104. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10535/1010163034-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ricardo, W. (2007). Clasificación de las drogas. En Drogas hoy, Problemas y prevenciones. (pp.14.16). Argentina: Eudeba.
- Salmeron, H (1992). Coterapia grupal, sus efectos en el autoconcepto. (Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pmig2017/0183663/Index.html>
- Sánchez, J. (2014). Estructura grupal. En Psicología de los grupos. Teorías, procesos y aplicaciones, (265-292 pp.). México: McGraw-Hill
- Serrano, S. (2004). Autoconcepto en menores infractores: estudio comparativo (Primoinfractores y Reincidentes). (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ppt2004/0338178/Index.html>
- Souza y Machorro (2007). Adicciones. Clínica y terapéutica. México: Afil

- Televisa.news, (2017). Los jóvenes son los más vulnerables de morir en accidentes viales. Recuperado de <http://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/nacional/2017-04-02/accidentes-transito-primera-causa-muerte-jovenes/>
- Tena, E. (1993). Autoconcepto y frustración en adolescentes internadas y no internadas (Tesis de maestría, UNAM). Recuperado de <http://132.248.9.195/pmig2016/0195324/Index.html>
- Trull, T. y Phares, E. (1997). Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión (6ª. ed). México: Manual Moderno
- UAM Saludable (2015, marzo, 18). La Universidad Autónoma Metropolitana los Invita al Primer Foro Universitario de Conductas de Riesgo y Embarazo en Adolescentes el 24 de marzo (Actualización Facebook). Recuperado de <https://www.facebook.com/universidadsaludablerg/photos/o.192041857501004/790155704403109/>
- Universidad Nacional Autónoma de México (septiembre, 2016). El trabajo conjunto México-EU, la mejor respuesta a diatribas sin sustento: De la Fuente. Gaceta UNAM, (4812): 7.
- Valdez, J. (2005). El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_jessica.pdf
- Vicente, S. (2014). Mindfulness y neurobiología. Recuperado de <http://vicentesimon.com/pdf/Mindfulness.pdf>
- Villagrán, G. (1992). Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/pmig2017/0189007/Index.html>
- Villanueva, L. (2002). La terapia Gestalt y sus aplicaciones en la intervención grupal, familiar y de pareja. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ppt2002/0305758/Index.html>
- Wolberg, L. (1977). Ingredientes básicos de la psicoterapia. The technique of psychotherapy. Nueva York: Grune & Stratton

Apéndice

Servicios¹. Son las responsabilidades que le son asignadas a cada una de las personas en recuperación dentro del centro. Las cuales deben cumplir diariamente, y estos consisten en hacer el aseo de las instalaciones, servir el café, hacer la comida, vender la literatura (libros relacionados a A.A.), etcétera.

Anexo². Centros de recuperación para el alcoholismo 24 horas, donde la persona adicta permanece por lo menos tres meses, tiempo durante la cual se le asignan servicios; además de estar presente diariamente en las juntas del grupo.

Anexado³. Enfermo alcohólico que está en situación de estancia en un grupo de A.A. por lo menos en un periodo de tres meses, no sale a ningún lado, y está sometido a escuchar juntas diariamente (Ramírez, 2014).

Tribuna⁴. Es el máximo espacio en un grupo de Alcohólicos Anónimos, donde el adicto en recuperación tiene la oportunidad de expresarse libremente, durante las juntas que realizan a diario, frente a los demás miembros del grupo; el uso de este espacio es considerado una oportunidad para el reconocimiento de la enfermedad del alcoholismo y un medio para empezar y mantener la recuperación.

Media luz⁵. Se refiere a la facilidad que le otorgan a la persona que cumplió con su periodo de recuperación, que normalmente son tres meses, de salir a trabajar, visitar a su familia durante el día, pero regresar en la noche para escuchar sus juntas y dormir en el centro de recuperación. De alguna manera se le da la confianza.

Segundo⁶. Es la persona en recuperación y que al igual que los demás escucha sus juntas, hace sus servicios, pero ocupa el segundo lugar en jerarquía en el grupo, arriba de él está el “primero” quien está a cargo del centro de recuperación las 24 horas del día. Su servicio es de 24 horas y las demás personas residentes en recuperación se ven obligadas a obedecerlo.

Recaída⁷. Hasta el momento no ha sido posible establecer un criterio único para definir la recaída y aunque se ha sugerido diferenciar los episodios limitados de uso de la total recaída, los criterios para evaluarla, aún no han sido adoptados de manera universal. Sin embargo, se define como el uso de cualquier bebida posterior al tratamiento o intentos por dejar de beber sin tomar en cuenta la cantidad consumida. También se concibe como cualquier periodo de consumo en donde la persona manifieste su total pérdida de control en el consumo de alcohol (Marlatt, 1985, Orford y Edwards, 1977 en Gutiérrez, 2008).

Modelo de tratamiento mixto⁸. Es el modelo que combina el programa de ayuda mutua con los servicios profesionales. Es decir, se brindan servicios profesionales de la salud y se recibe y ofrece ayuda de personas en recuperación, utilizando un programa de ayuda mutua basado en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (Ciudad de México, 2016).

Compartimiento⁹. Se refiere a compartir las experiencias personales, en la *tribuna* ante los demás miembros, dentro del grupo y en otros grupos; cuando la persona anduvo en la actividad alcohólica, exponer la manera en que está trabajando para su recuperación, cómo está enfrentando el alcoholismo; así como, los errores que ha cometido en el seguimiento de este objetivo y desarrollar un tema de la literatura de A.A., siempre ante los demás.

Grupo natural¹⁰. Se llama así, porque es independiente de un proyecto científico (Díaz, 2000).

Anexos

Anexo 1.

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>

Datos personales

Género:

Masculino: Femenino:

Edad:

Años

Nivel de estudios:

Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado

Patrón de consumo:

Edad de inicio:

Antes de los 10
 Entre 10 y 18
 Después de los 18

Frecuencia:

Ocasionalmente
 Diario
 Fines de semana
 En fiestas

Tipo de bebida:

Cerveza
 Pulque
 Tequila
 Otro

Con otras sustancias:

Marihuana
 Tabaco
 Activo
 Otras

Medicados:

Si No

Anexos:

Veces

Recaídas:

Veces

Nombre del medicamento: _____

Anexo 2.

Escala de autoconcepto

Dr. Jorge La Rosa

A continuación, encontrarás un conjunto de adjetivos que sirven para describirte. Por favor marca tu respuesta pensando en cómo eres tú y no en cómo te gustaría ser. Ejemplo:

Flaco (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Obeso (a)
	muy	bastante	poco	ni flaco	poco	bastante	muy	
	flaco	flaco	flaco	ni obeso	obeso	obeso	obeso	

Deberás dar una única respuesta en cada renglón y solamente una, poniendo una “X” en el espacio que corresponde a tu autopercepción. Si te crees muy obeso; si te sientes flaco, si no te percibes obeso, pero tampoco flaco pondrás la “X” en el espacio de en medio que está igualmente distante de los adjetivos obeso y flaco. Los espacios cuanto más se aproximan a un adjetivo, indican un grado mayor en que se posee dicha característica.

Contesta en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, y contesta tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Contesta TODOS los renglones. Gracias.

		<i>muy</i>	<i>bastante</i>	<i>poco</i>	<i>Ni uno ni otro</i>	<i>poco</i>	<i>bastante</i>	<i>muy</i>	
1.	Introvertido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Extrovertido (a)
2.	Amoroso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Odioso (a)
3.	Callado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Comunicativo (a)
4.	Accesible	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inaccesible
5.	Rencoroso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Noble
6.	Comprensivo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Incomprensivo (a)
7.	Incumplido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Cumplido (a)
8.	Leal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desleal
9.	Desagradable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Agradable
10.	Honesto (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonesto (a)
11.	Afectuoso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Seco (a)
12.	Mentiroso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sincero (a)
13.	Tratable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Intratable
14.	Frustrado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Realizado (a)
15.	Temperamental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
16.	Animado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desanimado (a)

17.	Irrespetuoso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Respetuoso (a)
18.	Estudioso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Perezoso (a)
19.	Corrupto (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Recto (a)
20.	Agresivo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Pacífico (a)
21.	Feliz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Triste
22.	Tranquilo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nervioso (a)
23.	Capaz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Incapaz
24.	Impulsivo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reflexivo (a)
25.	Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inepto (a)
26.	Apático (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Dinámico (a)
27.	Verdadero (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Falso (a)
28.	Aburrido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Divertido (a)
29.	Responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable
30.	Amargado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Jovial
31.	Estable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Voluble
32.	Amable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Grosero (a)
33.	Conflictivo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Conciliador (a)
34.	Eficiente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente
35.	Egoísta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Generoso (a)
36.	Cariñoso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Frío (a)
37.	Decente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indecente
38.	Ansioso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sereno (a)
39.	Puntual	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Impuntual
40.	Tímido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desenvuelto (a)
41.	Lento (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rápido (a)
42.	Desinhibido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibido (a)
43.	Amigable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Hostil
44.	Reservado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Expresivo (a)
45.	Deprimido (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Contento (a)
46.	Simpático (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Antipático (a)
47.	Sumiso (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Dominante
48.	Honrado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonrado (a)
49.	Deseable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indeseable
50.	Solitario (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Amiguero (a)

51.	Trabajador (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Flojo (a)
52.	Fracasado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Triunfador (a)
53.	Miedoso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Audaz
54.	Tierno (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rudo (a)
55.	Pedante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sencillo (a)
56.	Educado (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malcriado (a)
57.	Melancólico (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Alegre
58.	Cortés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Descortés
59.	Romántico (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indiferente
60.	Pasivo (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Activo (a)
61.	Sentimental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insensible
62.	Atento (a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desatento (a)
63.	Sociable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insociable
64.	Pesimista	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Optimista

Por favor, verifica si contestaste a todos los pares de adjetivos. Gracias.

Anexo 3.

ACTICOL-92

Pons y Berjano

A continuación, encontrarás una serie de frases. Te pedimos que des tu opinión sobre cada una de ellas, rodeando con un círculo el número que mejor exprese tu forma de pensar.

4 significa que estás totalmente de acuerdo (TA) con lo que dice la frase

3 significa que estás bastante de acuerdo (BA) con lo que dice la frase

2 significa que estás bastante en desacuerdo (BD) con lo que dice la frase

1 significa que estás totalmente en desacuerdo (TD) con lo que dice la frase

Lee cada frase con mucha atención y contesta lo que a ti te parezca más apropiado. Sólo una respuesta por cada pregunta. No te dejes ninguna frase sin respuesta.

Piensa que aquí no existen respuestas correctas ni incorrectas.

DEBES EXPRESAR TUS PROPIAS OPINIONES

		TA	BA	BD	TD
1	Es muy agradable tomar una copa o una cerveza con los amigos.	4	3	2	1
2	Si te conviertes en un alcohólico, con un poco de voluntad puedes dejarlo.	4	3	2	1
3	Los/as jóvenes que beben alcohol, son más atractivos/as para sus amigos/as.	4	3	2	1
4	Ser alcohólico es tan malo como ser heroinómano.	4	3	2	1
5	El alcohol perjudica más que beneficia.	4	3	2	1
6	Es normal que un chico o una chica joven tome alcohol con sus amigos para pasárselo bien.	4	3	2	1
7	Bebiendo alcohol se "liga" más.	4	3	2	1
8	Es bueno esforzarse por beber menos.	4	3	2	1
9	Cuando uno está borracho se divierte más.	4	3	2	1
10	El alcohol tiene más cosas malas que buenas para la salud.	4	3	2	1
11	Bebiendo alcohol se hacen más amigos/as.	4	3	2	1
12	El alcohol es la perdición para muchas personas.	4	3	2	1
13	El alcohol es una droga.	4	3	2	1
14	Lo atractivo del fin de semana está en la borrachera.	4	3	2	1
15	Si se bebe sólo un poco, se conduce mejor que si no se bebe nada.	4	3	2	1

16	Beber alcohol demuestra que eres más maduro/a.	4	3	2	1
17	Los padres deberían dar buen ejemplo, no bebiendo delante de sus hijos.	4	3	2	1
18	Debería hacerse más controles de alcoholímetro con los conductores.	4	3	2	1
19	Los profesores deben recomendar a sus alumnos/as que no consuman bebidas alcohólicas.	4	3	2	1
20	Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas.	4	3	2	1
21	No se debería anunciar bebidas alcohólicas por televisión.	4	3	2	1
22	Las personas que beben alcohol habitualmente, traen muchos problemas a la sociedad.	4	3	2	1
23	Los/as jóvenes que beben mucho alcohol, suelen tener problemas familiares o personales.	4	3	2	1
24	Beber alcohol es una forma de tirar el dinero.	4	3	2	1
25	Deberían retirar la licencia de conducir a las personas que beben mucho.	4	3	2	1
26	El alcohol ayuda a solucionar los problemas.	4	3	2	1
27	Beber determinadas marcas es un signo de distinción.	4	3	2	1
28	De debería prohibir terminantemente la venta de alcohol a menores de 16 años.	4	3	2	1
29	Si no bebes, tus amigos/as te rechazan.	4	3	2	1
30	El alcohol es útil para evadirse de los problemas cotidianos.	4	3	2	1
31	Si hubiera mejores relaciones en las familias, la juventud bebería menos alcohol.	4	3	2	1
32	Las autoridades sanitarias deberían preocuparse por prevenir el abuso de alcohol entre los jóvenes.	4	3	2	1

Repasa, por favor, si te ha quedado alguna frase sin contestar.

Recuerda:

4 totalmente de acuerdo (TA)

3 bastante de acuerdo (BA)

2 bastante en desacuerdo (BD)

1 totalmente en desacuerdo (TD)

Anexo 4.

Consentimiento informado

Título del proyecto: Impacto del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el Autoconcepto y la Actitud hacia el Alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

Autor del estudio: Francisco Guillermo Martínez Martínez.

Directora de tesis: Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado.

Introducción:

Estamos interesados en conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en este centro de tratamiento de las adicciones; para lo cual le invitamos a participar en este estudio. Cabe señalar que es una actividad académica con fines científicos que requiere cumplir como requisito el responsable del taller *Francisco Guillermo Martínez Martínez* para obtener el grado de *licenciado en Psicología*. A continuación, se le explicará el propósito del estudio, así como los procedimientos, riesgos y beneficios; si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio:

Este estudio tiene como objetivo conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de atención de las adicciones. Se espera que los resultados permitan conocer la posible existencia de una relación entre el autoconcepto y la actitud hacia el alcohol. Dichos resultados permitirán crear una alternativa psicológica en el tratamiento del alcoholismo; que ayude a estas personas enfermas, a darse cuenta de su situación y a recuperar nuevamente esos deseos de vivir, así como la confianza en sí mismos; y, por lo tanto, influir en su actitud hacia el alcohol.

Procedimiento:

Si decide participar en el estudio, solicitaremos que conteste una cédula de datos personales y patrón de consumo del alcohol, una escala para conocer su autoconcepto y una más para conocer su actitud hacia el alcohol, las cuales debe contestar sin dejar ninguna pregunta en

blanco. Los cuestionarios serán aplicados en las instalaciones de este centro, en un horario específico designado para impartir el taller psicológico.

Se le informa que se cuidará en todo momento su privacidad y anonimato en la información que proporcione; no identificándolo por su nombre, en ninguno de los cuestionarios.

El tiempo en contestar los instrumentos será de 20 minutos aproximadamente.

Tendrá la libertad de retirar su consentimiento de participaren cualquier momento y en caso de que desee ya no participar, puede tener la seguridad de que no habrá ningún tipo de represalia en el centro, ni en la relación con el responsable del taller.

Los cuestionarios contestados serán destruidos en un lapso no mayor de un año por el autor del estudio.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Sin embargo, si llegará a sentir incomodidad o frustración al hablar de los temas que trata la investigación o no desea seguir participando, puede retirarse en cualquier momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

Existe la posibilidad de obtener un beneficio por su participación en este estudio; usted puede, dependiendo de su trabajo en el taller, adquirir conciencia de sí mismo, entrar en contacto consigo mismo. Además, existe la posibilidad que, los resultados encontrados sirvan para diseñar programas de prevención y tratamiento psicológico que ayude a las personas a enfrentar de manera positiva su adicción al alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que conocerán de su participación, de manera anónima en este estudio, serán usted y los investigadores responsables del estudio. Ninguna información proporcionada por usted, durante y después de la aplicación de los cuestionarios, será proporcionada a otras personas (por ejemplo, padrinos del grupo, compañeros del grupo y familiares) de manera personalizada.

Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico mencionado, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Se le recuerda que los cuestionarios que usted contestó serán anónimos y la información que proporcionó, será confidencial

Preguntas

Si tiene alguna duda sobre los derechos de su participación en este estudio, puede comunicarse a la División Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM; al teléfono 56222247, ubicada en Avenida Universidad 3004, Coyoacán, Copilco Universidad, 04510 Ciudad de México.

Consentimiento:

Yo acepto voluntariamente participar en esta investigación y que sólo se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas y dudas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que yo así lo desee.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Firma del Testigo (1)

Firma del Testigo (2)

Fecha: ____ de _____ de 2017.

Anexo 5.

Cartas descriptivas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, UNAM
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez **RESPONSABLE ACADÉMICO:** Mtra. Karina B. Torres Maldonado

NÚMERO DE SESIONES: 11 **FECHA DE INICIO:** 27 de enero de 2017

FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 1/11 **OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN:** Presentar el taller y sus objetivos al grupo de intervención y al grupo control y aplicarles por primera vez los test: La Escala de Autoconcepto y la Escala de Actitud hacia el Alcohol.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Conociendo a los grupos.	Conocer a los participantes de los dos grupos y destacar la importancia de su participación en el taller.	Presentación personal y reconocimiento por su colaboración. Encuadre: establecer las reglas de trabajo.	Las mismas actividades se realizan por separado para los dos grupos. El facilitador: 1. Se presenta ante los participantes. 2. Crear un clima de seguridad psicológica (rapport). 3. Solicita que cada uno de ellos se presente ante el grupo. 4. Explica la importancia de la participación de las personas. 5. Destaca la importancia de preservar el anonimato y la confidencialidad de los participantes. 6. Expresa el respeto al derecho de las personas de suspender e interrumpir su participación. 7. Resalta la importancia de concluir la evaluación y su participación.	Notas: Anotar las reglas.	10 min.

			8. Propone a los participantes que sean ellos mismos quienes establezcan las reglas que deben regir para todo el grupo.		
Introducción.	Presentar el taller y sus objetivos.	Crear las condiciones favorables para la experiencia.	El facilitador explica a los participantes: 9. Qué se pretende obtener con el taller. 10. Cómo se va a realizar el taller. 11. Cómo va a participar, el grupo a quien se está dirigiendo. 12. Por qué se escogió a este grupo de personas en particular. 13. Qué se va a realizar en el taller. 14. Cuáles son los posibles beneficios al participar en el taller.	Notas.	15 min.
Consentimiento informado.	Conseguir la autorización de los participantes para la intervención.	Convencimiento y persuasión.	El facilitador lee el consentimiento informado a los participantes y contesta las dudas que surjan. Al terminar, la intención es que todos los participantes lo firmen.	Forma del consentimiento informado, goma, lápiz o bolígrafo.	10 min.
Cédula de datos personales.	Recoger información de datos personales y variables de clasificación.	Instrucciones, resolución de dudas y aplicación.	El facilitador distribuye a los participantes separados unos de otros. Les solicita ponerse cómodos, les proporciona el cuestionario y les indica en que momento contestar.	El cuestionario, goma, lápiz o bolígrafo.	5 min.
Escala de Autoconcepto.	Evaluar el estado actual del autoconcepto de los participantes.	Instrucciones, resolución de dudas y aplicación de la escala.	El facilitador les proporciona el instrumento y les indica en que momento contestar.	El instrumento, goma, lápiz o bolígrafo.	20 min.
Escala de Actitud hacia el Alcohol.	Evaluar el estado actual de la actitud hacia el alcohol de los participantes.	Instrucciones, resolución de dudas y aplicación de la escala.	El facilitador les proporciona el instrumento y les indica en que momento contestar.	El instrumento, goma, lápiz o bolígrafo.	10 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 2/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Crear un ambiente de confianza para explorar y mover las emociones de las personas participantes; la expresión de estas y promover las relaciones interpersonales.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior y preparación para la sesión.	Personalizar la participación de los pacientes. Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador proporciona tarjetas con el nombre de cada participante, las cuales deberán exhibirlas; para que el facilitador los señale por su nombre. El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
<i>Las reglas Gestalt.</i>	Sacar a la luz las resistencias, promover la toma de conciencia y facilitar el proceso de maduración.	Presentar y enunciar formalmente las reglas al grupo participante. El facilitador procura que se sigan al pie de la letra; son herramientas útiles para los fines de la terapia.	El facilitador presenta las reglas al grupo; sugiriendo que, el seguimiento de las mismas, facilitan los intercambios entre los miembros del grupo. Las más utilizadas: 15. El principio del aquí y el ahora. 16. Yo y tú. 17. Lenguaje personal versus lenguaje impersonal. 18. El continuo de la conciencia. 19. No murmurar.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	10 min.
Dinámica grupal: <i>El regalo de la alegría.</i>	Promover un clima de confianza personal y un estímulo positivo. Dar y recibir feedback positivo en un ambiente grupal. Se fomenta la	Realizar una actividad grupal. El grupo puede ser de diez a quince personas que tengan vivencia grupal. Se puede orientar a subgrupos.	Los participantes se alistan para formar subgrupos. 20. El facilitador forma los subgrupos y les proporciona lápiz y papel. 21. El facilitador expone la siguiente razón: Muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. En la siguiente experiencia seremos capaces de	Un espacio físico con sillas, lenguaje verbal, hojas de papel, una caja de cartón y bolígrafo.	25 min.

	expresión reprimida y las relaciones interpersonales.		<p>dar un pequeño regalo de alegría para cada miembro del grupo.</p> <p>22. El facilitador invita a los participantes, por subgrupo, a que escriban un mensaje para cada miembro de otro subgrupo que el facilitador indique. El mensaje debe provocar sentimientos positivos en las personas.</p> <p>23. Se procura que envíen mensajes a todos los miembros del grupo; incluso, aquellos por los cuales no sientan gran simpatía.</p> <p>24. Se sugiere ser específico en los mensajes, no escribirlos de manera general.</p> <p>25. El mensaje debe encuadrar muy bien a la persona.</p> <p>26. Incluir a todos los participantes, aunque no los conozcan lo suficiente. Buscar algo positivo en él.</p> <p>27. Procurar decir a cada uno lo que observó, sus puntos altos, sus éxitos y hacerlo siempre en primera persona.</p> <p>28. Decirle a la persona lo que encuentra en ella que lo vuelve feliz.</p> <p>29. Los participantes podrán firmar su mensaje si así lo desean.</p> <p>30. Escritos los mensajes, se doblan y se colocan en una caja con el nombre de la persona, a quien se dirige, hacia arriba.</p> <p>31. Una vez que todos los hayan leído, se hacen comentarios sobre las reacciones de los participantes (José, 1999).</p>		
Técnica: <i>¿Quién soy aquí y ahora?</i>	Conocer de modo personal a cada uno de los participantes.	La presentación es “semioficial”, poco habitual. Cada participante del grupo ahonda más en su persona; en la parte social, emocional y ética. De ser posible tocar la relación que tiene actualmente con las adicciones.	El facilitador invita a cada participante que se presente de manera informal, poco habitual; de manera que no caiga en formalismos, rígidos, sino que sea capaz de “abrirse”. Se trata de ahondar en el ser humano del participante. Ejemplo: “Me llamo Juan, tengo tres hijos a quienes distingo, aunque me duela reconocerlo; en este momento me siento nervioso y sinceramente se me antoja beber alcohol...”, etcétera.	Un espacio físico con sillas, lenguaje verbal.	60 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 3/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Fomentar la exploración y movilización de las emociones mediante la expresión.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>Ejercicio de confianza.</i>	<p>Acelerar el proceso de conocimiento mutuo del grupo.</p> <p>Desarrollar la autenticidad del grupo.</p> <p>Dar a todos, la oportunidad de escuchar y hablar.</p> <p>Hablar acerca de las responsabilidades personales y el compromiso para llevarlas a cabo.</p>	<p>Realizar un ejercicio grupal en donde se habla del descubrimiento personal.</p> <p>Se requiere un número suficiente de preguntas por escrito para ser respondidas en público por cada miembro participante.</p> <p>Se sugiere un espacio suficientemente amplio.</p> <p>El ejercicio puede realizarse por lo menos con diez personas.</p>	<p>El facilitador:</p> <p>32. Hace una breve introducción del ejercicio, destacando su importancia en el descubrimiento personal.</p> <p>33. Distribuye una pregunta por cada participante.</p> <p>34. Pide a cada participante que responda esta pregunta, y que procure ser sincero.</p> <p>35. Al final se realiza un debate sobre el ejercicio realizado.</p> <p>36. Algunas preguntas para el ejercicio pueden ser del tipo:</p> <p>37. ¿Cuál es tu pasatiempo predilecto o cómo utilizas tu tiempo libre en el grupo?</p> <p>38. ¿Qué es lo que más te molesta en tu estancia en el grupo?</p> <p>39. ¿Cuál es la emoción más que te cuesta más trabajo</p>	Un espacio físico con sillas, lenguaje verbal, hojas de papel y bolígrafo.	25 min.

			<p>expresar?</p> <p>40. ¿Cuál es tu defecto más notorio?</p> <p>41. ¿Eres honesto contigo mismo?</p> <p>42. ¿De qué te das cuenta en este momento?, etcétera (José, 1999).</p>		
Técnica: <i>Hacer la ronda.</i>	Generar la exploración y movilización de las emociones, mediante la expresión sin censura.	La expresión se motiva por medio de consignas y propuestas. El miembro participante experimenta su sentimiento de forma más variada y directa, el cual confronta con los miembros del grupo, en donde nació ese sentimiento.	<p>El facilitador invita y motiva al participante que haga y diga lo que le parezca, todo lo que diga es correcto (Castanedo, 1988). Sin agredir física y verbalmente a sus compañeros de grupo.</p> <p>Cuando el paciente expresa un sentimiento que el terapeuta considera significativo e importante (<i>figura</i>), el facilitador le dice que haga la ronda, se pare frente a cada uno de los miembros del grupo, lo mire a los ojos por un momento y repita su frase. Durante la expresión, el facilitador le pide que, añada un sentimiento que se le ocurra y al mismo tiempo que se dé cuenta de lo que está sintiendo. Es decir, si lo siente como auténtico o no; y si así fuera, con quién. Este juego no se debe limitar a la expresión verbal; sino a otras formas. Puede ser gestual, alejarse, acariciar, murmurar, asustar, etcétera; es decir, utilizar todas las formas de expresión posibles (Martín, 2011).</p> <p>Cuando el participante termina su ronda, todos los integrantes expresan en primera persona del singular, lo que experimentaron, privilegian el sentir sobre el pensar y evitan todo tipo de enjuiciamiento. Al final el que participó expresa lo que está sintiendo y agrega lo que desee.</p> <p>Si es posible, esto se hace con todos los participantes del grupo (Carabelli, 2013).</p>	Lenguaje verbal y notas	60 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 4/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Crear sentido de responsabilidad de los actos de las personas participantes.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>El trueque de secreto.</i>	Crear mayor capacidad de empatía entre las personas participantes y reforzar las relaciones interpersonales.	Realizar un ejercicio grupal en donde los participantes pueden expresar de manera secreta sus dificultades para relacionarse; ello les permite ver su problema “desde fuera” cuando son representadas por los otros miembros.	43. El facilitador entrega una hoja a cada uno de los participantes. 44. Los participantes deben escribir el problema que les impida relacionarse socialmente y el cual no quieren exponer oralmente. 45. El facilitador recomienda que disfracen su letra para no ser identificados. 46. Una vez que terminen de escribir el problema, doblar en cuatro la hoja y depositarla en una caja; mezclar las cartas, y distribuirlas al azar una por participante. 47. El facilitador recomienda que cada uno lea la hoja que le tocó y asuma el problema escrito como propio, esforzándose por comprenderlo. 48. Cada participante lee en voz alta y en primera persona el problema escrito en la hoja y hace las	Lenguaje verbal, un espacio físico con sillas. Hojas de papel, goma, lápiz o bolígrafo.	25 min.

			<p>adaptaciones necesarias para proponer una solución.</p> <p>49. Al explicar el problema a los demás, cada participante debe personalizarla.</p> <p>50. No está permitido debatir, discutir sobre ese asunto durante la exposición.</p> <p>51. Al final, el facilitador guía el debate, preguntando: ¿Cómo te sentiste al describir el problema?, ¿Te sentiste identificado?, ¿Cómo te sentiste al explicar el problema de otro?, ¿Cómo te sentiste cuando tu problema fue contado por otro?, ¿Crees que el otro entendió tu problema?, ¿Consiguió ponerse en tu situación? ¿Sentiste comprender el problema de otro?, ¿Cambiaron tus sentimientos hacia los demás a partir de este ejercicio? (José, 1999).</p>		
Técnica: <i>Me hago responsable.</i>	Responsabilizar a la persona de sus actos.	Esta técnica se basa en algunos de sus elementos, en el continuo de la conciencia, donde todas las percepciones se consideran actos. El participante se hace responsable de sus actos y deja de echarles la culpa a los demás. El manejo de la ética.	<p>El facilitador exhorta a los participantes a expresar, frente al grupo, actos o hechos significativos donde hayan estado involucrados, y donde su participación haya influido de manera importante en su vida para bien o mal.</p> <p>52. El facilitador debe procurar que la persona se haga responsable de sus actos; por ello se les pide a los participantes que, después de cada oración agreguen: "...y yo me hago responsable".</p> <p>53. Participan todos los miembros del grupo.</p> <p>54. Al final, intercambian opiniones respecto a lo que sintieron al aceptar su responsabilidad.</p>	Lenguaje verbal y notas.	60 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 5/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Desarrollar la polaridad inhibida del paciente y establecer contacto consigo mismo para liberar la potente energía que ha estado bloqueada.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>Situación en el espacio.</i>	Sentir el espacio y entrar en contacto con los miembros del grupo. Relacionarse con las otras personas del grupo.	El ejercicio grupal se realiza con cualquier número de participantes. La persona entra en contacto con los demás miembros.	55. El facilitador pide a todos los miembros del grupo que se aproximen unos a otros sentados en sillas o en el piso. 56. Les pide que cierren sus ojos y extiendan sus brazos y “busquen sentir el espacio del grupo”, todo el espacio delante de ellos; por encima de sus cabezas, tras las espaldas. Tomar conciencia del contacto con los demás al pasar por encima de los otros y al tocarse. 57. El ejercicio continúa por unos minutos, lo que da posibilidad al facilitador de observar las reacciones de los participantes. 58. Se observa, como algunos se resisten a interactuar, temiendo no ser bienvenidos, mientras que otros aprecian el contacto físico. 59. Se finaliza el ejercicio reconociendo las reacciones de los otros, a través de la verbalización (José, 1999).	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio con sillas o tapetes.	25 min.

<p>Técnica: <i>Antítesis o juego de roles.</i></p>	<p>Desarrollar la polaridad inhibida para liberar la energía contenida en ella.</p>	<p>La persona participante representa una personalidad contraria; con ello amplía y mejora sus recursos.</p>	<p>El facilitador invita, a los participantes a hacer y a ser lo que les gustaría, en este caso con alguna adicción; pudiendo ser: al alcohol, a la marihuana, a la “piedra” a la cocaína, al activo, etcétera; o algún tipo de conducta con ellos mismos o en su relación con los demás, de tal manera que, se permitan el lujo de ser (Castanedo (1988)). El terapeuta le pide que juegue el papel de la personalidad contraria; es decir, que actúe contrariamente a como es, todos tienen una personalidad contraria que representar. Por ejemplo, si el paciente es tímido, se le pide que juegue el papel de una persona exhibicionista; al igual, si el participante es consumidor de alguna sustancia, puede representar una personalidad que no sea atraída por alguna droga.</p> <p>Al final cada uno expresa de qué se dio cuenta y que sintió en ese momento que estaba representando la personalidad que no suele ser.</p>	<p>Lenguaje verbal y notas.</p>	<p>60 min.</p>
<p>Cierre de sesión.</p>	<p>Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.</p>	<p>Resumen.</p>	<p>El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.</p>	<p>Notas.</p>	<p>5 min.</p>

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 6/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Acceder a la conciencia de la persona participante mediante un ejercicio lúdico y proyectivo con materiales plásticos.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: Bombardeo <i>intenso</i> .	Expresar sentimientos positivos de cariño y afecto hacia una persona. Se pretende reforzar el autoconcepto positivo.	El ejercicio se realiza en grupo, los participantes pueden ser de cinco o más personas. El tiempo dedicado a cada una de ellas es de tres minutos aproximadamente. La persona recibe cariño y afecto que no había sido expresado.	60. El terapeuta comienza explicando al grupo el concepto de afecto, sin tecnicismos, en base a una teoría sólida; por ejemplo, el trabajo de John Bowlby. 61. Dada la explicación, el terapeuta solicita una persona voluntaria para que pase al centro de un círculo formado por el resto de los participantes del grupo. 62. El terapeuta pide a las personas circundantes que expresen a la persona, que está dentro del círculo, todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. 63. La persona solamente escucha; puede elegir estar en el centro o salir de él y quedar de espaldas al grupo. 64. Cada persona del círculo, se coloca delante de la persona central, la toca, la mira a los ojos y le habla directamente.	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio.	25 min.

			65. A veces la verbalización al final del ejercicio es útil; pero, por lo general no es necesaria (José, 1999).		
Técnica: <i>El encuentro de las artes plásticas.</i>	Acceder a la conciencia, “darse cuenta”, mediante un ejercicio lúdico y proyectivo con materiales plásticos.	El ejercicio requiere el uso de materiales como la arcilla, crayolas, pinturas, papel, etcétera. Los participantes van a crear formas y colores; van a dialogar a través del dibujo.	<p>El facilitador convence a los participantes que para este ejercicio no hace falta talento artístico, sólo basta la voluntad de explorar y soltarse a la aventura a través de la expresión de sus emociones mediante el dibujo, experimentar con todos los materiales que tiene enfrente. La consigna es la siguiente:</p> <p>66. Cada participante tome una hoja y los materiales que tienen a la mano, y representen un aspecto en su vida en conflicto que, este relacionado con alguna adicción, emoción o sentimiento. Por ejemplo, el aspecto “miedo”.</p> <p>67. Cuando terminen, tomen otra hoja y representen al opuesto del aspecto en conflicto que representaron primero. Siguiendo el ejemplo, el aspecto “valor”.</p> <p>68. Una vez que terminen los dos dibujos, construyan una obra que incluya a los dos dibujos realizados; e inventen una historia entre ambos dibujos y descubran la totalidad a la que pertenecen.</p> <p>69. Se continúa trabajando con los elementos hasta que, a juicio de la persona, logra cierta satisfacción que al fin permite dejar de modificarla.</p> <p>70. Observen la obra... ¿De qué se dan cuenta? La obra se completa y la persona se detiene a observarla; si la persona quiere, puede compartir sus impresiones.</p>	Lenguaje verbal y notas	60 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 7/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Permitir que el participante se identifique con un personaje u objeto actuado para proyectar las características propias en él o aquello y así recuperarlas como propias.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: Reunión <i>no verbal</i> .	Estimular otra forma de comunicación no verbal. Estimular la conversión de sentimientos en actos. Se busca la interrelación personal.	El ejercicio se realiza en grupo. En este caso pueden ser de cinco a ocho integrantes. Los integrantes van a encontrar nuevas formas de comunicación no verbal.	71. El facilitador explica que los sentimientos y pensamientos deben expresarse según un estilo. Todas las expresiones humanas son a través de formas, actos e instrumentos. Así, toda persona comunica su experiencia a través de posturas y expresiones corporales. 72. El facilitador indica a los participantes que en este ejercicio no pueden expresarse con palabras escritas o habladas. 73. Todos los participantes se concentran en el espacio físico de trabajo, procurando relacionarse entre sí, durante un lapso de tiempo, sin pronunciar palabras. 74. Transcurrido el tiempo designado por el facilitador, se continua con comentarios acerca de la experiencia vivida; cada participante, ahora sí, puede expresar en palabras sus descubrimientos y sus sentimientos	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio.	25 min.

			experimentados en el ejercicio (José, 1999).		
Técnica: <i>Ensayo teatral</i> .	Permite identificarse con la persona u objeto actuado, de manera que, puede proyectar sus características en él o ello y recuperarlas como propias. Se trabaja con las responsabilidades y roles sociales omitidos y evadidos.	Es un ejercicio con enorme posibilidad de producir descubrimientos. El paciente actúa un personaje, permite un ensayo enriquecedor, su identidad cambia por un momento, dándose permiso de expresar atributos que, desde su identidad habitual, supuestamente no posee.	<p>El facilitador explica a los participantes las dificultades por las que pasa una persona cuando tiene que actuar en contra de su forma de ser habitual; cuando tiene que enfrentarse a situaciones que no está habituado a vivir y resolver. Ante esta situación, el facilitador les indica uno a uno que:</p> <p>75. Piense en un personaje u objeto relacionado con alguna adicción, y que les es difícil ser, pero a veces es necesario actuar como ellos para enfrentar situaciones estresantes o complejas. Por ejemplo, sí el participante es un hijo irresponsable cuando bebe alcohol, que actúe como un hijo responsable, que evita a toda costa beber sin control.</p> <p>76. Se identifique con ese personaje u objeto de manera que, se permita expresar atributos que, en su identidad cotidiana, según no posee.</p> <p>77. Reconozca lo que siente y piensa desde ese personaje y se atreva a actuar como él. Tiene que actuar y expresarse, en el escenario grupal, como el personaje que quisiera ser.</p> <p>78. Por esta vez y siempre se sienta ese personaje que desea ser, no hay nada que se lo impida; el único impedimento son sus prejuicios (Carabelli, 2013).</p> <p>El facilitador motiva a otros participantes para que actúen ese personaje que no son. Una vez que finalice el ejercicio, es válido que los integrantes del grupo compartan entre ellos las impresiones percibidas en sus ensayos.</p>	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio con sillas o tapetes.	60 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 8/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Terminar asuntos inconclusos, mediante el diálogo entre las polaridades de manera que, puedan ser reincorporadas a la personalidad.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>El juego de los voluntarios.</i>	Superar los bloqueos emocionales. Desarrollar conciencia de sí mismo y de los sentimientos. Desarrollar sensibilidad y percepción acerca de las demás personas y del entorno que influyen en la toma de decisiones.	El ejercicio se realiza de manera grupal y puede realizarse con grupos pequeños.	79. El facilitador explica cómo los elementos psicológicos que contribuyen a crear un conflicto en una persona, pueden ser personificados. A continuación, se solicita voluntarios para participar en esta experiencia vivencial. 80. El facilitador expresa lo siguiente: “en verdad, no necesito voluntarios, pero quisiera que ustedes se situaran en la experiencia que acaban de vivir, la de decidir si se presentaban o no a participar de voluntarios. Imaginen a dos “personitas” dentro de su cabeza, una les dice que se presenten y la otra les dice que no vale la pena, que lo hagan otros, los más nuevos o más viejos, ustedes ¿por qué? Visualicen una conversación entre ambas, tratando de convencerse mutuamente hasta que una de ellas vence. 81. Terminada la discusión, el facilitador pide que se	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio.	25 min.

			<p>confronten con ese personaje que venció, no verbalmente, y vean lo que pasa, cerrando los ojos dos o tres minutos, imaginando ese encuentro.</p> <p>82. Al terminar, a petición del facilitador, cada participante debe describir cómo eran esas “personitas” que se hicieron oír, cómo eran sus físicos, dónde estaban, cómo estaban y quien de ellas ganó (José, 1999).</p>		
<p>Técnica: <i>Diálogo, de la silla vacía o de la silla caliente (primera parte).</i></p>	<p>Cerrar Gestalt mediante diálogos entre las polaridades hasta que son integradas, apropiadas y reincorporadas a la personalidad.</p>	<p>El ejercicio consiste en hacer dialogar a las polaridades y a poner en contacto; aquellas que el paciente niega o rechaza. El ejercicio se fundamenta en el concepto de los opuestos; con la idea de guiar el ejercicio a la conducta adictiva. Esta técnica no es aplicable a todos los pacientes, se recomienda aplicarla a personas con un yo fuerte, capaz de integrar sus vivencias.</p>	<p>A estas alturas del proceso terapéutico el facilitador ya debió haber detectado los principales conflictos de cada uno de los participantes; es decir, asuntos no resueltos.</p> <p>En el trabajo grupal, se le pide a la persona que se pare o siente en medio del grupo, en el lugar donde se sienta identificada. Después, que imagine enfrente de ella a la parte (una persona, un objeto, una enfermedad, etcétera) con la que se encuentra en conflicto o con la que necesita dialogar (Este lugar es conocido como la silla vacía). Generalmente la consigna es la siguiente: “<i>ven, siéntate aquí...cierra los ojos...imagínate que enfrente de ti está... y exprésale lo que estas sintiendo</i>”. También puede desarrollar el diálogo entre él y una persona significativa para él.</p> <p>La persona participante puede comenzar el diálogo en el lugar de la silla caliente, es lo más frecuente; también se considera que inicie el trabajo sentado o en cualquier otra posición; no hay regla fija. Si el participante entra en <i>impasse</i>, el facilitador necesita intervenir para ayudarlo a enfrentar aquello que está evitando; la superación de esta situación, puede resolver el conflicto y cerrar el asunto inconcluso del participante.</p> <p>En algunas ocasiones el facilitador interviene en el diálogo para reforzar alguno de los personajes traídos por el participante y para ayudarlo a enfrentar lo que está evitando o para ayudar la escena reparadora. Algunos miembros del grupo también pueden intervenir, por sugerencia del facilitador, representando a algún personaje que el participante está enfrentando.</p> <p>Otras veces, las expresiones se tornan violentas y el paciente necesita descargar su furia en los almohadones; de esa manera se facilita la catarsis. Una vez que termina, experimenta una sensación de alivio como consecuencia</p>	<p>Lenguaje verbal y notas. Un espacio amplio, sillas, tapetes, almohadones, pañuelos desechables.</p>	<p>60 min.</p>

			de haber “cerrado algo” inconcluso. Entonces se da por terminado el trabajo. Al termino del ejercicio, si la persona lo acepta, el facilitador puede invitar a los demás miembros del grupo que expresen palabras de aliento y apoyo al participante que ha concluido su trabajo (Carabelli, 2013).		
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 9/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Terminar asuntos inconclusos, mediante el diálogo entre las polaridades de manera que, puedan ser integradas y reincorporadas a la personalidad.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>Restablecimiento de la confianza.</i>	Mejorar la confianza mutua y restablecer la personal.	El ejercicio se realiza de manera grupal. Se puede orientar varias parejas simultáneamente. Es un ejercicio verbal muy eficaz si se realiza seriamente.	El facilitador explica los objetivos del ejercicio y la técnica. 83. Una persona conduce a otra entre los obstáculos. 84. Se forman subgrupos de parejas. 85. Una vez formados los subgrupos de dos parejas; se inicia el ejercicio de confianza; uno de ellos conduce a la otra persona quien va con los ojos cerrados o vendados. 86. La persona quien conduce, coloca su mano sobre el hombro de su compañero, y durante cinco minutos lo conduce en silencio librando los obstáculos colocados previamente. 87. La persona que es conducida, está atenta a sus propias reacciones y sensaciones. 88. Transcurridos los cinco minutos, los papeles se invierten durante el mismo tiempo.	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio que posibilite el desplazamiento cómodo entre varios obstáculos colocados previamente.	25 min.

			<p>89. Terminado el ejercicio se prosigue al intercambio de ideas acerca de la experiencia vivida. Cada quien expresa sus reacciones y sensaciones, buscando responder a las siguientes preguntas: ¿Qué impresión tuvo al ser conducido?, ¿En algún momento se resistió a su guía?, ¿Por qué cree que le haya pasado?, ¿Se mostró confiado o dudoso?, ¿Cómo se sintió con la reacción de su compañero?, ¿Cómo se sintió al ser conducido?</p> <p>90. Discuta sus sentimientos. ¿Esta experiencia sirvió para mejorar sus relaciones? El facilitador pide al participante que, procure relacionar estos sentimientos experimentados con el proceso de comunicación con sus compañeros y con su vida personal; que reflexione si esta falta de confianza lo ha llevado a tomar decisiones equivocadas. A la vez que, haga una conexión entre este proceso de comunicación y sus relaciones interpersonales con los demás y con su situación actual respecto a su adicción. Se les pregunta a los participantes: ¿Necesitará mejorar su confianza en los demás? ¿Qué fue lo que más apreció en este ejercicio? (José, 1999).</p>		
<p>Técnica: <i>Diálogo, de la silla vacía o de la silla caliente (segunda parte).</i></p>	<p>Terminar o cerrar asuntos inconclusos mediante diálogos entre las polaridades hasta que son integradas, apropiadas y reincorporadas a la personalidad.</p>	<p>El ejercicio consiste en hacer dialogar a las polaridades y a poner en contacto; aquellas que el paciente niega o rechaza. El ejercicio se fundamenta en el concepto de los opuestos. Esta técnica no es aplicable a todos los pacientes, se recomienda aplicarla a personas con un yo fuerte, capaz de integrar sus vivencias</p>	<p>El facilitador explica a los participantes que la mecánica y objetivo del ejercicio es la mismo que el de la sesión pasada; les hace hincapié que su participación no es obligatoria, pero si necesaria para su recuperación. El trabajo inicia con las personas que no participaron en la sesión anterior.</p> <p>El facilitador ya debió haber percibido el conflicto más importante de cada participante, el que hace figura.</p> <p>Al igual que en la sesión pasada, se le pide a la persona identificada, que pase al centro del grupo y se ubique parada o sentada en el lugar donde se sienta cómoda, y se realiza el mismo procedimiento que el de la sesión pasada, con respecto a la técnica.</p>	<p>Lenguaje verbal y notas.</p> <p>Un espacio amplio, sillas, tapetes para piso y almohadones. Pañuelos desechables.</p>	<p>60 min.</p>
<p>Cierre de sesión</p>	<p>Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.</p>	<p>Resumen.</p>	<p>El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.</p>	<p>Notas.</p>	<p>5 min.</p>

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 10/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Establecer contacto con las emociones que el relato de los sueños provoca y de esa manera integrar el self.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Dinámica grupal: <i>Adentro y afuera</i>	Colocar a los demás en contacto con las dimensiones más íntimas de cada miembro del grupo. Crear lazos de amistad y compromisos mutuos. Construir puentes de comunicación entre el “yo” y el “tú”.	El ejercicio es grupal puede realizarse en grupos pequeños, por subgrupos, incluso, puede realizarse con dos o más grupos.	El facilitador explica los objetivos del ejercicio y analiza cómo el hombre de estos tiempos, a pesar de estar rodeado de personas, vive aislado. En su interacción con los demás recurre a muchos mecanismos de defensa, abriéndose muy poco a una comunicación verdaderamente existencial. 91. Los miembros participantes del grupo reciben un número y forman dos círculos, uno que representa a los números pares y otro a los impares. 92. Los números pares forman el círculo de “adentro” y los impares el círculo de “afuera”. 93. El ejercicio inicia dándose la palabra a los miembros del grupo par; o sea, los del círculo de “adentro”. Entonces cada uno de los integrantes de este grupo se comunica abriéndose a los demás para lo que responde a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio con sillas.	25 min.

			<p>¿Cómo me ven los demás? ¿Qué busco en mi vida?</p> <p>94. Durante la exposición hecha por el grupo de “adentro”, el grupo de “afuera” sólo observa permaneciendo en silencio.</p> <p>95. Está permitido colaborar con el grupo par, facilitándoles la comunicación por medio de preguntas esclarecedoras. No está permitida la discusión.</p> <p>96. Una vez que los miembros del grupo par terminaron; los miembros del grupo impar ocupan el lugar de ellos; y viceversa. Corresponde a estos últimos responder las preguntas anteriores, comunicándose con el grupo, mientras que los miembros del grupo par permanecen en silencio sólo observando.</p> <p>97. Terminada la comunicación de los dos grupos, se lleva a cabo el feedback (retroalimentación) del ejercicio realizado (José, 1999).</p>		
Técnica: <i>La integración onírica.</i>	Provocar el crecimiento de la personalidad, mediante el relato en tiempo presente del sueño.	El ejercicio se trabaja también de manera grupal, mediante la participación del soñante y los demás miembros del grupo como actores participantes. El facilitador también puede participar y es quien guía el trabajo desde la perspectiva de la persona y no la de él.	<p>El facilitador explica la relación existente entre los sueños y el inconsciente de la persona. Antes de empezar y para mejores resultados, el facilitador debe trabajar el <i>rappont</i> y el contacto con la <i>figura</i> que se desea trabajar; asimismo, respetar sus emociones. La contemplación de la ética es fundamental de este trabajo.</p> <p>En este trabajo, el soñante es quien retroalimenta activamente el trabajo terapéutico, la aprobación o desaprobación le pertenece, él es el responsable de sus acuerdos y el facilitador no emite juicio alguno sobre ellos.</p> <p>El facilitador guía el trabajo desde la perspectiva del paciente y no desde su interpretación personal. La persona participante se ubica en el centro del grupo y los demás miembros son observadores mientras no sea necesario participar.</p> <p>En general, estos son los pasos básicos para el manejo de los sueños, aunque no deben seguirse de manera rígida:</p> <p>98. <i>Historia verbal del sueño.</i> El soñante relata su sueño tal como lo recuerda, ya sea el relato completo o en fracciones, como le venga a la mente.</p> <p>99. <i>Volver el sueño a la vida.</i> Se le pide al soñante que relate el sueño, pero ahora en primera persona y en tiempo presente como si estuviera soñando en ese momento; para ello se le pide que cierre los ojos y respire de forma pausada para que se concentre. Si el soñante sólo recuerda fracciones de su sueño, se le pide</p>	Lenguaje verbal, un espacio físico amplio con sillas o tapetes. Notas.	60 min.

			<p>que los integre en una sola historia. Si acaso se le dificulta cerrar los ojos, no hay un impedimento técnico que le permita contar su relato con los ojos abiertos.</p> <p>100. <i>Dramatizar el sueño.</i> El soñante elige con que figura desea comenzar la vivencia; para ello, el terapeuta le pregunta cuál figura de su sueño le llama más la atención o cuál le desagrada o rechaza. Para facilitar esta etapa se le pide al soñante que se imagine ser un actor y represente ese rol protagónico; dicho recurso está acompañado de su postura corporal, se expresión facial y hasta el tono de voz empleado. El facilitador observa esta transformación, acompaña el diálogo y si es necesario participa en la representación.</p> <p>Una vez que la persona ha relatado su sueño y percibido el mensaje, y si así lo desea, puede incluir al resto del grupo en su trabajo con el sueño. Para ello cada participante, a solicitud del facilitador, elige un personaje u objeto para representar para luego todos interactuar, incluso el soñante. Cada participante se va describiendo, relata la función que desarrolla desde su posición actoral; pueden hacerse preguntas entre ellos.</p> <p>Es importante que el facilitador preste atención al lenguaje corporal o no verbal, pues este siempre va a ser auténtico. Asimismo, analiza su misma reacción ante las distintas situaciones que están surgiendo.</p> <p>Algunas veces en la exploración del sueño, aparecen polaridades que pueden trabajarse con la técnica de la silla vacía; lo que es mejor, en el trabajo integrador de los sueños se pueden aplicar las demás técnicas gestálticas.</p>		
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes vistas.	Resumen.	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller gestáltico: “De Oruga a Mariposa”

ELABORADO POR: Francisco Guillermo Martínez Martínez RESPONSABLE ACADÉMICO: Mtra. Karina B. Torres Maldonado

NÚMERO DE SESIONES: 11 FECHA DE INICIO: 27 de enero de 2017

FECHA DE TÉRMINO: 1 de marzo de 2017

OBJETIVO GENERAL: Conocer la influencia del taller gestáltico “De Oruga a Mariposa” en el autoconcepto y en la actitud hacia el alcohol en individuos alcohólicos residentes en un centro de adicciones.

SESIÓN: 11/11 OBJETIVO (S) DE LA SESIÓN: Integrar las vivencias y obtener, a nivel grupal, las conclusiones de estas. Aplicar por segunda vez los test: La Escala de Autoconcepto y la Escala de Actitud hacia el Alcohol. Finalizar el taller, agradecer a los participantes, despedirse de ellos y realizar un convivio.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO
Sesión anterior.	Recapitular los puntos más importantes del tema de la sesión anterior.	Preguntar a los miembros del grupo. Fomentar la participación para afianzar la enseñanza. Para <i>el grupo de intervención</i> y para <i>el grupo de control</i> , por separado.	El facilitador invita a los participantes a recordar los temas significativos vistos en la sesión anterior.	Un espacio físico con sillas. Lenguaje verbal y notas.	5 min.
Pre cierre.	Informar de la última sesión al grupo de intervención y destacar la importancia de su participación en el taller.	Explicar las tareas a realizar. Para <i>el grupo de intervención</i> y para <i>el grupo de control</i> .	El facilitador se reúne por separado con cada grupo. Al grupo de intervención le explica que es la última sesión y los invita a contestar los dos cuestionarios; indicándoles que son los mismos que se aplicaron en la primera sesión. Al grupo control, le informa que antes de iniciar la primera sesión, habrá que contestar dos cuestionarios; indicándoles que son los mismos que se aplicaron en la primera sesión.	Lenguaje verbal y notas.	3 min.
Escala de Autoconcepto.	Evaluar el estado actual del autoconcepto de los participantes.	Instrucciones, resolución de dudas y aplicación de la escala. Se aplicación es para <i>el grupo de intervención</i> y <i>el grupo control</i> .	El facilitador les proporciona el instrumento y les indica en que momento contestar.	El instrumento, goma, lápiz o bolígrafo.	20 min.

Escala de Actitud hacia el Alcohol.	Evaluar el estado actual de la actitud hacia el alcohol de los participantes.	Instrucciones, resolución de dudas y aplicación de la escala. La aplicación es para <i>el grupo de intervención y el grupo de control</i> .	El facilitador les proporciona el instrumento y les indica en que momento contestar.	El instrumento, goma, lápiz o bolígrafo.	10 min.
Vivencias y conclusiones.	Integrar las vivencias y hacer conclusiones de las mismas con el grupo de intervención.	Integrar las experiencias individuales y grupales en un entorno grupal. Sólo para <i>el grupo de intervención</i> .	Las experiencias, deben ser integradas; primero, a nivel personal y después a nivel grupal. Se sacan conclusiones y se comparte lo aprendido a nivel grupal. Se expresa y se comparte frente a los demás miembros del grupo lo aprendido; cada uno expresa de qué se dio cuenta con esta experiencia vivencial. Se procura no generar situaciones nuevas, sino sólo expresar las experienciales.	Lenguaje verbal y notas	20 min.
El taller.	Dar por concluido el taller, agradecer y despedirse.	Se procura que la finalización sea verbal y vivencial; de preferencia corporal y grupal. Sólo para <i>el grupo de intervención</i> .	El facilitador: 101. Despide de los miembros participantes del grupo de intervención con quienes compartió la experiencia. 102. Agradece la participación y entrega de todos los participantes y expresa su deseo que lo aprendido contribuya de alguna manera al mejoramiento de todos. 103. Al final, el facilitador propone, quien lo desee y sienta, dar un afectuoso abrazo a sus compañeros.	Lenguaje verbal y notas	10 min.
	Dar por iniciado el taller.	Resolver dudas acerca de las ganancias de los participantes en este trabajo. Sólo para <i>el grupo de control</i> .	El facilitador: 104. Agradece la disponibilidad y apoyo de las personas participantes. 105. Organiza una ronda de preguntas y respuestas, enfocadas a la implementación del taller, ahora con ellos.	Lenguaje verbal y notas	15 min.
Cierre de sesión.	Recapitular los puntos y actividades más importantes llevadas a cabo.	Resumen. Sólo para <i>el grupo de intervención</i> .	El facilitador hace un resumen de los puntos más importantes vistos, así como de las actividades realizadas.	Notas.	5 min.
Convivio (Fin).	Reforzar y celebrar el crecimiento de la personalidad y el desarrollo de las relaciones interpersonales.	Trabajar el afecto, la amistad, mediante la convivencia en otro plano que no es el terapéutico: lo social. Sólo para <i>el grupo de intervención</i> .	El facilitador crea el ambiente propicio para convivir con los miembros del grupo de intervención; para ello: 106. Proporciona un refrigerio, como pretexto para convivir más de cerca con el ser humano que acaba de vivir su experiencia en el taller. 107. Se sienta junto con ellos, comparten la mesa y los alimentos. Platican, incluso de experiencias personales. 108. Se integra a la experiencia de las personas de sentirse un ser humano distinto.	Un espacio físico con sillas y un refrigerio.	30 min.

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad.