

UNIVERSIDAD LATINA S.C.
CAMPUS CUERNVACA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CON CLAVE DE INCORPORACIÓN No. 8344-25

**Influencia de los estilos de apego en la elección de pareja en
sujetos que presentan alcoholismo.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Diana Laura Mera Camarillo
Ausha Khalid Hamdan

NOMBRE DE ASESOR DE TESIS:

Mtra. Ariani Cruz Jaramillo

CUERNAVACA, MORELOS AGOSTO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I.DEDICATORIA

El presente trabajo se dedica principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos la fuerza necesaria para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestras madres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido un orgullo y un privilegio ser sus hijas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho posible el trabajo, ya que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

II.AGRADECIMIENTO

A mi madre Rosalía Camarillo Moreno, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, sus consejos, su amor, por haberme formado como una mujer de bien y porque siempre será mi ejemplo.

A mi hermana Angelica Mera Camarillo a pesar de que tengamos nuestras eventuales discusiones y malos encuentros, has sido una de las principales personas involucradas en ayudarme a que este proyecto fuera posible, gracias por nunca dejarme sola.

Clara Paloalto Jaramillo: por brindarnos su apoyo incondicional y ayudarnos con nuestra investigación, ya que es una de nuestras metas más importantes.

A mi madre Sulema Guadalupe Ocampo Ocampo, por su amor incondicional, su paciencia, pero sobre todo por el apoyo que siempre me ha dado y por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, muchos de mis logros te los debo a ti entre los que se incluye este. Siempre serás mi gran ejemplo a seguir.

A mis abuelos Por preocuparse siempre por mí y por todos los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional.

Ser alcohólico no es dejar de ser humano; hace falta ponerse en los zapatos del otro para poder romper los tabúes del alcoholismo; dejar de ser alcohólico no es solo un trabajo individual, sino un trabajo en equipo; el alcohol no solo te afecta a ti, también a todos los demás a tu alrededor.

(AUTOR ANÓNIMO)

III.ÍNDICE DE TABLAS

Figura 1.1: Etapas del ciclo vital de una pareja. (Diaz, 2002).

Figura 1.2: Triángulo amoroso (Sternberg, 1998).

IV.RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo entender la importancia que tiene la interacción entre el bebé y su cuidador principal durante los primeros años de vida para su futura elección de pareja en la vida adulta.

Está basado en la teoría de apego de Bowlby, la teoría de los tipos de pareja que se desarrollan a lo largo de la vida de Sternberg.

Describen las teorías y los principales conceptos que surgen de ellas, de igual forma se habla a grandes rasgos de las diversas afectaciones que tiene el alcoholismo en la vida de las personas e incluso de la familia.

Se hace finalmente una propuesta de intervención psicológica para disminuir el consumo de alcohol desde el modelo Gestáltico. Puesto que se utiliza de forma exitosa para el tratamiento del alcohol ya que se considera una terapia de aprendizaje que va desde el apoyo externo al autoapoyo, que es lo que necesita el sujeto, conocerse a sí mismo para reencontrarse, para ello también es de gran relevancia el apoyo de la familia de los usuarios ya que está considerado como el motor que impulsa salir adelante.

En los resultados obtenidos se encontró que en el apartado de apego ocho de los doce participantes se presentan en un apego evitativo, puesto que mencionan que en su infancia se vio trastocada en aspectos tan básicos por parte de sus cuidadores primarios, como lo son el no haber tenido capacidad de mostrar afecto o autoridad en situaciones que se requerían, haciéndolos tener como consecuencia menor importancia en asuntos de pareja.

Palabras claves: apego, pareja, alcoholismo, familia.

V.INTRODUCCIÓN

La presente tesis es una investigación de tipo cualitativa de doce alcohólicos con un rango de edad de 20 a 62 años, los cuales tienen problemas de alcoholismo, actualmente se encuentren en una relación de pareja y están internados en la clínica privada.

Esta investigación está basada en el enfoque centrado en la persona con principio Gestalt.

El objetivo del presente estudio es el diseño de una propuesta de mejora en la intervención de adicciones para usuarios de clínicas privadas, con la finalidad de disminuir y controlar el consumo de alcohol.

La investigación se encuentra estructurada por capítulos:

En el capítulo I, se presentan los antecedentes del objeto de estudio, planteamiento del problema, objetivo general y específico, justificación, alcances y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II, se aborda el marco teórico, marco institucional, referencial, histórico y tres ejes teóricos que sustentan la investigación, abordando contenidos sobre los tipos de apego, el concepto de pareja; además de repercusiones del alcoholismo, estadísticas del alcoholismo en México, factores de protección, alcoholismo y pareja, tratamiento psicológico, fármacos para tratar el alcoholismo, de la misma manera se desglosan las etapas que la pareja atraviesa en su ciclo vital, tipos de pareja, factores que determinan su elección de pareja.

En el capítulo III se encuentran los aspectos metodológicos, el enfoque, método, técnica e instrumentos de la investigación, fases para la elección de la muestra y el procedimiento requerido para la investigación.

Esta investigación está basada en el enfoque centrado en la persona con principio Gestalt.

El objetivo del presente estudio es el diseño de una propuesta de mejora en la intervención de la adicción del alcoholismo para usuarios de clínicas privadas, con la finalidad de disminuir y controlar el consumo de alcohol.

La investigación se encuentra estructurada por capítulos:

En el capítulo I, se presentan los antecedentes del objeto de estudio, planteamiento del problema, objetivo general y específico, justificación, alcances y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II, se aborda el marco teórico, marco institucional, referencial, histórico y tres ejes teóricos que sustentan la investigación, abordando contenidos sobre los tipos de apego, el concepto de pareja; además de repercusiones del alcoholismo, estadísticas del alcoholismo en México, factores de protección, alcoholismo y pareja, tratamiento psicológico, fármacos para tratar el alcoholismo, de la misma manera se desglosan las etapas que la pareja atraviesa en su ciclo vital, tipos de pareja, factores que determinan su elección de pareja.

En el capítulo III se encuentran los aspectos metodológicos, el enfoque, método, técnica e instrumentos de la investigación, fases para la elección de la muestra y el procedimiento requerido para la investigación.

En el último capítulo IV se muestran el análisis, interpretación, resultados, conclusiones, además del diseño de la propuesta de mejora de intervención psicodinámica, sugerencias y recomendaciones de la investigación.

Citado en (Rojas, 2018) menciona como preámbulo para la presente investigación se refiere a que la familia es la principal instancia que acoge a los individuos, además de que en ella se encuentran las primeras personas (papá y mamá), con las cuales se genera el primer vínculo. Los padres son guías y maestros que enseñan sus conocimientos para que los hijos puedan caminar en el mundo. La familia está considerada como el motor que impulsa a seguir adelante y no desfallecer jamás.

- I. DEDICATORIA
- II. AGRADECIMIENTO
- III. ÍNDICE DE TABLAS
- IV. RESUMEN
- V. INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPITULO I ANTECEDENTES DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1 Historia del apego	10
1.2 Historia de la pareja	11
1.3 Historia de alcoholismo	13
1.4 Planteamiento del problema	15
1.4.1 Pregunta de investigación:	16
1.4.2 Preguntas secundarias de investigación	17
1.5 Objetivo general de la investigación	17
1.5.1. Objetivos específicos de la investigación	17
1.6 Justificación	18
1.7 Alcances y limitaciones de la investigación	19
1.7.1 Alcances de la investigación	19
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	20
2.1 Marco Institucional	20
2.2 Marco Referencial	20
2.3 Marco Histórico	26
2.4 Antecedentes de apego	27
2.4.1. Definición del apego	28
2.4.2 Tipos de apego en la niñez	29
2.4.3 Estilos de apego adulto	30
2.5. Antecedentes de pareja	32
2.5.1. Concepto de Pareja	35
2.5.2. Las etapas que la pareja atraviesa en su ciclo vital.	36
2.5.3. Tipos de pareja	38
2.5.4 Factores que determinan la elección de pareja	41
2.6. Antecedentes del alcoholismo	42
2.6.1. Definiciones de alcoholismo	43

2.6.2. Tipos de alcoholismo	44
2.6.3. Signos y síntomas del alcoholismo	45
2.6.4 Aspectos diagnósticos relacionados con el género	45
2.6.6 Repercusiones del alcoholismo:	47
2.6.7 Estadísticas de alcoholismo en México	49
2.6.8. Factores de protección del alcoholismo	50
2.6.9. Alcoholismo y pareja	51
2.6.10. Tratamiento psicológico	52
2.6.11 Fármacos con potencial para tratar el alcoholismo:	58
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	59
3.1 Enfoque de la investigación	59
3.2 Método de investigación:	59
3.3 Técnicas de la investigación	60
3.4 Participantes (Muestra).	60
3.5 Instrumentos utilizados para la recolección de datos e información	61
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
4.1 Análisis de datos e interpretación de la información del objeto de estudio.	65
4.2 Resultados de la investigación	68
4.3 Conclusiones de la investigación	70
DISCUSIÓN	72
Sugerencias o recomendaciones	74
Propuesta de intervención psicológica para disminuir el consumo de alcohol	75
ANEXOS	83
Bibliografía	93

CAPITULO I ANTECEDENTES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Historia del apego

Guzmán (2012) explicó que la teoría del apego, cuya formulación fue iniciada por Bowlby, 1969, da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés. Este constructo es definido como un sistema motivacional que busca mantener la proximidad entre bebés y sus cuidadores como forma de obtener protección y sobrevivir.

Ainsworth y cols., 1978 citados en (Botella, 2008) diseñaron una situación experimental, la Situación del Extraño, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una simple prueba de laboratorio para medir el apego, en niños de uno a dos años. Consta de dos episodios de una breve separación entre el niño y la persona que lo cuida. El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y sobre todo en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador.

En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego establecidos:

1. Apego seguro
2. Apego inseguro-evitativo
3. Apego inseguro ambivalente

Por tal motivo (Cantú, 2016), mencionó que la teoría del apego se enfocó en estudiar los vínculos que existen entre los infantes y sus cuidadores, así como el efecto que esto tiene sobre el desarrollo del niño, su auto concepto y la idea que tiene acerca del mundo.

Para Lafuente (2000) citado en (Arias, 2014), la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad. Así, la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie Bowlby, (1990).

Si bien inicialmente la teoría del apego se focalizó de manera prioritaria en las relaciones tempranas, surgió con posterioridad una serie de estudios que aplicaron los principios del apego a la edad adulta. Fueron pioneras en este campo las investigaciones iniciadas por Hazan & Shaver, (1987) citado en (Guzmán, 2012) aplicadas al amor de pareja, quienes sostuvieron que el comportamiento del adulto en relaciones cercanas está moldeado por representaciones mentales, cuyos orígenes se encuentran en las relaciones del niño con sus cuidadores primarios.

1.2 Historia de la pareja

(Pérez, 2009) Redactó que una pareja es un conjunto de personas, animales o cosas que mantienen entre sí algún tipo de relación o semejanza. El término también se utiliza para nombrar a cada uno de los integrantes de una pareja en relación con la otra.

En la misma línea de investigación (Páez, 2006) citado en (Maureira, 2011) mencionó que la relación de pareja es quizás la experiencia más gratificante en la que se ve envuelto el ser humano, razón por la cual ha sido objeto de la atención del hombre desde tiempos muy antiguos. Ya en grabados sumerios con una antigüedad de 4.000 años antes de cristo se pueden observar imágenes y frases románticas dirigidas a una pareja.

Toda relación de pareja es una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor.

(Rodríguez, 2004) citado en (Blandón, 2016), mencionó que, a partir del nacimiento, nuestra vida será una sucesión de experiencias, relaciones, vínculos y

conexiones que darán cuenta de una historia personal única de permanente interacción, con el mundo y con las relaciones interpersonales que se establezcan.

Asimismo (Cervantes, 2011) citado en (Blandón, 2016) mencionó que existió un amplio concepto de las relaciones que se configuran en el transcurso de la vida de las personas, entre los cuales está la relación de pareja, que permite que las personas ofrezcan y reciban valoración intelectual, emocional y física.

Por tal motivo (Padilla & Gámez, 2012), citado en (Padilla, 2017) mencionaron que en la mayoría de las sociedades se ha privilegiado a la pareja como una forma de asegurar la continuidad de la especie y el progreso de la civilización, ya que esta institución cubre funciones biológicas, psicológicas y sociales sin las cuales la posibilidad de existencia de la especie humana no sería posible.

Por su parte (Espriella, 2008) citado en (Blandón, 2016), mencionó que el vínculo de la pareja resulta significativo, puesto que supone una estabilidad temporal, consensos, características definitorias y proyecciones futuras.

Según (Díaz, 1998) citado en (Blandón, 2016) la relación de pareja es, “relación prolongada en el tiempo, capaz de poder soportar e intentar superar el conflicto, la pareja se diferencia de la relación breve que sólo busca la satisfacción inmediata.

De esta forma (Maureira, 2011) redactó que por ello la pareja resulta un tema complejo que se debe estudiar a fondo, ya que es una de las relaciones interpersonales más importantes y complicadas de entender puesto que se ven implicados muchos factores externos e internos.

1.3 Historia de alcoholismo

(Díez, 2003) Mencionó que el hombre ha dispuesto de bebidas alcohólicas desde la aparición de la cerámica. Esta época se encuentra entre finales del mesolítico y principios del neolítico. Gracias a la cerámica se podía realizar el proceso de fermentación del alcohol, así como su almacenamiento.

Entre los años 4000 y 3500 antes de Cristo aparece constancia del uso del vino y la cerveza en distintas regiones como China, Egipto y Mesopotamia.

En la mayoría de los casos, el uso de estas sustancias adquiría generalmente un carácter ritual o mágico-religioso.

La civilización griega definió dichas bebidas con la figura de Dionisos que era considerado Dios del vino; y ya en la época de la odisea y la Iliada hace referencia al abuso del alcohol de ciertos personajes mitológicos.

La civilización romana también tenía un Dios del vino al que llamaban Baco. La expansión del imperio romano supuso la primera oleada de alcoholización de la humanidad

El alcohol pronto traspasó la barrera de ritual y lo mágico, obligando a regularse su uso en algunas civilizaciones; así, por ejemplo, en el Código de Hammurabi (Mesopotamia) ya se encuentran leyes que regulan la venta y consumo de la cerveza.

En la Edad Media, (siglo IX) se descubre en Europa la técnica de destilación, con dicha técnica se consiguen bebidas de alta graduación, con mayores efectos intoxicantes.

En la América precolombina se utilizaba la “Chimba” que fue ofrecida a Colón. Con los descubrimientos y colonizaciones las bebidas alcohólicas se expandieron en ambas direcciones.

A partir del siglo XVII se desarrolla la crianza de vinos y licores. En la época industrial y con los problemas de crecimiento masivo de las urbes se produce un aumento de la demanda de alcohol en todos los estratos sociales.

Los primeros años del siglo XX el consumo de alcohol estuvo estable, pero en la década de los 60 aumentó, influido por la economía, la política, los movimientos migratorios y las tensiones que surgieron.

Por esta razón (Ustariz, 2005), enfatizó que la fermentación del alcohol había acompañado al hombre no solo en los rituales religiosos sino también en aquellas actividades donde el esfuerzo era mayor. El alcohol fue la primera droga y con el paso de los años se realizó su legalización.

El alcohol ha tenido presencia en la historia de la humanidad, no obstante fue hasta el siglo XV que Basilio Valentín le llamó ..."espíritu de vino" a aquel estado de euforia y excitabilidad en el que "caían las personas al consumirlo"; Siendo de esta forma Lowitz en 1796, citado en (Ustariz, 2005), el que obtuviera por primera vez el alcohol en su estado de mayor pureza, aunque el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta entre el año 800 y el 1 100 de nuestra era, donde aparecieron los procesos de destilación.

(Ustariz, 2005) redactó que el alcohol etílico o etanol, ha tenido la fórmula C_2H_5OH , que se refiere a un líquido transparente e incoloro con sabor a quemado y un olor agradable característico que se concentra por destilación de disoluciones diluidas donde ciertos agentes deshidratantes extraen el agua y producen etanol.

A mediados del siglo XIX el médico sueco Huss Citado en (Ustariz, 2005) acuñó el término alcoholismo a aquella enfermedad cuya causa es el alcohol etílico.

En el siglo XIX, fue surgiendo toda una literatura pseudo-científica que oscureció la problemática de la etiología y de la patogenia del alcoholismo, con consideraciones moralizantes y apasionadas ligadas a la teoría reinante sobre la degeneración: el alcoholismo pasó a ser un vicio y un atributo de degeneración.

Recientemente en 1940-1950 se comenzó a concebir el alcoholismo como una enfermedad, realizándose campañas de salud destinadas a la prevención y a la cura, gracias a las investigaciones de Jellinek (1960), citado en (Ustariz, 2005).

Tiempo después la primera definición formal de alcoholismo fue hecha por el mismo autor Jellinek (1960), mencionando que todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos se considera una persona con una enfermedad.

Esta enfermedad (alcoholismo) no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en que vive.

Por tal motivo (Martínez, Centros de Integración Juvenil A.C., 2007), mencionó que el alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja, con todas sus consecuencias.

(Bolet, 2010) afirmó que el alcoholismo constituye aún un problema muy serio de salud, que va en aumento, y se debe profundizar como enfermedad incurable y que debe evitarse, diagnosticarse a tiempo para evitar complicaciones y lograr la incorporación del individuo a la sociedad.

1.4 Planteamiento del problema

El uso de alcohol es un problema global que afecta al desarrollo social y del individuo, siendo la causa a nivel fisiológico y psicológico de numerosas complicaciones para la persona y para sus relaciones interpersonales, como lo es la pareja. De acuerdo con la teoría del apego, formulada por John Bowlby (1969-1980), da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés, actualmente se ha encontrado que en las relaciones de pareja ha habido un aumento considerable en el consumo de alcohol, provocando problemas en diversas áreas de la vida del sujeto y del funcionamiento de los vínculos establecidos con la pareja.

Las parejas de alcohólicos son personas que tienen un grado alto de tolerancia, pero que también sufren por la forma de vivir de su compañero, constantemente percibirse en una experiencia de sufrimiento por lo que va estableciendo un desgaste en la dinámica de la relación.

Una pareja se forma para dar respuesta a una serie de necesidades humanas, y a la vez viene a cubrir necesidades del individuo tales como la compañía y la solidaridad. De una manera más simbólica calma la ansiedad de muerte al proyectar una fantasía de continuidad en el tiempo, sin embargo, la historia de una pareja alcohólica se ve afectada ya que su funcionamiento varía por la presencia del alcohol.

Actualmente existen diversas teorías que abordan la importancia que tiene estudiar los estilos de apego en la elección de pareja con problemas de alcohol que afectan a la sociedad.

Uno de ellos es la teoría relacional de Jean Backer Miller, quien habla sobre un desarrollo de la personalidad en concordancia con los vínculos emocionales a partir de la misma infancia del niño. La formación del yo en el niño surge de la interacción y convivencia con otras personas, sobre todo inicialmente de la relación con los padres.

Tomando en cuenta esto, los factores que influyen en el desarrollo humano son principalmente: la personalidad, los vínculos emocionales, la infancia y la interacción, ya que cada individuo, desde la infancia comienza con la construcción de su propia personalidad, y esto lo hace interactuando y conviviendo con las personas involucradas sobre todo con sus padres.

Por ende, se considera que una adicción al alcohol en algunas veces se ve influida por los padres, pero no necesariamente en todos los casos, pero es tiene una posibilidad alta.

De acuerdo con la información arriba mencionada se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.4.1 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la Influencia de los estilos de apego en la elección de pareja cuando uno de los integrantes presenta alcoholismo?

1.4.2 Preguntas secundarias de investigación

1. ¿Cuál es el tipo de apego que existen en la vida del alcoholíco?
2. ¿Qué tipos de pareja se establece en una relación?
3. ¿Cuál es la influencia del alcoholismo en la vida de pareja?
4. ¿Qué factores psicológicos determinan la elección de pareja?

1.5 Objetivo general de la investigación

Determinar la Influencia de los estilos de apego en la elección de pareja en personas con alcoholismo de una clínica privada en el Estado de Morelos.

1.5.1. Objetivos específicos de la investigación

- Definir el apego en la elección de pareja cuando uno de los integrantes presenta alcoholismo en una clínica privada del Estado de Morelos.
- Conocer el funcionamiento de una clínica privada de adicciones en el estado de Morelos.
- Identificar la relación que hay entre el apego y los tipos de pareja en personas alcohólicas de una clínica privada del Estado de Morelos.
- Explicar en qué consiste un trastorno de alcoholismo en una clínica privada del Estado de Morelos
- Describir qué es una pareja con alcoholismo de una clínica privada del Estado de Morelos.

1.6 Justificación

Esta investigación resulta relevante debido a que los estilos de apego que desarrolla una persona en la infancia influyen de manera directa y de forma significativa en los procesos de elección de pareja en la adolescencia y en la vida adulta.

Actualmente existen varias personas que se encuentran en una relación de pareja en el que existe un consumo de alcohol excesivo que afecta las relaciones interpersonales del sujeto, por tal motivo se pretende saber el factor que influye en la elección de pareja con consumo excesivo de alcohol, ya que día con día se asimila como un hecho normal o cotidiano que está permitido dentro de la aceptación de la pareja contemporánea.

La teoría de Bowen, (1979), sobre la diferenciación permite comprender las diversas situaciones complejas que vive una pareja y se resalta que los seres humanos tienen la necesidad de sentir una conexión emocional e individualidad, por ello se dice que cada individuo necesita sentir que son una entidad diferente que fluirá a lo largo de su vida y que al mismo tiempo pertenecen a grupos, familia y pareja, es decir que se requiere de otros para tener las conexiones emocionales interpersonales.

Se considera que el estilo de apego seguro son los que presentan los niveles más altos de satisfacción con su pareja y que los individuos que presentan el estilo desentendido son los que presentan un nivel inferior, por las inseguridades que presentan (Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su asociación con la satisfacción marital; Mónica Guzmán y Paula Contreras, 2012).

Por tal motivo los Psicólogos están interesados y les resulta importante trabajar con los factores que influyen en una relación de pareja y los estilos de apego que un individuo vive en la infancia con sus progenitores, ya que la combinación de estos dos factores lo convierten en una situación cada vez más compleja y difícil de entender, por ello se pretende profundizar y analizar la problemática que presenta dicha investigación.

1.7 Alcances y limitaciones de la investigación

1.7.1 Alcances de la investigación

El presente estudio exploratorio investigará los diferentes estilos de apego y su relación con la posible elección de una pareja con problemas de alcohol en una clínica privada del estado de Morelos.

Con base en los resultados encontrados en la presente investigación se pueda realizar un taller psicoeducativo a manera de prevención y sensibilización para los usuarios de la clínica privada que presentan esta dificultad, el cual a su vez podrá servir como modelo y guía para futuras intervenciones.

1.7. 2 Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones de esta investigación destaca la falta de honestidad en las respuestas emitidas por los encuestados, el escaso interés al responder la encuesta, la prohibición de la clínica privada a la aplicación de entrevista o pruebas que consuman mucho tiempo y la tajante ley de la privacidad de la clínica.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Institucional

La presente investigación se realizó en una clínica privada ubicada en el estado de Morelos, la clínica, está situada en el municipio de Cuernavaca, cuenta con los servicios básicos (luz, agua, drenaje), es una población perteneciente a la clase media alta, cuenta con 2 salones de área común, terraza, jardín, cancha de tenis, tres baños completos, dos consultorios psicológicos, un médico y siete cuartos.

La institución ofrece:

- ✓ Residencia para varones voluntarios e involuntarios
- ✓ Una clínica exclusiva y especializada solo para mujeres

La clínica es de orden privado, con un horario de atención especializada de 24 horas, cuenta con el área directiva, área de atención médica, nutrición, área psicológica y área recreativa.

2.2 Marco Referencial

Con base a (Díaz C.) El comportamiento adictivo consiste en la dependencia de sustancias que impactan al sistema nervioso central y las funciones cerebrales, provocando cambios significativos en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son múltiples, de acuerdo al tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume.

Cuando las personas han desarrollado una dependencia al consumo de drogas, presentan problemas para abstenerse de consumir drogas.

La teoría del aprendizaje social, nos explica que el consumo de drogas comienza como una decisión voluntaria con el propósito de disminuir el malestar emocional o experimentar un placer intenso. Una vez que la persona ha desarrollado una adicción presenta dificultades para controlar su consumo de drogas.

Por el lado contrario existe la teoría relacional que nos explica que en algunas ocasiones el consumo de alcohol se ve inmerso desde temprana edad en el entorno del

niño agregando que los infantes se identifican con quien les brinda los primeros cuidados, no por lo que esa persona es, sino por lo que hace.

En un principio la mayoría de las personas que consumen drogas inician por imitación de sus pares o modelos. El proceso de imitación inicia por dos procesos, la observación y el desempeño.

En el génesis de las conductas adictivas, el modelamiento juega un papel fundamental en la transmisión de actitudes proclives al consumo de drogas y también en la construcción de formas de evitación de experiencias emocionales que resultan amenazantes para la persona. En la sociedad contemporánea las personas se están esclavizando al consumo de drogas y otros hábitos compulsivos. Estos hábitos enajenantes que viven las personas en la actualidad afectan sus procesos espirituales, relacionales y sus vínculos afectivos.

La sociedad global condena a las personas a vivir una vida llena de presiones que promueven la enajenación, el individualismo y la competencia. Este estilo de vida genera el fenómeno conocido como dislocación social, a través de este proceso la gente se adapta a las condiciones buscando crear distractores emocionales que mitiguen un poco un malestar y falta de sentido de vida. La sociedad contemporánea se ha especializado en la creación de sustitutos de la satisfacción y vinculación afectiva por acciones centrada en el hedonismo y el placer inmediato.

La desconexión emocional que se configura a partir de las relaciones sociales propuestas por el sistema social capitalista es una de las claves para el desarrollo de una adicción.

El Dr. Bruce Alexander aporta interesantes reflexiones sobre este fenómeno y nos dice lo siguiente: “la adicción ha sido siempre parte del drama de la existencia social humana, mucho antes de que se redujera a un pecado, una enfermedad cerebral, o un problema de drogas y alcohol por parte de los médicos y moralistas del siglo XIX” (Alexander, 2016).

El comportamiento adictivo es un patrón que contiene múltiples elementos que interactúan de manera compleja y progresiva, que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y familiares.

El fenómeno de dislocación se relaciona con la adicción debido a que produce un patrón comportamental de evasión afectiva y excesivo involucramiento por parte de la persona, hacia el consumo abusivo de drogas y una escasa habilidad para controlarlo a pesar de las consecuencias negativas que enfrenta la persona y la familia.

Las adicciones han sido un fenómeno que ha modificado radicalmente a la sociedad, trayendo consigo un cambio importante en el estilo de vida y en las relaciones interpersonales que se establecen en los grupos sociales.

La propuesta de trabajo con adicciones desde un enfoque Gestalt nos permite hacer un giro de la visión tradicional que describe a la adicción como una enfermedad cerebral crónica tendiente a la recaída, que se caracteriza por una fuerte predisposición genética, así como la exposición a factores de riesgo.

Desde el enfoque Gestalt la adicción es vista como un proceso intrapsíquico pero principalmente relacional donde la persona limita sus modos de relación o procesos de frontera, creando así pautas repetitivas y estereotipadas que imposibilitan un contacto satisfactorio. Esto produce un estado de frontera inflexible que lleva a la persona a permanecer en estado de aislamiento, enajenando a la persona de sus necesidades hasta el punto donde la única relación que mantiene la persona con adicción es con la droga y los compañeros de consumo.

Esta propuesta se consolida con las investigaciones llevadas a cabo en la Universidad Simon Fraser que ha realizado el Dr. Alexander en el laboratorio de ratas donde encontró algunos hallazgos que identificaban al comportamiento adictivo como una manifestación de un proceso de dislocación social, esto se explica, porque las ratas que desarrollaban adicción se mantenían aisladas y no tenían otras cosas que hacer además de consumir drogas. Por eso se construyó un parque "Rat Park" donde las ratas tuvieron otros estímulos como diversión, comida, túneles y otras ratas con quien convivir.

Al estar expuestas a una socialización nutricia las ratas no se vieron afectadas severamente por el agua con droga y sobrevivieron a diferencia de las ratas que se encontraban aisladas. Algo semejante a lo que sucedió con ratas aconteció con los soldados que asistieron a la guerra de Vietnam donde de acuerdo con la revista Time donde aproximadamente el 20% de esta población desarrollo un comportamiento adictivo, no obstante, al regresar a casa el 95% de estas personas dejo las drogas y pocos fueron los que recibieron un tratamiento profesional.

Tomando como referencia esta visión de la adicción la psicoterapia Gestalt es un modelo teórico que permite comprender cómo sucede el proceso de contacto interpersonal como posibilidad de disminuir los efectos de la dislocación social. Cuando hablamos de contacto los fundadores de la Psicoterapia Gestalt mencionan lo siguiente “Contacto es consciencia inmediata y comportamiento hacia la novedad asimilable y también el rechazo hacia la novedad no asimilable” (Perls ,Heferline, Goodman, 2002, pág. 9).

La psicoterapia Gestalt nos brinda la posibilidad de comprender el fenómeno adictivo como un proceso donde la persona evita el contacto organismo con el ambiente por considerar amenazante la experiencia emocional y por este motivo se aísla de los procesos relacionales estableciendo un fuerte vínculo con la sustancia que le permite evitar el contacto con el entorno.

La persona tiene distintas formas de relacionarse con su entorno, para movilizar su energía hacia la interacción. Cuando la persona se siente confiada y segura es capaz de establecer un contacto pleno con las experiencias que van surgiendo en sus interacciones. Pero cuando la persona experimenta amenaza emocional surgen formas de relación que le permiten evitar contactar con esas experiencias.

En el caso del comportamiento adictivo la persona percibe un entorno o una relación amenazante, desarrollando así un modo de relación evitativo que se mantiene a través del aislamiento de las relaciones emocionalmente significativa y la búsqueda de placer inmediato a través del consumo continuo de la sustancia.

La evitación del contacto con el ambiente desarrolla un proceso estereotipado que genera un estado de frontera igualmente rígido que provoca pautas repetitivas que impiden a la persona vivir de manera satisfactoria y de acuerdo a sus necesidades. En el caso de las personas con adicciones existe una progresión paulatina de estos modos de relación evitativos, de esta manera, la droga se convierte en un soporte integral para la persona (físicamente, emocionalmente y socialmente) a pesar de las consecuencias negativas que le provoca.

El comportamiento adictivo se convierte en patológico cuando se conforman como un hábito evitativo que produce aislamiento permanente y no permite la flexibilización hacia las necesidades emocionales.

Es entonces cuando el comportamiento adictivo se convierte en una enfermedad. La enfermedad surge cuando la persona busca controlar sus estados emocionales y los factores ambientales a partir del consumo compulsivo de drogas, trayendo consigo el desarrollo de comportamientos y pensamientos tendientes hacia el mantenimiento del hábito de consumo, dejando de lado los vínculos afectivos, teniendo como principal fuente de estímulo y placer el consumo de drogas.

La adicción se mantiene por el deseo de la persona por evadir sus miedos, debilidades, culpas, vergüenzas, necesidades y sentimientos por considerarlos inapropiados.

Las causas por las cuales las personas se habitúan al consumo de drogas de acuerdo a la visión de la psicoterapia Gestalt son:

Experiencias obsoletas como sustento de vida.

- Introyectos que afecta el autoconcepto de la persona.
- Asuntos inconclusos o experiencias traumáticas en relaciones emocionalmente significativas.
- Un profundo sentimiento de vergüenza.
- Pérdida del sentido de vida.
- Desconexión emocional
- Pérdida de valores

El consumo de drogas, desde el enfoque de la psicoterapia Gestalt, consiste en un proceso continuo que va desde el consumo experimental, consumo recurrente, abuso, hasta desarrollar una dependencia. La persona desarrolla el hábito de consumir drogas de manera estática hasta el punto de poner sus necesidades en el fondo y convertir la droga en la figura de su vida. Conforme la persona desarrolla una dependencia, se va fortaleciendo los procesos de fronteras que configuran una enfermedad, al par de esto, el resto de las experiencias relacionales se vuelven secundarias o irrelevantes.

La persona cae en una profunda desconexión que le impide tener conciencia de la experiencia aquí y ahora. Cuando esto sucede la persona se vuelve incapaz de satisfacer sus necesidades y solucionar sus problemas. La droga es la figura constante que vive la persona con problemas de adicción, en esta experiencia no se puede concluir de manera satisfactoria y se crea un patrón repetitivo y compulsivo que provoca un estado patológico.

La propuesta de trabajo Gestáltico con adicciones se enfoca en promover la reactivación de la conciencia orgánica en la persona con el fin de restablecer el contacto emocional y flexibilizar los procesos de frontera o modos de relación de la persona. El terapeuta Gestalt, se enfoca en frustrar los intentos de evadir el contacto emocional de la persona e invitar a la persona a tomar el riesgo estableciendo contacto con sus emociones y necesidades para desarrollar su potencial, para pasar del apoyo del externo al auto-apoyo.

Cuando hablamos de auto-apoyo hacemos referencia a la capacidad que tiene la persona de reconocer sus necesidades y satisfacerlas. Esta búsqueda implica un riesgo emocional para la persona, donde se procura superar los miedos irracionales que han mantenido la adicción.

2.3 Marco Histórico

Citado en (Palacios J. &, 2014) El desarrollo de los diversos aspectos de la vida emocional y el modo en que factores temperamentales y relacionales marcan diferencias en todos estos campos será objeto de una revisión general. Finalmente, se analizan las primeras relaciones con los iguales y el papel de los padres y educadores en la adquisición y desarrollo temprano de la competencia social infantil.

Para entender el desarrollo del apego en los primeros años conviene tener en cuenta cuatro sistemas relacionales, dos de los cuales están presentes desde el momento del nacimiento (el sistema exploratorio y el afiliativo), mientras que los otros dos hacen su aparición a partir de los 6 meses (sistemas de apego y de miedo o cautela ante extraños).

Sistemas relacionales en el primer año de vida
Sistemas relacionales presentes desde el nacimiento

- Sistema exploratorio o tendencia a interesarse por el mundo físico y social y a conocerlo. Al estar presente desde el nacimiento, los bebés actúan en sus primeros meses sin ningún miedo o temor: tocan, chupan y examinan todo lo que está a su alcance; a la vez, están en estado de alerta ante todo lo nuevo que puedan ver, oír, oler, etc. Son, en definitiva, verdaderos exploradores del mundo, para ellos enteramente nuevo.

- Sistema afiliativo o tendencia a interesarse por las personas y establecer relaciones amigables con ellas. Presente desde el nacimiento, se mantiene activo durante toda la vida. En los primeros meses, el niño no manifiesta preferencia por unas personas u otras y tampoco le producen ningún temor las personas desconocidas. Por ello, en los primeros meses son los adultos los que deben cuidar totalmente de los niños, teniéndolos en sitios seguros y evitando que se acerquen a ellos personas o animales peligrosos.

Sistemas relacionales que aparecen hacia la primera mitad del primer año de vida

- Vínculo de apego con una o varias personas con las que el bebé procura mantener la proximidad y una interacción privilegiada. Es el sistema relacional básico,

que una vez formado va a regular en buena medida los demás y, sobre todo, va a determinar el tipo de relación que el niño establecerá con las personas y, hasta cierto punto, con las cosas y las situaciones.

- Miedo ante los desconocidos o tendencia a relacionarse con cautela o incluso a rechazar a las personas desconocidas. El que los niños acaben o no dando una respuesta de miedo depende fundamentalmente de la «evaluación» que ellos mismos hacen en función de factores tales como el grado de control que tienen de la relación con el desconocido, la intrusividad del desconocido, la presencia o ausencia de la figura de apego, etc. Este sistema permite al niño identificar peligros potenciales para así pedir ayuda.

2.4 Antecedentes de apego

(Larocca, 2011) Especificó que el concepto de apego evolucionó del psicoanálisis, en particular de la teoría de las relaciones afectivas. El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportó a la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos psicológicos que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien intentó mezclar los conceptos provenientes del psicoanálisis y de la teoría de sistemas para explicar el lazo del hijo con la madre.

De esta forma, Bowlby definió al apego como "la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarán protección" Desde esta perspectiva, la conducta de apego parece ser un componente más de entre las heterogéneas formas de conducta comúnmente clasificadas como parte de la categoría de conducta dictada por la necesidad y el temor.

(Ainsworth, 1983), lo definió como aquellas conductas que favorecieron ante todo la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos figuran: señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), orientación (mirada), movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Los comportamientos son mutuos y recíprocos.

(Sroufe, 1977) Describieron el apego como "un lazo afectivo entre el niño, quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta".

(Yarnoz, 1993) señalaron que "el apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad".

Por lo mencionado anteriormente se puede entender que el apego ha tenido importancia desde décadas pasadas hasta la actualidad, ya que sirve como base para establecer vínculos afectivos, al igual que seguridad ante las circunstancias que ocurren a diario en un ambiente psicoafectivo.

2.4.1. Definición del apego

La conducta de apego es definida por Bowlby (1983) citado en (Repetur, 2005) como "cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta".

En este mismo orden de ideas (Repetur, 2005) explicó el concepto de apego como la disposición que tiene un niño o una persona mayor para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento.

De la misma manera, (Barudy, 2013) señalaron que para adquirir un apego seguro el adulto inicia la interacción ofreciendo mensajes gestuales de cariño y ternura al niño, posteriormente el niño responde gratificando al adulto por medio de afecto.

El niño/a interioriza que es querible y que puede influenciar positivamente en la relación padres e hijos, a través de esta relación se refuerza su confianza que sirve como base para desarrollar su autoestima y consolida un apego seguro.

En palabras de quien redacta la infancia influye de manera directa en las decisiones futuras sobre los procesos amorosos de la vida adulta, por ello resulta de gran importancia comprender como se da el proceso de apego a partir de las experiencias interpersonales más tempranas del sujeto que influyen en el funcionamiento psicosocial de la persona.

2.4.2 Tipos de apego en la niñez

Shaver & Hazan, (1987) citado en (Barroso, El apego adulto: La relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y dinámica de la pareja, 2014) definieron el proceso amoroso como: “aquel proceso que puede ser entendido desde los patrones de apego que se forman en la infancia y se mantienen a lo largo del ciclo vital”. Si la historia y estilo de apego es seguro se manifiesta una relación más positiva y satisfactoria.

Por lo anterior para estos autores existen tres tipos de apego citado en (Márquez, 2009).

Apego seguro: Relacionado con la confianza, cercanía, autonomía, ideas más realistas, compromiso, intimidad y más satisfacción en el vínculo de pareja por lo cual tiene una mejor selección y entendimiento de la misma.

Apego ansioso: Se asocia con relaciones dependientes y continúa necesidad de confirmación de ser amado, poca autonomía, miedo a no ser amado y valorado de forma recíproca, miedo a la pérdida, celos frecuentes e incontrolables, ideas distorsionadas sobre el amor, dificultad para terminar una relación.

Apego evitativo: Se basan en relaciones desconfiadas y distantes con pseudo autonomía emocional, miedo a la aproximación íntima, dificultad para establecer

relaciones, dificultad para las manifestaciones afectivas, ideas pesimistas sobre el amor, aparente fácil ruptura, inseguridad oculta.

A lo largo de la vida adulta las personas adquieren el apego correspondiente con base a las experiencias que tuvieron en su infancia que se ven reflejadas en su estilo de apego en la vida adulta, cabe mencionar que cada quien tiene experiencias distintas que marcan su vida de forma significativa y única que los diferencia de los demás.

En cuanto a Mikulincer & Shaver, (2011), citado en (Loinaz, 2012) mencionaron que los procesos de apego influyen de manera directa en la expresión de la ira y muestra de afecto en la pareja, dichos procesos resaltan los distintos tipos de problemas interpersonal en una relación.

Cotidianamente los problemas de los sujetos con apego evitativo tienden a expresarse solo de forma indirecta, es decir prefieren reprimir sus problemas y no enfrentarlos.

Los sujetos con apego ansioso tienen tendencia a intensificar el estrés y a hablar demasiado sobre sus experiencias estresantes. Sin embargo, su miedo a la separación, el deseo de ser amados y su alta dependencia emocional pueden hacer que eviten expresar las inconformidades con su pareja, quedándose ellos mismos.

2.4.3 Estilos de apego adulto

Por otro lado (Riso, 1999) señaló que en la etapa adulta existen nueve diferentes tipos de apego:

Apego a la seguridad/protección: Se presenta cuando la persona es incapaz de hacerse responsable de sí misma, y para sobrevivir necesita a alguien psicológicamente más fuerte y capaz de transmitirle “estar a salvo”, en muchas ocasiones las personas que presentan este tipo de apego tienen baja autoestima (no soy capaz de bastarme a mí mismo).

Estabilidad/confianza: en ciertos individuos la búsqueda de la estabilidad afectiva está asociada a un intenso temor a sentir el abandono y está relacionado a una hipersensibilidad al rechazo, prefieren tener algo seguro a estar solo, ya que la persona pueda causarle daño está acompañada y se siente protegida.

Manifestaciones de afecto: en este tipo de apego la persona se siente poco atractivo y carece de autoestima por lo que les resulta necesario una constante manifestación de afecto que compruebe que lo aman y que es digno de ser amado, cabe mencionar que desde el comienzo en el acto de conquista la persona se siente poco agraciado y comienza la relación con vulnerabilidad a la ruptura amorosa.

La manifestación de admiración: en las relaciones afectivas cuando una persona se siente reconocida y con una admiración por parte de la pareja se lleva a cabo una exaltación al ego y se desarrolla el proceso de apego, ya que anteriormente se sentía poca cosa y creía que no era digno de ser admirado y amado.

Bienestar y placer: regularmente el apego se le reconoce como algo contraproducente, aunque ciertas formas de dependencia son vistas “normales” o permitidas por la sociedad.

Apego sexual: adictos al erotismo y dependientes del otro en el acto sexual consensuado, los problemas se “resuelven en la cama”.

Mimos/contemplación: el contacto físico es el que gobierna la relación (es libre de todo contacto sexual), al igual que las manifestaciones de cariño como los abrazos, besos entre otras.

Compañerismo/afinidad: el ser amiguisimo y la buena compañía mutua mantiene la relación íntimamente fuerte.

Convivencia tranquila y en paz: se da comúnmente después de los 40 años, cuando la pareja está dispuesta a cambiar pasión por tranquilidad, ya que muchos prefieren la calma hogareña.

Con referencia a esta situación (Barroso, 2014) explicó que el estilo de apego desarrollado por una persona en su infancia influye de manera significativa en los procesos de elección de pareja así como en la calidad de las relaciones afectivas que establecerá en la edad adulta. Siendo la combinación de dos personas con apego seguro en la relación de pareja la que está asociada con niveles de satisfacción más altos y la combinación de un miembro con apego evitativo y otro miembro con estilo temeroso es asociado a niveles más bajos.

2.5. Antecedentes de pareja

La pareja es el grupo social más pequeño que se encuentra dentro de las relaciones interpersonales, ha tomado gran relevancia en cuanto a las investigaciones, por ser la unidad más diminuta de relación social posible. Muchos han sido los que han investigado y escrito sobre el tema, y es por eso que da una visión amplia sobre éste.

Citado en (Carrillo, 2004) Donatelle et al (2001) afirman que la relación interpersonal más significativa para el ser humano es la pareja, basándose en tres aspectos para definirla: El primero es interdependencia de comportamiento, la cual se refiere al impacto que cada uno de los miembros de la pareja tiene sobre el otro que a lo largo del tiempo se vuelve más fuerte. El segundo aspecto es la satisfacción de necesidades psicológicas como: aprobación, intimidad, integración social, ayuda, afirmación, etc.

Esto es, que cada miembro de la pareja abre sentimientos, comparten secretos y se ayudan el uno al otro. El tercer aspecto que toman en cuenta es el apego emocional, este se refiere a que las relaciones de pareja se basan en lazos fuertes de apego emocional o sentimientos de amor y unión.

Por otra parte, desde el enfoque de la teoría sistémica; la pareja puede ser definida como un sistema abierto, circular y estable (Bueno 1985). Se considera a la pareja como un sistema abierto porque está compuesto por el subsistema hombre/mujer y forma parte de otros suprasistemas como la familia, comunidad, sociedad, etc.

La pareja es un sistema circular porque se ve inmerso en un estado constante y dinámico en donde cada una de las partes está relacionada con las otras partes siendo la conducta de cada uno producto de su estructura interna de personalidad, así como del conjunto de circunstancias que lo rodean.

Desde el punto de vista biológico Higashida (1996) consideró a la pareja como un producto de la naturaleza ya que es una unidad de procreación para la continuación de la especie. Así mismo afirmó que existen personas que toman en

cuenta dos factores biológicos para la elección de la pareja; la edad y la apariencia física; y una vez ya elegida la pareja viene la etapa en la que se lleva a cabo una interacción personal, familiar y social. De esta interacción puede surgir la aceptación o el rechazo.

Al respecto en una serie de estudios realizados por Buss (1989) teniendo como muestra más de 10,000 individuos en 37 culturas diferentes encontró que los hombres de todo el mundo le dan más importancia que las mujeres a la apariencia física prefiriendo así a las mujeres que se ven más jóvenes y atractivas. A diferencia de las mujeres generalmente reportan importarles más el estatus social, la ambición de su pareja y el proyecto de vida.

Tordjman (1989) explicó que la elección de pareja se da a un grupo original llamado a construir un vínculo propio y a funcionar según su propia organización. Este grupo accedió a una organización interna en la medida en que tiene un pasado y, sobre todo, perspectivas de duración. Al respecto Fromm, (Citado por Villanueva, 1985), mencionó que la elección de pareja cobra gran importancia para el individuo al final de la adolescencia. En esta etapa la persona toma conciencia que ella es la responsable de su vida y que necesita cubrir sus necesidades de relación y arraigo, las cuales sólo pueden satisfacerse a través del amor y la fraternidad. Al respecto Erickson afirma que una de las tareas más importantes de la adolescencia es la elección de pareja.

Dowdy y Kliewer (1998) en un estudio donde se entrevistaron a 153 estudiantes de una preparatoria encontraron que la mayoría de los adolescentes han tenido experiencia de relación de pareja dentro de los dieciséis años y muchos de ellos establecen relaciones formales y serias. Resultados similares fueron reportados por Neeman, Hubbard y Masten (1995). Ellos encuestaron 176 adolescentes de 14 a 19 años de edad, acerca de su experiencia en pareja. El 43% de los participantes reportaron encontrarse en una relación de pareja estable, 38% indicaron que tenían una pareja, aunque no estable y sólo el 19% no tenían pareja.

La elección de pareja depende de muchos factores y circunstancias. Leñero (1987) tomó en cuenta tres factores importantes que tienen que ver con la elección de pareja: primero una homogamia de origen, es decir, la búsqueda de pareja entre quienes tiene más características sociales en común; como segundo factor se encuentra que tengan valores en común, como: la forma de ver la vida, proyecto de vida, etc.; y en tercer lugar características complementarias a la personalidad.

Tordjman (1989) mencionó que la elección de pareja es dada por la elección amorosa que incluye y concluye en una relación duradera. Para esto existen dos tipos de determinantes en la elección de pareja: a) las determinantes socio culturales que son las diferentes entidades como familia, escuela, trabajo, etc., con las que el individuo está en contacto durante la mayor parte de su desarrollo. b) Las motivaciones inconscientes, que son impulsos instintivos, experiencias reprimidas, infancia, memorias y los deseos fuertes pero insatisfechos.

Los determinantes sociales que van a determinar la elección de pareja son: educación, contexto socio – cultural, condiciones económicas y geográficas. (Lemaire, 1986). Por otro lado, las motivaciones inconscientes que determinan la elección de pareja son los impulsos instintivos, las experiencias reprimidas. La infancia, las memorias y los deseos fuertes pero insatisfechos (Revee, 1994).

Al respecto, Freud (citado por Tordjman, 1989), agregó que se elige a la pareja orientándose hacia dos sentidos principales: el primero es la petición a la pareja de algo que se carece, y el segundo es la petición a la pareja de compartir una parte de nosotros mismos.

Por otro lado, Satir (1978) afirmó que los miembros de una pareja eligen compartir sus vidas conociendo sólo una faceta de la personalidad de cada uno, y cada uno espera que el resto de la personalidad esté de acuerdo con la parte ya conocida. Así mismo habla de que la elección de pareja es realizada por una

persona congruente, que está desarrollada sexualmente de forma normal y que está atraída por un miembro del sexo opuesto, y que además la persona elegida sea a su vez, igualmente desarrollada. Agregó también la idea de que la mayoría de la gente quiere un matrimonio diferente al de sus padres, sin embargo, tienden a escoger lo conocido. Esta tendencia no está dada por herencia, sino por seguir modelos familiares.

Como hemos visto son varios los autores y varias las posturas que tienen en común el mencionar que la pareja es una de las facetas más importantes y significativas de la vida del ser humano que establece en sus relaciones interpersonales, puesto que hay una continua interacción con los miembros que influyen de manera directa en el funcionamiento de una persona.

2.5.1. Concepto de Pareja

(Maureira, 2011) Redactó que la relación de pareja es una dinámica relacional humana que va a estar dada por diferentes parámetros dependiendo de la sociedad donde esa relación se desenvuelva.

Estudiar el fenómeno de ser pareja amerita conocer el contexto cultural en donde ambos individuos han sido formados y donde se desenvuelven, ya que esto influirá directamente en la forma en que ambos ven y actúan dentro de una relación.

Por ello en palabras de quien redacta el concepto de pareja se definió como la unión de dos personas, generalmente un hombre y una mujer, que tienen el propósito específico de consolidar una relación entre ellos que permita la formación, desarrollo de la familia y su evolución dentro del marco social en el que se encuentran inmersos.

Una pareja no existe aislada del mundo externo, se mueve en una comunidad con ciertos valores y reglas que la regulan, a su vez se ven afectadas la interacción de dicha pareja; así mismo es de gran importancia poner atención en las características únicas e individuales de cada miembro, ya que influyen de forma significativa en su desarrollo e interacción y por ende en su relación.

(Ilabaca, 2013), mencionaron que, si bien la vida en pareja pareciera aumentar el bienestar de las personas, los dos miembros que la componen deben construir una identidad particular para lograr la integración y acomodación de ambas individualidades, lo que no resulta fácil en la actualidad.

Para ello (Haley, 1968), mencionó que el que dos personas decidan formar una pareja, no implica solo un compromiso, sino la elaboración de acuerdos necesarios para acordar nuevas maneras de relacionarse con sus familias de origen y con los aspectos básicos de su vida en común.

2.5.2. Las etapas que la pareja atraviesa en su ciclo vital.

La pareja, entendida como un sistema, pasa por varias etapas desde el momento de conocerse, cada uno con sus características diferentes hasta consolidación de una pareja formal y estable.

Es importante entender a la pareja como un sistema en un continuo cambio, y no como un constructo fijo y rígido (Díaz, 1999) citado en (Estévez, 2013), las categorizó en trece diferentes etapas:

Extraños: Evaluación del físico, no acercamiento, no emociones, curiosidad, desconfianza, timidez, incomodidad, indiferencia, precaución, plática trivial.

Conocidos: Poca cercanía, encuentros casuales, sonrisas, saludos, buscan afinidades, no se perciben defectos, confianza limitada, simpatía, tranquilidad, alegría, amabilidad, respeto.

Amistad: Interés en mayor cercanía, solidaridad, motivación afectiva, cariño, confianza, simpatía, felicidad, emoción al verse, conversación más íntima, apoyo mutuo, sinceridad y respeto.

Atracción: Emociones diversas al ver a la persona, felicidad al verse, apoyo incondicional, respeto, simpatía, mayor cercanía.

Pasión: Entrega efímera sin medida, irracionalidad, deseo sexual intenso, necesidad constante de cercanía, amor, cercanía física, continua, erotismo, sensualidad, besos, caricias, comunicación.

Romance: Ilusión, comprensión, ideal vívido, irracionalidad, compromiso, deseo, amor, felicidad, confianza, ternura, cariño, detalles, contacto físico íntimo, besos, abrazos, caricias.

Compromiso: Acuerdo a largo plazo, solidez en la relación, responsabilidad, formalidad, amor eterno, confianza, alegría, seguridad, creación de acuerdos, respeto y comunicación, matrimonio.

Mantenimiento: Consolidación del compromiso, estabilidad, crecimiento de la pareja, formación de la familia, lucha conjunta en enfrentamiento de problemas, sustento emocional, amor, confianza, monotonía, felicidad, cumplimiento de responsabilidades, apoyo mutuo y respeto.

Conflicto: Tensiones no manejadas, falta de entendimiento, problemas, deseo de solución del conflicto, búsqueda de ayuda externa, frustración, enojo, tensión, angustia, tristeza, comunicación inadecuada, peleas, agresividad, discusiones.

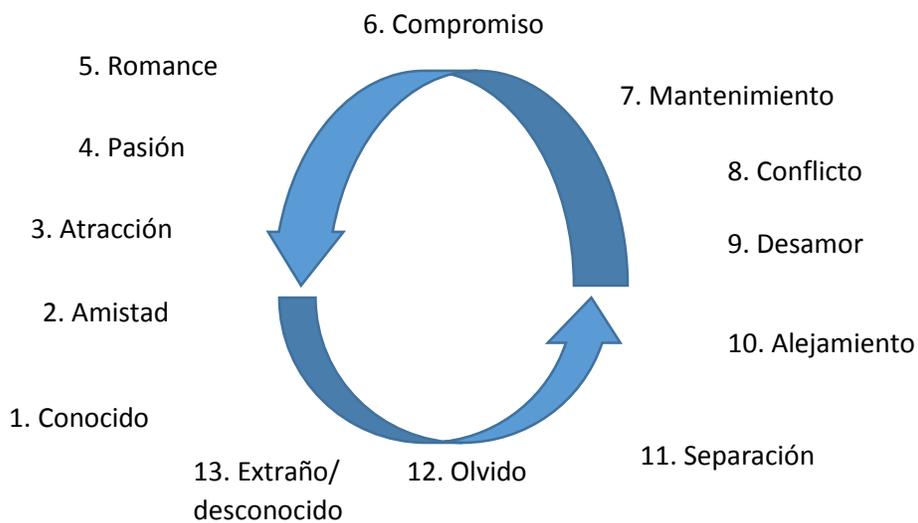
Alejamiento: Distanciamiento físico y emocional, pérdida de interés, incompreensión, hostigamiento psicológico, tristeza y depresión, frustración, dolor, hostigamiento físico, indiferencia, evasión, lágrimas.

Desamor: Evaluación negativa de la interacción, falta de amor y de interés, falta de ilusiones, no se quiere convivir, disgusto por interactuar y conocer, tristeza, depresión, enojo, dolor, soledad, rencor, evasión de la pareja, indiferencia, falta de respeto y lágrimas.

Separación: La relación se torna insoportable, atracción por otras alternativas, compromiso individual, final de la relación, decisión sana y necesaria, descontento, depresión, dolor, soledad, enojo, pérdida de comunicación y falta de respeto.

Olvido: Intentos por reintegrar a la pareja, reevaluación positiva, jamás se olvida totalmente y se intenta arrancar recuerdos, aceptación de la realidad, muerte afectiva de la pareja, ausencia de emociones y sentimientos positivos, tranquilidad, tristeza y depresión, indiferencia y falta de interacción.

Figura 1.1: Etapas del ciclo vital de una pareja. (Díaz, 2002).



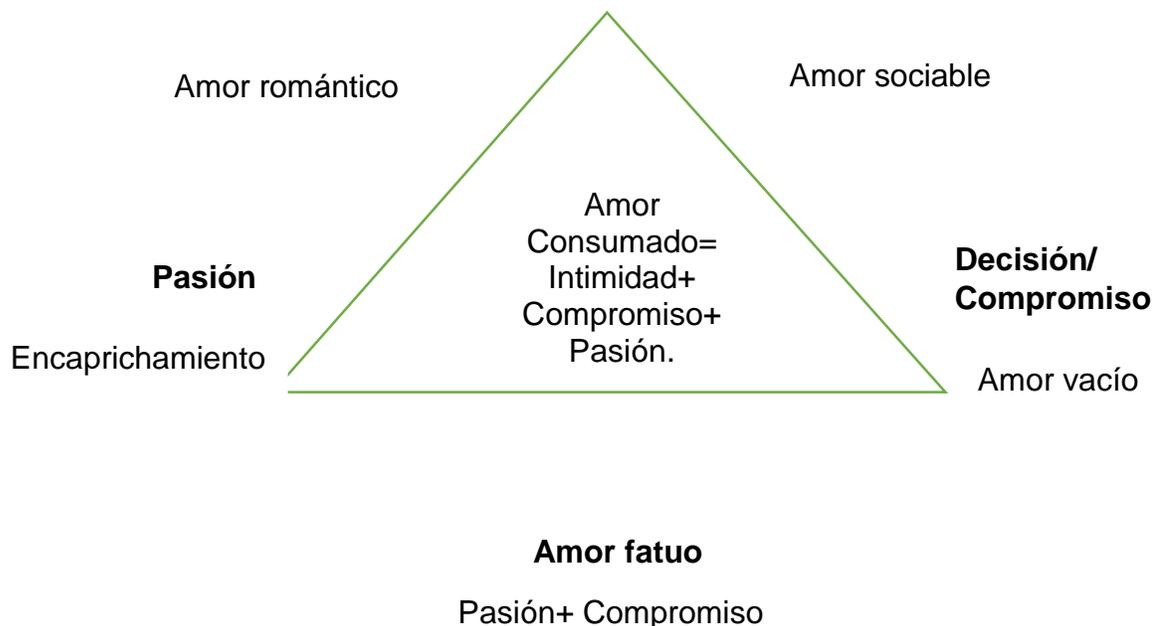
2.5.3. Tipos de pareja

(Sternberg, 1998), aseguró que cada persona además de contar con una historia personal sobre la relación amorosa, tiene también una concepción de la historia que comparte con su pareja.

Por tal motivo Sternberg explicó a través del triángulo amoroso el concepto de amor que se compone de tres elementos que son: Intimidad, Pasión y Compromiso, estos al combinarse entre sí irán a formar los diferentes tipos de amor para construir las diversas geometrías triangulares. De ahí que pueden aparecer distintos conflictos de

pareja, si los componentes no se encuentran en igual medida dentro de una misma relación.

Figura 1.2: Triángulo amoroso (Sternberg, 1998).



Para Sternberg, el amor se explicó en tres componentes que son: la intimidad, la pasión y la decisión / compromiso con esto se forman combinaciones y el resultado de estas son: el amor sociable, el amor fatuo, el amor romántico y el amor consumado.

La intimidad consta de diez elementos que son: el deseo de potenciar el bienestar del amado, sentirse feliz en compañía del amado, tener el amado en gran consideración, poder contar con el amado en los momentos difíciles, comprenderse mutuamente, compartirlo todo con el amado, recibir apoyo emocional del amado, dar apoyo emocional al amado, comunicarse íntimamente con el amado y valorar al amado.

El encaprichamiento / pasión: implica un estado de intensa nostalgia por la unión con la pareja, en gran medida es una exposición de deseo y necesidades, tales como la autoestima, la afiliación, el dominio, la sumisión, la satisfacción sexual, estas necesidades se manifiestan en la excitación fisiológica y psicológica a menudo inseparable una de la otra.

La pasión tiende a entretenerse con los sentimientos de intimidad y muchas veces se alimentan mutuamente, es probable que se desencadene en una relación interpersonal, pero la intimidad es indispensable para que esta conserve su vínculo de unión y de estrecha proximidad. En ocasiones la intimidad y la pasión actúan en contra.

El amor vacío es sólo decisión / compromiso: es la que consta de dos aspectos que son a corto y largo plazo. El aspecto de corto plazo consiste en la decisión de amar a cierta persona, mientras que el de a largo plazo constituye en mantener ese amor, estos no tienen por qué darse al mismo tiempo, sin embargo, la mayoría de las veces la decisión suele actuar antes del compromiso.

Continuando con Sternberg, las posibles combinaciones del triángulo amoroso varían dependiendo del desarrollo e interacción de cada pareja y regularmente son:

Intimidad + compromiso + pasión = amor consumado, el amor consumado: es la combinación de los tres componentes, en una misma proporción la cual, no garantiza, que perdure en el tiempo porque requiere un cuidado y una protección constante por parte de los dos miembros de la pareja.

Intimidad + compromiso = amor sociable probablemente de compañeros, el amor sociable (compañeros): se trata fundamentalmente, de una amistad comprometida y entregada con el otro.

A largo plazo, esta es una relación que se suele dar muy a menudo en los matrimonios en lo que la atracción física se ha extinguido.

Compromiso + pasión = amor fatuo, el amor fatuo: es el tipo de amor que en ocasiones asociamos con la televisión y otros noviazgos fugaces, en los que una pareja se conoce hoy se juran amor eterno y se casan de inmediato. Este es un amor necio, ya que ambos se comprometen teniendo la base de una pasión sin un elemento que estabilice la implicación íntima desarrollándose de una forma casi instantánea las cuales no suelen durar demasiado.

Pasión + intimidad = amor romántico, el amor romántico: se trata de un agrado, con un elemento añadido que es la atracción física. En este tipo de amor la pareja no sólo se siente atraída físicamente, sino también tienen unión emocional, se trata del amor romántico que podemos vincular con obras de literatura.

2.5.4 Factores que determinan la elección de pareja

Elegir una pareja no ha resultado un tema fácil ya que se ven involucrados diversos factores por ello (Bredow, 2008) citado en (Padilla, 2017), mencionó que en la actualidad y en la mayoría de las culturas, la elección de pareja recae principalmente en los propios individuos.

Esta elección de pareja debe incluir una evaluación de los motivos de ambas partes, ya que de no considerarlos se pueden presentar situaciones que deriven en daños y vergüenza, así como repercusiones morales, sociales o económicas derivados de esa incongruencia.

Con respecto a esta situación (Lemaire, 1992) citado en (Eguiluz, 2003) enfatizó que el individuo llega a la edad adulta realizando elecciones influenciadas por su educación, su contexto sociocultural, las condiciones económicas y geográficas en las que ha pasado su infancia. Todas estas variables entrecruzadas introducen muchos elementos que van a orientar sus decisiones futuras en las cuestiones amorosas, que son importantes al tomarse.

Por tal motivo, (Fraley & Roisman, 2012) citado en (Martínez, 2014) hicieron referencia a la importancia de adquirir un apego seguro desde la infancia puesto que

mencionan que es un factor muy importante para que la relación de pareja se mantenga estable, puesto que cuentan con un equilibrio mental que ayudará a resolver las diversas problemáticas que enfrenten en su vida cotidiana.

De acuerdo a lo anterior, la elección de pareja es un tema complejo que se ve influida por diversos factores que va desde la infancia hasta la vida adulta, dichos factores incluyen desde aspectos sociales, familiares, económicos y culturales; todos estos vértices forman el desarrollo interpersonal como social de las personas.

2.6. Antecedentes del alcoholismo

Citado en (Sánchez J. &, 2007) El concepto de enfermedad del alcoholismo aparece insinuado en algunas citas antiguas; sin embargo, es hasta el siglo XX que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico y de la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica.

A finales del siglo XVIII, Benjamin Rush en Estados Unidos definió la “ebriedad habitual” como una condición involuntaria, una enfermedad causada por los “licores espirituosos”. De sus escritos, se identificaron tres ideas sobre la enfermedad:

- El alcohol como causa del problema.
- La pérdida de control como síntoma característico.
- La abstinencia total como única cura efectiva.

La primera idea resulta insuficiente, aunque no errada; las dos segundas, novedosas para su época, conservan validez clínica y terapéutica en nuestros días.

A partir de la década de los años 30 se inician dos grandes revoluciones en el campo del alcoholismo cuyo escenario principal fue la ciudad de Nueva York. Los dos movimientos tuvieron como punto de partida la hipótesis del alcoholismo como enfermedad y ambos estuvieron más interrelacionados de lo que con frecuencia se reconoce. Estos movimientos son: el nacimiento de Alcohólicos Anónimos y el desarrollo de estudios científicos en el campo del alcoholismo.

En estos años, William D. Silkworth, médico que dedicó su vida profesional al tratamiento de alcohólicos, trabajaba en el Hospital Towns, un gran centro de desintoxicación para alcohólicos. Entre 1933 y 1934, Bill Wilson, futuro cofundador de Alcohólicos Anónimos, ingresó en cuatro ocasiones a dicho centro, a lo largo de las cuales entraría en fructífero contacto mutuo con Silkworth. El médico instruyó a Wilson en sus ideas sobre el alcoholismo como enfermedad. Por primera vez en su vida, Bill W. escuchaba un punto de vista sobre el problema de la bebida no como una falta de voluntad ni como un defecto moral, sino como una enfermedad auténtica.

En la misma década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la Dependencia del Alcohol dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Actualmente el alcoholismo ha aumentado considerablemente su aparición en la vida de los sujetos sin importar la edad; existe una relación causal entre el consumo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, por ello es que actualmente se le está dando más importancia a la implementación de acciones para disminuir el consumo de alcohol ya que no solo daña al consumidor si no también afecta al ambiente.

2.6.1. Definiciones de alcoholismo

Existen diversas definiciones sobre el tema de alcoholismo; una de ellas la dio (Guirao, 2010) quien mencionó que según la OMS “son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia ha alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, físicas y del inadecuado funcionamiento social y económico.”

De la misma manera la (American Society of Adiction Medicine , 2006) definió el alcoholismo como:” una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es usualmente progresiva y fatal. Se caracteriza por pérdida del control al consumir alcohol y puede ser en forma continua o periódica, con preocupación por el consumo de alcohol, continúan usando el alcohol a pesar de tener consecuencias

adversas y presentan distorsiones en el pensamiento, siendo lo más aparente la negación de su problema.”

(Centros de Integración juvenil A.C., 2010), definió el alcoholismo como una enfermedad crónica, progresiva, degenerativa y a menudo mortal por las complicaciones orgánicas que lo acompañan; es un trastorno primario, es decir, una enfermedad y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales.

Para el DSM V el alcoholismo es un trastorno por consumo de alcohol, se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo.

En palabras de quien redacta se llama alcohólico a aquellas personas que beben en exceso y que dependen del alcohol al grado tal de provocar un trastorno mental evidente o de intervenir en su salud mental, física y en sus relaciones interpersonales, ya que se ven severamente afectados, dicha problemática es derivada de diversos factores que no son los mismo para todos.

2.6.2. Tipos de alcoholismo

(Marconi, 1991), Clasificó el consumo de alcohol basándose en la cantidad y frecuencia del consumo

1. Abstinente total: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.
2. Bebedor excepcional u ocasional: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
3. Bebedor moderado: persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
4. Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol

semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.

5. Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

2.6.3. Signos y síntomas del alcoholismo

Existen algunos factores que condicionan al individuo a la hora de decidir iniciar el consumo, estos factores pueden definirse como factores de riesgo entendido como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas” Clayton (1992), citado en (Peñafiel, 2009) tales como lo son: factores biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales.

(Ahumada, 2017) Especificó que los signos y síntomas del alcoholismo se dividen en tres las cuales son:

Biológicos: La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.

Psicológicos: Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse

Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores.

2.6.4 Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El DSM V mencionó que los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol y de trastornos relacionados que las mujeres. Sin embargo, puesto que las mujeres suelen pesar menos que los hombres, tienen más grasa y menos agua

corporal, y metabolizan menos el alcohol en el esófago y en el estómago, son más proclives a desarrollar mayores niveles de alcohol en sangre por bebida que los hombres. Las mujeres que beben mucho son también más vulnerables a padecer las consecuencias físicas asociadas al alcohol, incluidas las afecciones hepáticas.

2.6.5. Criterios diagnósticos del DSM-V

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

- a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol, págs. 499-500).

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

2.6.6 Repercusiones del alcoholismo:

Las repercusiones del alcoholismo se ven manifestadas en las siguientes áreas:

Área familiar: (Bolet, 2003) , Señaló que el primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor, empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdos sin motivo aparente, malos tratos a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares.

Para tal razón (Díez, 2003), redactó que la familia se ve afectada en mayor o menor escala cuando uno de sus miembros padece el problema del alcoholismo. Dicho problema provoca situaciones tensas en el grupo familiar, perturba la convivencia en el hogar, además supone un importante impedimento para que se produzca un desarrollo normal en las relaciones afectivas, así como de la comunicación familiar.

La actitud de la familia con el miembro alcohólico ha sido y sigue siendo negativa y contraproducente. Entre la intransigencia y la condescendencia ha fluctuado tradicionalmente la actitud familiar hacia él.

Un hecho importante es la tendencia al ocultismo tanto por parte de la familia como del alcohólico, unas veces por desconocimiento o bien por considerarlo como “vicio”, otras veces porque el reconocimiento del problema traerá como consecuencia lógica tener que dejar de beber, que es precisamente lo que no se está dispuesto a hacer. No

obstante, es la incomprensión que muestra la sociedad, al no aceptar y asumir esta realidad, lo que propicia mayoritariamente el ocultismo.

De la misma manera (Ahumada, 2017), redactó que por tal motivo, se genera en las familias: el ser disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares con los padres/hijos, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco efectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, abuso físico/sexual y mala comunicación entre los miembros de dicha familia.

Área Personal: Mal estado de salud física y mental, estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores e inseguridad.

Área Escolar/trabajo: Comportamiento inapropiado (demasiado tímido o agresivo), deficiencia en el desempeño escolar o de trabajo, fracaso escolar, fracaso laboral, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de los deberes, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los compañeros, aislamiento del grupo, individualismo y la competitividad en forma negativa y amenazadora con otros individuos.

Por tal situación Cooper (1994) citado en (Palacios, 2012) describió que el consumo de alcohol se ha asociado con factores de tipo social y cultural, pero principalmente con motivos que propician su consumo. Las causas por las cuales los individuos beben alcohol se encuentran agrupadas en dimensiones que reflejan su valencia (positiva o negativa), y el origen (interno o externo); es decir, los individuos pueden beber para obtener resultados positivos (reforzamiento positivo) o para evitar uno negativo (reforzamiento negativo). Sin embargo, beber puede deberse a la búsqueda de una recompensa interna (manejar estados emocionales) o por buscar obtener recompensas externas (aceptación o aprobación social).

2.6.7 Estadísticas de alcoholismo en México

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia y que ha sido utilizada por diferentes culturas desde hace siglos. De acuerdo a datos del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), unidad especializada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de la (secretaría de salud, 2016), 63% de la población identificada en un estudio como consumidora de alcohol, son adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años de edad.

Las personas inician con el consumo de alcohol por diversas causas, principalmente la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que, en América Latina, el primer lugar de consumo de alcohol lo ocupa Chile con el 9.6 litros mientras que México ocupa el décimo lugar con un consumo de 7.2 litros. Una bebida alcohólica estándar contiene entre 12 y 15 gramos de alcohol.

Para la OMS un consumo excesivo es cuando una mujer ingiere más de 40 gramos y el hombre, 60 gramos. Se considera un problema de salud cuando se ingieren más de 50 gramos en el caso de las mujeres y 70 gramos en el caso de los hombres. Es importante señalar que el consumo de más de 60 gramos de alcohol también produce daños a la salud y es uno de los principales factores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de agente causante de más de 200 enfermedades, provocando a nivel mundial aproximadamente 303 millones de muertes al año.

(ENCODAT, 2017) Citó a Centros de Integración Juvenil quien redactó el último reporte, correspondiente al semestre del 2016, indicó que de un total de 2423 usuarios que acudieron por primera vez a tratamiento, el 20.1% (488 personas) correspondía a usuarios exclusivos de alcohol y poco más de la mitad fueron hombres (67.2 %); en su mayoría contaban con estudios de secundaria (42.8 %) y bachillerato (26.5%) y se dedicaban a alguna actividad laboral (38.1 %).

Cabe mencionar que la mayoría de quienes solicitaban tratamiento por el consumo de bebidas refirió haber acudido por recomendación familiar (38.3 %) y por iniciativa propia (38.1 %).

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol referidos por el paciente, la mayoría indicó tener problemas familiares (67.2 %), seguidos por quienes indicaron tener problemas psicológicos y de salud (38.5 % y 32.2 %), en tanto que un 27.7 % mencionó tener problemas escolares.

(Prensa, 2016) Morelos ocupa el 1° en el país con mayor consumo de alcohol, al estar por encima de la media nacional, informó Fernando Bilbao Marcos, durante su conferencia La prevención, en el contexto de la prohibición o despenalización del uso de drogas, en el marco del Coloquio Manejo y Prevención de Adicciones, que se realizó este día en la Sala de Rectores de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).

Bilbao Marcos precisó que a través de la Encuesta Nacional de Adicciones se dio a conocer que del 15% en hombres y el 3 % en mujeres morelenses, presentan problemas de alcoholismo, cifras que colocan a la entidad por encima de la media nacional.

2.6.8. Factores de protección del alcoholismo

(Debora, 2011), indicó que son múltiples las razones por las cuales las personas son vulnerables al consumo de alcohol. Esta alta vulnerabilidad, es producto de un conjunto de riesgos que surgen debido al proceso de desarrollo y a los cambios particulares que ocurren en la esfera neurológica, cognitiva y social.

Algunos factores de protección son citados por (Centros de integración juvenil, 2002):

Comunidad: Actividades humanitarias, sociales, prácticas y religiosas, actitud de rechazo hacia el consumo de drogas, escasa o nula disponibilidad de sustancias y apoyo social.

Escuela/trabajo: Gusto por el estudio/trabajo, Buena sintonía con las jerarquías, aceptación de normas, buenas relaciones con los compañeros y comunicación asertiva.

Familia: apego entre padres e hijos, vivir en una familia sin conflictos, actitudes en contra del consumo, normas y reglas claras acerca del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Individuales: Religiosidad, creencia en el orden moral, habilidades sociales, apego a los iguales que no consumen drogas, creencia en la autoeficacia, orientación social positiva, desinterés por experimentar situaciones de riesgo, evitar relacionarse con amistades con conducta delictiva, tener en cuenta la Importancia de la salud y el autocuidado y objetivos claros en su vida personal grado de satisfacción actual.

La presencia de un solo factor de protección no es garantía para que no vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso se produzca.

Interactúan sobre los factores de riesgo y los modulan en su relación de probabilidad respecto a los consumos de drogas, ejerciendo una función protectora.

2.6.9. Alcoholismo y pareja

Keiley et al y Stalans y Ritchie, citado en (Giménez, 2014) consideraron el consumo de alcohol como un factor de riesgo, pero no aceptaron que el alcohol pueda ser en sí mismo y él solo la causa directa de violencia familiar o de género.

Argumentaron que el comportamiento o conducta de un individuo bajo los efectos desinhibidores del alcohol va a ser similar al comportamiento del mismo individuo en estado sobrio, es decir, una persona que no es violenta no se transformará en violenta por encontrarse bajo los efectos del alcohol. Por el contrario, el que es violento sin haber bebido seguirá siéndolo, o aumentará su violencia cuando beba. Valoran, por tanto, que el consumo de alcohol puede suponer un incremento en la gravedad o de la frecuencia del empleo de la violencia en la pareja en ambos, con mayor frecuencia por parte del hombre hacia la mujer.

En el mismo orden de ideas (Jiménez, 2007) mencionó que la relación entre el alcohol y los celos es una creencia asentada tanto entre la población en general como

dentro del mundo médico y psiquiátrico en particular. Por otra parte, en estos años está aumentando el interés sobre los aspectos forenses que tienen los celos patológicos, ya que muchas veces son causa de grave violencia, homicidio y suicidio. Autores clásicos han descrito una alta prevalencia de celos patológicos en pacientes alcohólicos e incluso se llegó a dar a la celopatía un valor patognomónico de alcoholismo.

2.6.10. Tratamiento psicológico

Desde que los usuarios ingresan reciben la atención por parte de profesionales del área Psicológica y Psiquiátrica, como: Cuidados de síndrome de abstinencia y de otras patologías médicas agregadas, realización de estudios de laboratorio o gabinete y valoraciones psicológicas, luego, un informe médico y psicológico del estado general del usuario, en tan solo 15 días.

Se Cuenta con un equipo de especialistas: médicos, enfermeras, psicólogos y consultores; atención médica continua las 24 horas, terapia individual, grupal y familiar, actividades recreativas, pláticas educativas, meditación, manejo de estrés e complementación con grupos de ayuda mutua, pero sobre todo favorecer la recuperación y la integración al núcleo familiar del paciente.

TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL/ FAMILIAR: Intervenciones terapéuticas de naturaleza fundamentalmente verbal donde el objetivo es la reducción de síntomas a través de la modificación de patrones emocionales; a través de diferentes enfoques psicológicos como Cognitivos conductuales, psicodinámicos y Gestalt, para ayudarle al usuario a concientizar los patrones de comportamiento negativos provenientes desde la infancia.

PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: Está enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, combina técnica de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

TERAPIA ESPIRITUAL: El trabajo espiritual se da con el fin de que el usuario haga un contacto interior, despertar de conciencia y reencontrarse.

ACONDICIONAMIENTO FÍSICO: Entrenamiento de preparación y ejercicios básicos, acordes a las capacidades de cada usuario, que da como resultado un nivel superior de fuerza, coordinación y resistencia psicológica. Se utiliza un programa de entrenamiento cardiovascular que permite al paciente producir los neurotransmisores que lo ayudarán a tener un mejor estado de ánimo para lograr una abstinencia duradera.

YOGA: Ofrece un enfoque y una praxis que puede ser de utilidad ante el problema, ya que su propósito central es lograr un estado de tranquilidad y de lucidez alerta que trascienda los vaivenes de la mente habitual, logrando alcanzar una paz interior consistente.

PROGRAMA 12 PASOS: La mejor escuela para que un alcoholico, o cualquier adicto aprenda a vivir una vida útil y feliz. Los principios básicos de recuperación son: Honestidad, receptividad y buena voluntad.

El programa para el tratamiento de adicciones de hombres, se personaliza según sus necesidades fisiológicas, psicológicas y emocionales de cada usuario. En Clínica se tiene la ventaja de diversas actividades y sesiones debidamente certificadas, que nos permite personalizar el programa de tratamiento.

Al adaptar el tratamiento de adicción a las necesidades únicas de los hombres de 18 años y más. Se les brinda las herramientas a los usuarios para salir del aislamiento y los ayudamos a desarrollar un estilo de vida de recuperación saludable y en estado de sobriedad, que puedan mantener utilizando las herramientas que se les enseñó para mejorar la calidad de vida.

Estabilización Médica, Evaluación Sanguínea, Valoración Psiquiátrica, Sesión de Terapia Grupal, Programa Familiar, Psicoterapia individual, Acondicionamiento físico, Yoga, Programa 12 pasos, Orientación Alimentaria, Arte Terapia, Programa Educativo.

Proceso de camino: tiene una duración de 30 a 42 días que el paciente se encuentra internado.

Medio camino: consta de una estancia de 2 noches y 3 días, tienen acceso a los servicios de terapia individual, familiar y consejerías.

(Centros de integración juvenil, 2016) Mencionó que el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones individuales estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comenzó cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”.

El proceso de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, se basó en una ruta prefijada en la que se pueden identificar cuatro fases claramente diferenciadas: Pre consulta, evaluación Clínica y Diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación para llegar el seguimiento del tratamiento; cada una de las cuales comprenden una serie de acciones específicas.

Bajo este marco de acción, el proceso de intervención en el servicio de Terapia Individual, se apega a un camino que se pueden dividir en fases dentro del proceso de intervención psicoterapéutica.

Por ejemplo:

La mayoría de las orientaciones psicoterapéuticas consideran que el proceso terapéutico debe ser considerado, desde su inicio, como un proceso de colaboración entre la persona y el terapeuta.

El proceso de tratamiento involucra la intervención de un profesional entrenado quien lleva a cabo una serie de actuaciones, según una metodología determinada, haciendo uso de recursos y las herramientas terapéuticas de diversa índole.

La mayoría de los modelos de intervención se preocupan por generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la cura del paciente.

De manera general, la intervención psicoterapéutica sigue un camino más o menos predecible en su evolución y desarrollo, apegándose en mayor o menor medida a una serie de fases que constituyen el proceso de intervención: 1) fase inicial, 2) fase de desarrollo y 3) fase de cierre.

Independientemente del marco conceptual que el terapeuta maneje, la propuesta metodológica general de esta guía, es que el proceso de intervención en el servicio de Terapia Individual, se conduzca a través de una serie de fases vinculadas entre sí, pero con metas y objetivos diferentes. A saber:

Fase 1: Conceptualización del caso (Personalización del proceso de tratamiento).

Fase 2: Proceso de intervención y Manejo de problemas asociados.

Fase 3: Cierre del proceso terapéutico.

Si bien cada fase tiene un propósito particular, no se formula ninguna metodología o procedimiento en particular para alcanzarlo, antes bien, la intención es que cada terapeuta desde su marco conceptual, haga uso de las herramientas a su disposición para conducir el proceso a través de las fases planteadas.

Modelo biopsicosocial: el servicio de Terapia Individual es una de las muchas estrategias con las que se cuenta en Centros de Integración Juvenil A. C. para brindar atención integral y multidisciplinaria a los pacientes que solicitan ayuda a la institución.

Se trabaja con el modelo biopsicosocial, que aborda los diferentes contextos en los que se ve envuelto una persona, volviéndolo un modelo:

1. Multidimensional y multicausal: Los fenómenos se consideraron dentro de una complejidad donde no pueden tener una causa única, sino que responden a muchos factores de muy diversa índole, donde a su vez estos factores múltiples no son homogéneos en su composición sino de naturaleza multidimensional en sí mismos.

2. Multidisciplina-interdisciplina: Las fronteras entre los terrenos disciplinarios se desdibujan. Se plantean retos que conducen a crear cuotas de saber entre los diferentes campos del conocimiento. El desafío primordial en las intervenciones desde este modelo es la construcción de estrategias interdisciplinarias que puedan producir andamiajes complejos para dialogar con problemáticas.

3. Proceso salud-enfermedad: no se contextualizó a la salud como un estado a conquistar, definido por la ausencia de lo patológico. Se piensa la salud-enfermedad como un proceso continuo. Se trata de elementos que interactúan, no desde los puntos extremos de una recta, sino desde diferentes grados de relación del sujeto con el medio y con él mismo. Proceso que se encuentra en constante cambio, que está atravesado por múltiples factores y que se construye también en coordenadas de espacio y tiempo.

4. Sujeto–objeto: desde este modelo no existe el observador objetivo, por lo que el operador es siempre parcial y comprometido con el medio donde interviene. Desde esta visión la subjetividad del observador es parte innegable del proceso que se desea investigar, ya que el observador también usará su historia, su bagaje cultural e ideológico y su marco teórico para observar, para definir el problema, para diagnosticar, en definitiva, para intervenir.

5. Indeterminación e incertidumbre: la causalidad de un fenómeno es múltiple, donde no existe una linealidad entre causa-efecto, sino que esto se da de manera compleja, es necesario tomar en cuenta que no se puede tener un control total para predecir las variables y los efectos de los eventos, será posible conocer sólo algunas, pero no podemos aspirar conclusiones acabadas y totalizadoras.

6. Modelo centrado en el paciente: se requiere pasar de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en el paciente y su particular forma de vida, su contexto familiar y social. El modelo advierte de la necesidad de incorporar al paciente como sujeto del proceso asistencial.

7. Relación médico-paciente: Se considera un elemento central en la evolución de una enfermedad. En función de esta relación se establecen efectos psicológicos que

pueden modificar la vivencia de la enfermedad e incluso influir en procesos bioquímicos que aporten variables al padecimiento. Así mismo el paciente participa junto con el profesional de la salud en la definición del problema.

8. Diagnóstico contextualizado: desde los encuentros iniciales se tomará al paciente como un sujeto, inserto en relaciones dinámicas con su medio y con su propio psiquismo.

9. Tratamiento: Se le tomará como un proceso donde el paciente tiene la autonomía y responsabilidad para participar, construir y tomar decisiones sobre tal proceso, es decir, lo implica y se realizará en sintonía con los procesos sociales del contexto en el que el paciente se encuentre.

Como se puede observar, el Modelo Biopsicosocial implica una vía para entender cómo los fenómenos relativos a la salud, están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde la persona hasta el aspecto social.

Este modelo sugiere que un número importante de factores biológicos y psicosociales pueden predisponer a una persona a desarrollar dependencia a las drogas; diversos estudios en el campo de la genética y la biología molecular, han proporcionado evidencia científica acerca de que, en individuos con historia familiar de consumo de alcohol y/o otras drogas presentan desventajas neuropsicológicas, así como otros trastornos mentales, que los hacen vulnerables a padecer cuadros severos de adicción a diferentes drogas, esto afecta tanto a hombres como a mujeres, pudiendo ocasionar un inicio temprano del consumo.

(Ponce, 2003), El tratamiento de la dependencia al alcohol debe ser un plan terapéutico que incluya desde la desintoxicación (supresión total y programada del consumo de alcohol mediante el empleo de estrategias y fármacos para hacerlo de la forma más cómoda posible y evitar las complicaciones, potencialmente graves, inherentes a la abstinencia), hasta la deshabitación, pasando por la prevención de recaídas y la reducción de riesgos.

Debe ser un abordaje multimodal y contemplar las características individuales y de vulnerabilidad de cada paciente. La utilización de estos nuevos fármacos ha incrementado de forma significativa los éxitos terapéuticos, y han proporcionado un profundo conocimiento de los procesos adictivos y un enfoque terapéutico más causal.

La utilización de fármacos para disminuir el deseo y la compulsión a la bebida reduce el número de recaídas y, si éstas aparecen, ayudan a recuperar la abstinencia más fácilmente. Es por ello que estos fármacos deben mantenerse, aunque surjan recaídas.

Distintos autores consideran que este tratamiento debe instaurarse cuanto antes, para evitar las recaídas tempranas, y que debe mantenerse por un período comprendido entre 6 y 12 meses. La evaluación de la eficacia de estos fármacos debe realizarse por criterios que consideren aspectos como la disminución del consumo, la calidad de vida del propio paciente y/o la de sus familiares.

2.6.11 Fármacos con potencial para tratar el alcoholismo:

Antidepresivos tricíclicos: La utilización de antidepresivos para el tratamiento del alcoholismo o para la prevención de recaídas en enfermos alcohólicos no deprimidos tiene escasa utilidad. Los diferentes estudios muestran que si el ánimo mejora disminuye la ingesta de alcohol. Entre los más estudiados están la Desipramina y la Imipramina.

Litio: La presencia de diversos problemas metodológicos (selección de la muestra, comorbilidad con trastornos afectivos) y la elevada tasa de abandonos, hace que los estudios no sean concluyentes. Pero no parece que el litio disminuya significativamente la frecuencia de consumo tras la recaída, ni los pacientes depresivos respondieron de forma distinta.

Anticomiciales: Distintos fármacos con actividad anticomicial como la carbamacepina, el ácido valpróico, el topiramato y la gabapentina se han utilizado para disminuir el deseo de beber, sobre la base de que en éste podía subyacer un determinado efecto de kindling. Aunque se dispone de muestras pequeñas es posible

que estos fármacos pueden ser útiles en pacientes alcohólicos con trastornos de la personalidad o en sujetos impulsivos.

Antipsicóticos: Los antipsicóticos de nueva generación como la risperidona, olanzapina y quetiapina también se han empleado para disminuir el deseo, sus acciones sobre los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos les confieren un interesante perfil para el tratamiento de algunos de estos pacientes.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la investigación

Dado que el objetivo del trabajo de investigación consiste en determinar la influencia de los estilos de apego en la elección de pareja con problemas de alcoholismo de clínica privada del estado de Morelos, para posteriormente realizar una propuesta de mejora en el seguimiento de egresados de la clínica, se realizó de una forma cualitativa.

3.2 Método de investigación:

Descriptivo: Sampieri mencionó (Metodología de la investigación, op.cit, 2014) que, con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.92)

Explicativo: (Metodología de la investigación, op.cit, 2014) Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra

en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables. (p.95)

En la investigación se pretende determinar la interacción que existe en el tipo de apego de una persona que desarrolló en la infancia y la posible relación que tiene dicho apego a la hora de la elección de pareja, de la misma forma se pretende explicar por qué se elige una persona con problemas de alcoholismo y si tiene relación con lo vivido en la infancia; por tal motivo se utiliza el método explicativo, para desarrollar un análisis más profundo.

3.3 Técnicas de la investigación

Las técnicas empleadas para el proyecto de investigación fueron un diario de observación y 3 cuestionarios con la finalidad de recabar la información de manera más detallada del sentir del alcohólico en su instancia en una clínica privada de adicciones.

Recordando que el diario es un escrito personal en el que puede haber narrativa, descripción, relato de hechos, incidentes, emociones, sentimientos, conflictos, observaciones, reacciones, interpretaciones, reflexiones, pensamientos, hipótesis y explicaciones, entre otros. Puede estar lleno de apuntes rápidos, espontáneos, autocríticos y con cierto matiz autobiográfico, donde se da constancia de los acontecimientos propios y del entorno (Ospina).

De igual forma el cuestionario es un sistema de preguntas ordenadas con coherencia, con sentido lógico y psicológico, expresado con lenguaje sencillo y claro. Permite la recolección de datos a partir de las fuentes primarias (García, 2002).

3.4 Participantes (Muestra).

Los participantes en esta investigación son hombres con rango de edad 20 a 62 años, los cuales tengan problemas de alcoholismo y actualmente se encuentren en una relación de pareja, al igual que estén en un periodo de más de 15 días de internamiento (desintoxicados) en la clínica privada xx.

Los participantes fueron elegidos de esta manera con la finalidad de entender su forma de relacionarse con su pareja y saber si influye su problema de alcoholismo, al igual que la edad que presenta.

3.5 Instrumentos utilizados para la recolección de datos e información

En palabras de (Sampieri, 2014), el diseño de la investigación es un plan o estrategia que se desarrolló para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento.

Primeramente, para impregnar con cierto grado de sustento metódico a esta propuesta durante la elaboración del guión cuestionario se establecieron las 4 etapas comprendidas en la dinámica del instrumento de la encuesta de acuerdo a Fox (1980, p.610 citado en Rodríguez Gómez et al; 1999, p.187) que se explicaron como:

- 1) limitación de la extensión de la encuesta para que los sujetos preguntados tengan que dedicar el menor tiempo posible a la tarea de responder.
- 2) Estructuración del modelo de respuesta en el mayor grado posible para reducir al mínimo lo que tengan que escribir los sujetos.
- 3) Redacción del material introductorio de un modelo elocuente y sincero para que los sujetos conozcan la finalidad de la investigación y el uso que se hará de los datos y se convenzan de que es una finalidad útil y profesionalmente deseable; y, por último,
- 4) Arbitrar algún sistema para que los sujetos conozcan, si lo desean, los resultados de la investigación, de modo que el intercambio de información sea una calle de dos direcciones y no de una sola. (P187).

Respecto a lo previo, se procuró seguir las premisas antes mencionadas con el fin de que guiara el proceso instrumental ya planteado.

Dicho interrogatorio será aplicado a cada uno de los participantes.

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): evalúa detección de alcoholismo, recoge información sobre el consumo y las consecuencias negativas asociadas al mismo: problemática familiar, laboral, física, legal, tratamientos anteriores, pérdida de control etc.

Está compuesto por 25 preguntas con respuesta dicotómica (SI/NO) y los rangos son: 0-4 (sin problemas), 5-9 (problema posible), 10-11 (problema probable), superior a 12 (alcoholismo).

(CaMir-R): es un cuestionario que mide las representaciones de apego. Se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar.

Consta de 72 ítems y se administra en dos etapas. La primera etapa se responde en un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Posteriormente, se sigue con el procedimiento Q-Sort, en el que la persona evaluada debe proceder a una «distribución forzada» de su respuesta. El CaMir evalúa los prototipos de apego seguro, evitativo y preocupado y tiene una serie de ventajas sobre otras medidas de apego.

Versión española extensa del CaMir. El CaMir es un cuestionario que mide las representaciones de apego (Pierrehumbert et al., 1996). Incluye 72 ítems que el participante debe distribuir en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). Esta distribución sirve para calcular 13 factores de apego, que expresan diferentes características de las representaciones de apego. En una segunda etapa, el participante debe volver a clasificar los ítems en formato Q-sort, aunque para la elaboración del CaMir-R no se ha tenido en cuenta dicha etapa. La versión española del CaMir ha mostrado niveles adecuados de validez y fiabilidad (Lacasa, 2008; Muela, 2010).

Es un cuestionario muy extenso que debe ser aplicado individualmente por un profesional cualificado y cuya cumplimentación consume, aproximadamente, una hora. La elaboración de una versión reducida con un formato de respuesta sencillo permitiría aplicarlo de forma colectiva en unos 20 minutos, lo que facilitaría su utilización como

instrumento de screening o en diferentes contextos, como el de la psicología clínica o educativa.

Escala del modelo triangular del amor (Sternberg, 1997) – adaptación:

Evalúa la capacidad de describir, de predecir y de diagnosticar el tipo de amor que tiene un sujeto conforme a lo establecido por Sternberg (1986).

El propósito de esta escala es la elaboración de un instrumento que permita la evaluación de las relaciones de pareja.

La escala señala tres componentes fundamentales:

1. Intimidad (I)
2. Pasión (P)
3. Compromiso (C).

El instrumento original constó de 45 ítems, 15 para cada uno de los tres componentes; siendo construida la Escala en formato tipo Likert, presenta un rango de 1 a 9, y tiene las siguientes opciones: 1. nunca 5. Verdaderamente 9. Extremadamente

Las puntuaciones intermedias indican niveles intermedios de sentimientos.

3.6 Procedimiento de la investigación

La primera fase fue la selección de la muestra, esta consistió en la aplicación de los cuestionarios Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) para detectar las repercusiones psicológicas del consumo de alcohol en miembros de la clínica xx, posteriormente se realizó el cuestionario CAMIR-R para identificar los estilos de apego pasados, presentes y sobre el funcionamiento familiar del sujeto, finalmente se aplicó la escala del modelo triangular del amor (adaptación) con el objetivo de medir la intimidad, pasión y compromiso que tienen con su pareja actual.

Posteriormente se procedió a la calificación, análisis e interpretación de los datos, y se seleccionaron a los 12 participantes (todos del sexo masculinos).

La segunda fase aproximadamente en un lapso de un año se realizó entrevistas abiertas en las que se exploraron las distintas temáticas de interés para esta investigación (alcoholismo, tipos de apego y pareja).

La tercera y última fase se realizó un diario de observación que consistió en la observación periódica de tres sujetos, por un periodo de 1 mes (dos días por semana) los sujetos fueron seleccionados por el tiempo con el que contaban en la clínica internados, de igual forma se tomó en cuenta que dos de ellos ya habían estado con anterioridad, dato que resulto relevante ya que sus actitudes eran completamente distintas a las de tiempo atrás.

En dicho diario de observación se anotaron aspectos básicos de comportamiento, en un periodo aproximado de 4 a 5 horas.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de datos e interpretación de la información del objeto de estudio.

Los resultados obtenidos de manera general de las doce personas que presentan alcoholismo son los siguientes:

La mayoría de los participantes manifestaron que se consideran bebedores patológicos puesto que en ocasiones comienzan su consumo antes del mediodía, por esta razón refirieron que sus familiares y amigos los consideran bebedores patológicos crónicos puesto que no pueden controlar su consumo, de igual forma ellos mismo admiten que se les dificulta dejar de tomar después de haber ingerido una o dos copas y que tal circunstancia hace que se les presenten diversos problemas.

Dichos problemas varían y van desde tener peleas con diversas personas que estén en su círculo social hasta tener conflictos familiares que los hacen tener sentimientos de culpa, cabe mencionar que de acuerdo al instrumento MAST mencionaron que estos problemas no afectan su ámbito laboral, sin embargo reconocieron que en alguna ocasión llegaron a no cumplir con alguna obligación de su trabajo en un periodo mayor a un día, es importante poner énfasis que sus familiares están preocupados porque este excesivo consumo lo llegue afectar en todas las esferas de su vida, por ello es que buscaron ayuda y los ingresaron en una clínica de rehabilitación de adicciones.

El trastorno por consumo de alcohol es un patrón problemático que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, tal es el caso de dos de los participantes que refieren haber tenido delirios, convulsiones y alucinaciones, dato que se entrelaza con que estos mismos dos participantes necesitaron de ayuda hospitalaria urgente que los auxiliaría en una de sus ingestas de alcohol. Afortunadamente los participantes lograron recuperar su estabilidad física.

Dato sobresaliente positivo de esta investigación es que ninguno de los participantes ha presentado ningún problema de hígado como lo es la cirrosis.

Por el lado contrario desafortunadamente la mitad de los participantes no han intentado reducir o eliminar el consumo de alcohol, ya que no lo ven como una problemática que los afecte directamente a ellos y lo minimizan comentando que son capaces de frenar el consumo cuando ellos se lo proponen, refieren que en muchas ocasiones se exagera por parte de las personas cercanas a ellos y que no los dejan tomar sus propias decisiones, por ello es que la mayoría de los que están internados recalcan en cada momento que a ellos los ingresaron sus familiares y que están ahí por el mero hecho de no discutir con nadie.

De la misma manera narran nueve de los participantes que se encuentran en relaciones actuales las cuales son cálidas, con buena comunicación, apoyo y comprensión mutua, dando como resultado que los sujetos estén dispuestos a entregarse emocionalmente y no tener problemas en compartir sus bienes económicos.

Refieren que, en su vida de pareja, por supuesto que han tenido conflicto y dificultades sin embargo saben que pueden contar el uno con el otro en cualquier momento, dándose considerable apoyo emocional y sabiendo que pueden contarse información profundamente personal y que no van a ser juzgados o etiquetados, sino todo lo contrario por tal circunstancia valoran a su pareja, mostrándose cómodos y felices con ella.

Como consecuencia las parejas actuales de los participantes son las que se ven más angustiadas ante esta problemática, puesto que los participantes refieren que sus parejas son las que más se ven afectadas y por ende son las que se ven más involucradas en acompañarlo en el proceso de desintoxicación y tratamiento.

Cabe mencionar que dicha información fue sustraída de la escala del modelo triangular del amor y que resultó sobresaliente el hecho de que más de la mitad de los participantes obtuvieran mayor puntaje en el apartado de intimidad.

Recordando que la intimidad se relaciona con todos aquellos sentimientos que promueven el vínculo, que hace que se confié en la otra persona, permitiendo abrirse y ser uno mismo.

El puntaje de los participantes que resta corresponde al apartado de pasión y compromiso:

La persona que puntúa en pasión refirió que su pareja tiene en todo momento su atención antes que otras personas o circunstancias, por ello no puede imaginar su felicidad sin ella o con alguien más, ya que a su lado siente magia, atracción física y romance, por lo tanto, disfruta del contacto físico que emerge entre ellos dando como resultado el pensamiento frecuente de la pareja, teniendo fantaseo y excitación al simplemente verla.

Las dos personas sobresalientes en el apartado de compromiso hacen referencia a la importancia que tiene el planear y visualizar su relación a futuro, pues sienten una gran responsabilidad con ella aun en los momentos que resulte difícil tratarse entre ellos, manteniendo permanentemente el compromiso ya que se siente seguro de su amor hacia ella y considera que fue la mejor decisión unirse con su pareja.

En el mismo orden de importancia se encontró que en la variable de apego ocho de los doce participantes se presentan en apego evitativo puesto que mencionaron que su infancia se vio trastocada en aspectos tan básicos por parte de sus padres como lo son haber tenido poca capacidad de demostrar autoridad/afecto en situaciones que se requerían o el mero hecho de renunciar a ser padres con ellos ,por ello manifiestan que es mejor no depender de nadie más que de ellos mismos lo que hace que según sus apreciaciones ayuda a no lamentarse por pérdidas humanas o de relaciones que consideran sustituibles.

Mencionaron que en su infancia no se les tomaba en cuenta bajo ninguna circunstancia, puesto que hacían menos los problemas de los niños y solo se preocupaban por los de ellos mismos (los padres), ocasionando de esta manera el no tener una clara idea de la relación que tuvieron y que actualmente tienen con sus padres, recordando solamente los aspectos malos que marcaron su infancia.

De la misma manera se obtuvo que dos de los participantes se encuentran en el apego preocupado puesto que relataron que a lo largo de su infancia tuvieron

amenazas de separación y rupturas importantes con algunos de sus lazos familiares , razón por la cual se notan constantemente inseguros ya que no tuvieron una niñez donde se preocuparan de forma adecuada de sus necesidades, siendo esta la causa principal de sus preocupaciones actuales haciéndolos pensar que no podrán superar con facilidad alguna pérdida puesto que les recordará a los sucesos nada gratos que tuvieron.

Así mismo los dos participantes pusieron énfasis en que desde su apreciación los padres nunca están conformes con los hijos que les tocan ya que nunca serán lo suficiente buenos para llenar sus expectativas, razón que frustraba a los participantes pues se sentían rechazados y con la necesidad de buscar su aprobación y por consiguiente afecto.

Por último, los dos participantes restantes se encuentran en un apego seguro ya que sienten que en todo momento y bajo cualquier circunstancia pudieron y pueden contar con sus seres queridos para encontrar consuelo y apoyo.

Resaltan el hecho de que tuvieron una agradable niñez, sin embargo, se toma como un dato sobresaliente puesto que puede ser tomado como un mecanismo de defensa.

4.2 Resultados de la investigación

La pregunta en la que se basó la presente investigación fue ¿Cómo influye los estilos de apego en la elección de pareja alcohólica? se logró dar respuesta a través de los resultados obtenidos de tres cuestionarios que miden el grado de alcoholismo, los tipos de apego y la pareja; se sustenta en la teoría y el modelo Gestáltico.

Desde el punto de la terapia Gestalt aplicada al tratamiento de adicciones, ésta facilita que el adicto se muestre tal como es realmente consigo mismo y con el resto, que identifique , fortalezca su “yo interior”, que tome en cuenta sus necesidades , las de los demás y aprenda a valorarse a sí mismo.

Citado en (Sánchez A. , 2016) Udo Roeser y Achim Voitsmeier, definieron la adicción del alcoholismo como "la incapacidad de satisfacer necesidades básicas y de enfrentar problemas y dificultades de manera adecuada".

Explicaron que experiencias traumáticas no elaboradas y funciones limitadas para establecer contacto impiden la satisfacción de estas necesidades vitales.

El proceso homeostático de la autorregulación es interrumpido continuamente, la necesidad no es satisfecha, la forma no es cerrada, y se pueden dar actuaciones sustitutivas tales como la conducta adictiva. La persona se desvía para lograr lo no satisfecho; aun así, la figura no puede cerrarse y empieza a repetirse de manera continua.

Al trabajar con un individuo alcohólico se debe tener en cuenta, entre otras cosas, tanto sus características personales, como su sistema de creencias: nada es suficiente; evasión del aquí y ahora; sentimientos de culpa; juicios autodestructivos; excesivo temor al rechazo y al fracaso; urgencia de gratificación inmediata, etc.

Estas creencias y características no desaparecen por el hecho de ya no consumir. Para trabajar y modificar estas creencias destructivas es necesario un proceso terapéutico, especialmente la psicoterapia Gestalt, que, con sus valores de honestidad, responsabilidad, respeto y autoestima facilita que el individuo se muestre tal como realmente es consigo mismo y a los demás.

En el tratamiento a largo plazo del alcoholismo, hay dos metas básicas:

1. la primera es el control estricto del consumo a través de la abstinencia
2. y la segunda es el reemplazo total de los modelos adictivos por comportamientos satisfactorios y constructivos para llenar los huecos que se crean al dejar de consumir.

La psicoterapia Gestalt tiene grandes ventajas en el tratamiento de las adicciones, en este caso enfocado en el alcoholismo, sobre todo en la fase de la reinserción a la vida funcional, productiva y satisfactoria.

Esto se empieza a lograr después de un período de abstinencia considerable, ya que el alcoholismo es una manifestación de problemas más profundos.

Cuando el adicto deja de consumir, se enfrenta a un mundo desconocido para él. Mientras más rápido se sienta integrado y funcionando de forma eficaz, más difícil será una reincidencia o recaída en su adicción.

Cabe mencionar que una recaída no forzosamente amerita un fracaso en el tratamiento, en ocasiones es parte del mismo, ya que es un elemento que nos ayuda a aprender cómo tenemos que seguir luchando contra la adicción, en este caso el alcoholismo.

4.3 Conclusiones de la investigación

Por tal motivo el enfoque Gestalt se utiliza de forma exitosa para el tratamiento del alcohol ya que considera una terapia de aprendizaje que va del apoyo externo al autoapoyo, que es lo que necesita desarrollar el individuo. Se facilita que el individuo tome la energía de sus creencias negativas y las aplique a las positivas, y el adicto tiene abundantes creencias y vivencias destructivas.

Y al conocerse más, identifica la lucha entre su yo adictivo y su yo sano en forma de diálogo interno y así, el yo fortalecido, al relacionarse con el medio ambiente aumenta su conciencia o su capacidad de darse cuenta y de esta forma debilita al no yo o yo adictivo, y cuando el paciente incrementa su darse cuenta día a día en el aquí y ahora, hace fluir su energía para la vida y construye una filosofía de vida basada en ocuparse del presente y de lo que hay en él, experimentando y viviendo intensamente lo cómodo e incómodo tanto en emociones como en situaciones sin evadir, y expresar

de forma directa, honesta y oportuna sus sentimientos aceptando ser quien es y dejando de querer ser quien no es.

La pareja es una de las relaciones más importantes de la vida adulta y, como cualquier relación, está sujeta a continuos cambios y crisis que, si no se resuelven, impiden el crecimiento mutuo. La vida en pareja no se configura como un sistema estable, es un proceso dinámico que atraviesa diferentes fases en función del momento evolutivo o normativo de la pareja, de situaciones externas que afectan a la estabilidad de la misma e incluso decisiones personales que pueden generar tensiones.

Citado en (Instituto de Terapia Gestalt) La pareja es aquella persona con la que se comparte una parte importante de nuestra vida y el hecho de constituir una relación de pareja implica, en mayor o menor medida, una visión compartida de futuro, un “construir juntos”, un camino en común por lo que requiere de disposición y compromiso por ambas partes. No obstante, como en cualquier otra relación, existen crisis y momentos de desencuentro que pueden generar conflictos y tensiones que afectan a la integridad de la pareja.

El conflicto por sí mismo, en ocasiones suele ser vivenciado como una amenaza para la relación, aunque no necesariamente ha de ser percibido como un fenómeno negativo o destructivo, más bien es una oportunidad de crecimiento personal que, si es reconocido y atendido, se verá revertido positivamente en la misma relación de pareja, fortaleciéndola y haciéndola madurar, dotando a cada uno de sus integrantes nuevos recursos personales y habilidades para crear un “nosotros” mejor.

Por tal motivo la presente investigación resalta a la psicología que Citado en (Qualia psicología y salud emocional, 2012) Teodoro Sanromán explicó cómo el enfoque de la Terapia Gestalt ayuda a tomar conciencia a través de los hechos de esta realidad, hay que aceptar y asimilar que la otra persona no nació para satisfacernos. Las relaciones deben basarse en aceptar al otro tal cual es, buscar lo que nos une y no lo que nos separa. Sin demasiadas exigencias, una relación debe sustentarse en la libertad y en que cada uno aporta lo que puede.

Por otra parte, la Gestalt menciona que el apego tiene que ver con actitudes y comportamientos innatos con el objetivo de mantener y asegurar al cuidador, tanto en lo físico como en lo emocional, de la misma manera mencionó que en muchas ocasiones con la pareja se llega a tener vínculo de apego puesto que hay una continua necesidad de satisfacer algunos afectos.

Estos afectos son en función de la satisfacción o frustración, de los premios o castigos, de lo seguro, inestable o ambiguo de los comportamientos adultos, de la sensibilidad y reacciones temperamentales de los niños, serán los que marquen el estilo de relación de la persona en las demás etapas de la vida.

La presente investigación aporta una propuesta de mejora en las clínicas privadas de adicciones, la cual consta de:

Mayor integración familiar en los procesos de reinserción de los alcohólicos, canalización de la energía dirigida a las actividades socialmente aceptables (torneos deportivos/yoga) con un trabajo conjunto de arte terapia; fomentando de esta manera vínculos más seguros para el establecimiento de relaciones interpersonales más estables.

DISCUSIÓN

La mayor parte de la investigación sobre el estilo de apego y pareja alcohólica ha concluido en encontrar a la mayor parte de los participantes en apego evitativo puesto que mencionaron que su infancia se vio trastocada en aspectos tan básicos por parte de sus padres.

Este estudio, además de confirmar la asociación importante que existe entre el apego y la elección de pareja, ayudó a clasificar cuál de ellas lo predice con mayor fuerza a la otra, es decir a la futura relación de pareja adulta.

(Guzmán M. , 2015) citado en (Bartholomew y Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998) por su parte, en el caso de la evitación, se ha visto que las personas con alta evitación tienen una imagen negativa del otro, acompañada de un sentido de poca confianza en las buenas intenciones de los demás, sin embargo un dato que llamó la

atención es que en el apartado de la pareja, tuvieron resultados altos en la parte de intimidad, recordando que intimidad es: todos aquellos sentimientos que promueven el vínculo, que hace que se confié en la otra persona, permitiendo abrirse y ser uno mismo.

Al notar esta situación se profundizaron los resultados del porque si salieron con apego evitativo entre ellos y sus padres, con sus parejas actuales muestran todo lo contrario ya que le dan más importancia al área de intimidad, puesto que se pensaría que sí tuvieron un apego evitativo en la infancia así sería a lo largo de tu vida, pero los resultados muestran lo contrario.

Lo que se concluyó es que, a lo largo de las vidas de todas las personas, pero sobre todo las personas alcohólicas viven diversas situaciones que cambian la forma de relacionarse con las demás personas, para bien o para mal sin embargo, los usuarios de la clínica hacen hincapié que fueron experiencias fuertes y por ellas se vieron con la necesidad de cambiar lograron entender la importancia que es tener cercanía con sus parejas.

Aunque suene un poco extraño que un alcohólico piense así de sus relaciones interpersonales, lo es, puesto que reconocen que, si han tenido problemas con sus parejas pero que han intentado resolverlos, prueba de ello, es que más de la mitad de los usuarios se encuentran en un proceso de rehabilitación pensando en su bienestar individual, pero de igual forma el bien estar de su pareja.

Recordemos que la mayoría de los procesos de internamiento por alcoholismo se buscan por parte de la pareja de los usuarios, el alcohólico lo que debe hacer es aceptar la ayuda ya que reconocen que es un proceso que no solo los involucra a ellos si no a su familia y pareja (en algunos casos, uno que otro usuario se muestra a la defensiva ya que piensan que no es por su bien, pero al paso de los días sus actitudes se van acoplado).

Sugerencias o recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación se hace una serie de recomendaciones que a continuación se presentan:

1. Seguir trabajando con los alcohólicos de manera constante para concientizarlos de las repercusiones que genera dicho consumo tanto a nivel personal como laboral.
2. Que la familia se involucre en los procesos de rehabilitación de los alcohólicos a través de procesos psicológicos y actividades recreativas.
3. Así mismo se recomienda que la propuesta de intervención diseñada en este proyecto de investigación pueda ser llevada a cabo a la práctica con todas las clínicas privadas de rehabilitación de adicciones, con la finalidad de disminuir las recaídas en el consumo de alcohol.

Propuesta de intervención psicológica para disminuir el consumo de alcohol

“ Técnica del Fénix “

En la medida en que no existe una rehabilitación y reinserción social de visión psicológica en la instancia clínica que considere de forma importante los aspectos biopsicosociales de los usuarios, la presente investigación recomienda las siguientes ideas con el fin de hacer más significativo la estadía del usuario:

1. Que se cuente con procesos psicológicos más recurrentes, es decir mínimo una vez por semana o una vez cada quince días, ya que en muchas ocasiones los procesos se ven interrumpidos con lapsos sumamente largos, cuestión que debilita las rehabilitaciones y los deja más vulnerables ante sus entornos problemáticos.

Citando a (Molina) Se recomendará que los distintos tipos de apegos sean abordados de forma distinta, es decir de la siguiente manera:

- Las personas con apego ansioso-ambivalente puedan aprender a lo largo de la terapia que no necesita recurrir al otro para poder estar bien, que puede calmar sus angustias e identificar sus emociones de manera autónoma. Es decir, aprender que no necesita estar con el otro para poder estar calmado, y que no porque el otro no esté físicamente no quiere decir que no vaya a estar para lo que necesita.

De igual forma es importante que trabajen su seguridad y confianza durante la terapia para que puedan explorar el mundo que les rodea sin necesidad de acudir a otros.

- Las personas con apego evitativo suelen ir a terapia con poca confianza en el terapeuta; dado que están enfocados en lo útil y práctico, y no en lo emocional.

Por tanto, en terapia se trata de que puedan ir experimentando y comprendiendo sus emociones al ritmo que ellos puedan tolerarlo, pues acercarlos a sentir intensamente sería como una agresión para ellos. Es decir, aprenden a sentirse seguros y confiar en sus emociones, para poder utilizarlas en sus relaciones íntimas, así como para tomar decisiones que les beneficien en su vida.

En este sentido, es importante que puedan detectar qué sienten en las relaciones con otros, qué significa perder al otro, qué necesitan de los demás, que aprendan a no huir cuando hay intimidad y a gestionar sus emociones.

En resumen, la terapia se basa en poder re-descubrir ese mundo emocional, en darse cuenta y ponerle nombre, para utilizarlo en su beneficio.

- En palabras de quien redacta se recomienda que para las personas con apego seguro es necesario reforzar en su proceso terapéutico su seguridad emocional, la manera de relacionarse con los demás y de establecer lazos afectivos saludables.

2. Más dinámicas o actividades psicológicas y recreativas que involucren a la familia/pareja:

- Torneos deportivos de fútbol y/o waterpolo: en los cuales puedan liberar todo el estrés o frustración que tengan acumulada de una manera lúdica, divertida y familiar, acción que a su vez servirá para conocer los gustos y fortalezas deportivas que tengan cada uno y en conjunto.

Se recomienda que cada partido de fútbol o waterpolo se realice cada sábado con una duración de 60 min, ya que es el día en que la familia interactúa directamente con ellos, cabe mencionar que los alcohólicos deben practicar 2 veces por semana los días martes y jueves alguno de los dos deportes el que más le agrade.

Cada equipo debe de estar conformado por el mismo número de personas y de forma unisex.

No se permitirá violencia física o verbal a sus contrarios o compañeros ya que la finalidad es conocerse e interactuar.

Si bien es cierto que existe competencia se pretenderá controlarla.

- Raja Yoga (Yoga mental): ayudará de manera individual / grupal que de una manera sana y pacífica se logre una tranquilidad mental de todo el estrés y cansancio acumulado por las situaciones difíciles que han pasado en su proceso de rehabilitación.

Se pretende que la actividad de yoga se lleve a cabo al finalizar los entrenamientos y torneos que se realizarán, con la finalidad de relajarse de toda la tensión y estrés que pueda generar el juego, con un tiempo determinado de treinta minutos.

Para dicha actividad se requiere música clásica con temas de piano, violín o arpa y un tapete individual para los ejercicios.

Se tiene en cuenta que en ocasiones resulta complejo que la familia se involucre en las dinámicas de rehabilitación puesto que se sienten vulnerables o no tienen el suficiente tiempo e interés en hacerlo, pero se recomienda que la familia haga lo posible para lograr este trabajo en conjunto, más significativo y puedan hacer sus dinámicas familiares funcionales. Implementando en la mayoría de los casos las sesiones de terapia familiar al menos dos veces por mes dado que la familia es considerada un sistema vivo en constante movimiento y los usuarios al regresar al ámbito familiar experimentan cambios en la convivencia, así como en la forma de relacionarse con cada miembro de la familia y tendrán mayor facilidad para promover la estabilidad de su recuperación.

3. En el mismo orden de ideas se cree que una gran herramienta sería implementar el taller de habilidades del arte terapia ya que consiste en hacer tangible la problemática del alcoholismo, facilitando una reflexión posterior e incluso la verbalización entorno a este, permitiendo además tomar distancia de la obra y comparar imágenes anteriores de la vida del usuario, unificando respuestas emocionales inconscientes, conjuntamente al desarrollo creativo.

Actividades de un mes de Arte terapia (martes/ jueves):

<p>Lugar: clínicas privadas de adicciones.</p>	<p>Objetivo General: Desarrollar la auto capacidad creativa, encontrando recursos para una expresión artística personal y libre, canalización del mundo emocional y reflejo del vivir existencial.</p> <p>Dirigido a: Usuarios con alcoholismo.</p> <p>Duración: 1 mes, 2 veces a la semana con una duración por sesión de 50 minutos.</p>
<p>Fecha: S/F</p>	
<p>Objetivos particulares:</p> <p>Incrementar la autonomía y la toma de decisiones</p> <p>Trabajo de autocontrol</p> <p>Aumentar la autoestima y seguridad</p> <p>Reafirmar la identidad</p> <p>Trabajar la tolerancia a la frustración y la flexibilidad</p> <p>Posibilitar la toma de conciencia, de sentimientos y emociones</p> <p>Generar un canal de libre expresión, reflexionar y profundizar en temas personales</p> <p>Promover las habilidades sociales, las relaciones con el entorno y los demás.</p>	

<p>Fecha: Semana 1</p>	<p>Tema:</p>	<p>Actividades:</p>	<p>Material:</p>
<p>Martes</p>	<p>Percepción de identidad.</p>	<p>Creación escrita de su propia historia de vida (autobiografía), con una idealización de cómo se visualizan saliendo de estar internados.</p>	<p>Hoja blanca Lapicero</p>

Jueves	Memorias y recuerdos a través de las imágenes.	Pintar con acuarelas lo aprendido en la semana en su terapia individual (arte terapia).	<ul style="list-style-type: none"> • Acuarelas, • Bote de agua, • Pinceles • Lienzo.

Fecha: Semana 2	Tema:	Actividades:	Material:
Martes	Emociones.	Figuras en barro representando una emoción, para posteriormente ejemplificar con una experiencia vivida.	<ul style="list-style-type: none"> • Barro • Mandil
Jueves	Auto concepto.	Composición de una canción que los identifique o que los represente.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lapicero.

Fecha: Semana 3	Tema:	Actividades:	Material:
Martes	Conociendo tus movimientos corporales artísticos	Baile y coreografía de diversos géneros musicales los cuales deberán representar de forma aleatoria y deberán estar	Grabadora y repertorio musical.

		conformado por equipos de cuatro.	
Jueves	Habilidades sociales/ Relaciones interpersonales	Realizar una lluvia de ideas mencionando una cualidad y un área de oportunidad que tengan cada individuo del grupo, con el fin de percibir como los visualizan los demás.	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulinas • Plumones

Fecha: Semana 4	Tema:	Actividades:	Material:
Martes	Contención emocional	Obra de teatro de una experiencia significativamente fuerte que hayan vivido por el alcoholismo.	<ul style="list-style-type: none"> • gorros, • pelucas, • antifaces, • pinturas.
Jueves	Retroalimentación cierre.	Creación de forma grupal de un mural que represente todo lo aprendido y vivido de manera significativa hasta ese momento en su proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • papel craft, • gises, • plumones, • revistas, • pegament o, • tijeras, • papel china...

De igual forma se realizará una obra de teatro improvisada de forma grupal cada vez que un interno concluya su proceso, con el propósito de que visualice las

consecuencias negativas que podría tener al no seguir lo aprendido y poniéndose en riesgo.

Por otra parte, mediante la creación artística, se van expresando sentimientos y emociones que pueden haber estado contenidas o reprimidas, y en donde la obra opera como un vehículo de expresión íntima y personal, que concluye en un significado propio.

Tal como lo señala Francisco Coll citado en (Díaz S. , 2017) menciona que el proceso de arte terapia “es un viaje de creación en un contexto de seguridad y un espacio de intimidad compartida con el arte terapeuta, donde se va hacia lo desconocido de uno mismo, uniendo razón, emoción e intimidad”.

El arte terapeuta facilitará la información sobre el desarrollo de cada sesión, así también sobre la evolución del proceso creativo de cada individuo y de su actitud dentro del espacio arte terapéutico, ya sea en un contexto grupal como individual, con el fin de que sus aportes vayan en conjunto con la mirada de otros y otras especialistas, para poder ver avances o retrocesos de los(as) usuarios(as) planteando así futuras propuestas en beneficio del progreso de cada persona.

Citado en (Díaz S. , 2017) Orgillés, 2011 mencionó que el modelo de tratamiento de arte terapia en adicciones se aplica desde un enfoque biopsicosocial donde se integran factores psicológicos y sociales junto a las variables biológicas para un mejor abordaje de la enfermedad y su objetivo será “analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, intentando propiciar a través del entrenamiento de habilidades, cambios conductuales y cognitivos que sirvan para afrontar la prevención de recaídas”.

4. Por último, se sugiere que se les brinde la oportunidad de asistir al medio camino a todos los usuarios sin excepción, definiendo que el medio camino consiste en seguir asistiendo a su rehabilitación cada fin de semana (viernes, sábado y domingo), esto después de haber concluido su proceso.

(Reencuentro, 2017) Redactó que la Casa de medio camino es el último paso del tratamiento, llamado también fase dos. Es el puente entre la estadía en la clínica en la cual pasan el proceso de aprendizaje, cambios y adquieren los conocimientos sobre su enfermedad, así como los conocimientos para salir adelante. Pasada esta etapa, cuando el proceso en la Clínica ha terminado empieza la verdadera lucha, los miedos al enfrentarse de nuevo a la vida real. Aun cuando llevan nuevas herramientas es un proceso muy difícil.

Creemos ampliamente que servirá para visualizar como se ha acoplado el usuario en su ámbito social, y tomar medidas ante cualquier situación que parezca amenazante; servirá como una acción preventiva.

La finalización de dicho proceso alargado deberá ser considerada por la clínica con base a la evolución que vaya mostrando el alcohólico, ya que el proceso de una reinserción adecuada toma un cierto tiempo y varía dependiendo la persona, recordando que el alcoholismo no se cura, se controla por ello más vale estar en constantes chequeos.

Todas estas acciones en conjunto harán más significativo el proceso personal de cada sujeto, ya que se complementan de manera directa y eficaz.

ANEXOS

Michigan Alcoholism Screening Test		MAST	
Cuestionario		SI	NO
1.	¿Se considera un bebedor normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Se ha despertado en alguna ocasión por la mañana, después de beber la noche anterior, y se ha dado cuenta de que no puede recordar parte de lo ocurrido esa noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Su familia o amigos se preocupan por lo que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos copas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez se ha sentido culpable por lo que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Piensan sus amigos o familiares que es usted un bebedor normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha intentado limitar su consumo de alcohol a algunos momentos del día o algunos lugares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Es siempre capaz de parar de beber cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Ha ido en alguna ocasión a una reunión de Alcohólicos Anónimos o cualquier otro grupo de autoayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Alguna vez se ha metido en peleas cuando ha bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Ha tenido problemas con sus amigos o familiares a causa de la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Sus amigos o familiares han buscado ayuda para solucionar su consumo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguna vez ha perdido un trabajo o ha sido expulsado del colegio por motivos relacionados con el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Se ha metido en problemas en el trabajo por haber bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Ha perdido algún trabajo por motivo de su consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Alguna vez por haber bebido no ha cumplido con sus obligaciones, su familia o su trabajo, durante dos o más días consecutivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Bebe antes de mediodía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Le han diagnosticado algún problema de hígado, como por ejemplo cirrosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrumentos de Evaluación en Adicciones 3

MAST

Michigan Alcoholism Screening Test

Cuestionario

	SI	NO
19. ¿Alguna vez ha tenido un <i>Deliriums Tremens</i> , convulsiones o alucinaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha solicitado ayuda en relación con su bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha necesitado atención hospitalaria urgente por motivos relacionados con el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha estado ingresado como paciente en algún hospital psiquiátrico en el que la bebida fuera uno de los problemas tratados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha recibido atención médica ambulatoria, o de algún trabajador social o confesor, por problemas emocionales que estuvieran relacionados de algún modo con el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Alguna vez ha sido arrestado, incluso unas pocas horas, debido a su conducta como consecuencia del alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ha sido detenido por conducir bajo los efectos del alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DEL MODELO TRIANGULAR DEL AMOR (Sternberg, 1997) – Adaptación

INSTRUCCIONES: Los espacios en blanco representan a la persona con la que Vd. mantiene una relación. Califique cada afirmación en una escala del 1 al 9, en la cual:

1 = en absoluto; 3 = algo; 5 = moderadamente; 7 = bastante; 9 = extremadamente.

Utilice las puntuaciones intermedias de la escala (2, 4, 6, 8) para indicar niveles intermedios de sentimientos.

-
- | | | |
|----|---|-------------------|
| 01 | Prefiero estar con _____ antes que con cualquier otra persona. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 02 | Tengo una relación cálida con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 03 | Me comunico bien con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 04 | Apoyo activamente el bienestar de _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 05 | No puedo imaginarme que otra persona pueda hacerme tan feliz como _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 06 | Planeo continuar mi relación con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 07 | Siempre sentiré una gran responsabilidad hacia _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 08 | No hay nada más importante para mí que mi relación con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 09 | Siento que _____ realmente me comprende. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 10 | Estoy dispuesto a entregarme y a compartir mis posesiones con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 11 | Mi relación con _____ es muy romántica. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 12 | Aún en los momentos en que resulta difícil tratar con _____, permanezco comprometido(a) con nuestra relación. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 13 | Existe algo casi «mágico» en mi relación con _____. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 14 | Permanecería con _____ incluso en tiempos difíciles. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
-

- | | | |
|----|---|-------------------|
| 15 | Idealizo a _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 16 | Estoy seguro de mi amor por _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 17 | Siento que realmente comprendo a _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 18 | Recibo considerable apoyo emocional de _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 19 | No puedo imaginarme la vida sin _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 20 | Sé que tengo que cuidar de _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 21 | Adoro a _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 22 | Puedo contar con _____ en momentos de necesidad. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 23 | Espero que mi amor por _____ se mantenga durante el resto de mi vida. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 24 | No puedo imaginar la ruptura de mi relación con _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 25 | Tengo una relación cómoda con _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 26 | Disfruto especialmente del contacto físico con _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 27 | Considero mi relación con _____ permanente. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 28 | Cuando veo películas románticas o leo libros románticos pienso en _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 29 | Considero mi relación con _____ una buena decisión. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 30 | _____ puede contar conmigo en momentos de necesidad. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 31 | Me siento emocionalmente próximo(a) a _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 32 | Me encuentro pensando en _____ frecuentemente todo el día. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 33 | No podría permitir que algo se interpusiera en mi compromiso con _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 34 | Doy considerable apoyo emocional a _____ . | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 35 | El solo hecho de ver a _____ me excita. | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

-
- 36 Considero sólido mi compromiso con _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 37 Fantaseo con _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 38 Experimento una real felicidad con _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 39 Siento responsabilidad hacia _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 40 Mi relación con _____ es muy apasionada. 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 41 Comparto información profundamente personal acerca de mi mismo(a) con _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 42 Encuentro a _____ muy atractivo(a) personalmente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 43 Tengo confianza en la estabilidad de mi relación con _____ . 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 44 Debido a mi compromiso con _____, no dejaría que otras personas se inmiscuyeran entre nosotros. 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 45 Valoro a _____ en gran medida dentro de mi vida. 1 2 3 4 5 6 7 8 9
-

DATOS DEL PARTICIPANTE

Sexo: V M Edad: _____

Tiempo en meses de relación con su pareja: _____

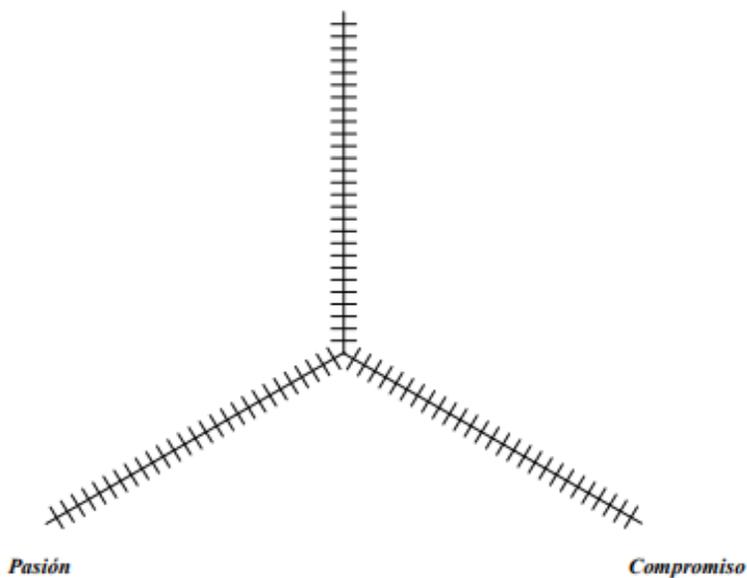
RESULTADOS OBTENIDOS

Intimidad: _____ Pasión: _____ Compromiso: _____

ESCALA DEL MODELO TRIANGULAR DEL AMOR

(Sternberg, 1997) – *Adaptación*

Intimidad



Representación de los resultados obtenidos

Nota. Cada línea que conforma los distintos ejes equivale a cinco puntos.

CORRECCIÓN

Los ítems de la Escala del modelo triangular del amor se agrupan de acuerdo con los factores de intimidad, pasión y compromiso, tal como se muestra en la tabla siguiente. En todos los casos, se suman las puntuaciones señaladas para cada proposición.

Clave de corrección de la ESCALA DEL MODELO TRIANGULAR DEL AMOR (Sternberg, 1997) – <i>Adaptación</i>															
Componentes	Ítems														
Intimidad	02	03	04	09	10	17	18	22	25	30	31	34	38	41	45
Pasión	01	05	08	11	13	15	19	21	26	28	32	35	37	40	42
Compromiso	06	07	12	14	16	20	23	24	27	29	33	36	39	43	44

18	A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.
19	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.
20	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.
21	De niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.
22	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.
23	De niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.
24	Los adultos deben de controlar sus emociones hacia los niños, ya sea de placer, amor o cólera.
25	Me gusta pensar en mi niñez.
26	De adolescente, nunca nadie de mi entorno, ha entendido del todo mis preocupaciones.
27	En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten implicados.
28	Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres durante mi niñez.
29	Mis deseos de niño(a) contaban poco para los adultos de mi entorno.
30	De niño(a), los adultos me parecían personas preocupadas, sobre todo, por sus propios problemas.
31	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.
32	Tengo la sensación que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.
33	De niño(a), le tenía miedo a mis padres.
34	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.
35	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.
36	Me siento en confianza con mis seres queridos.
37	Realmente, no me acuerdo de la manera en que veía las cosas cuando era niño(a).
38	En mi familia de origen, conversábamos más sobre los demás, que sobre nosotros mismos.
39	De niño(a), me preocupaba que me abandonaran.
40	De niño(a) me animaron a compartir mis sentimientos.
41	No me han preparado psicológicamente lo suficiente sobre la realidad de la vida.
42	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.
43	Los padres deben mostrar a su hijo(a) que se quieren.
44	De niño(a), hacía que los adultos se enfrentaran entre ellos para conseguir lo que quería.
45	De niño(a), he tenido que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.
46	No llego a tener una idea clara de mis padres y de la relación que tenía con ellos.
47	No me han dejado disfrutar mi niñez.

48	Yo era un(a) niño(a) miedoso(a).
49	Es esencial transmitir al niño el significado de la familia.
50	De mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.
51	Tengo dificultad para recordar con precisión los acontecimientos de mi infancia.
52	Tengo la sensación de no haber podido afirmarme en el ambiente donde he crecido.
53	Aunque no sea cierto, siento que tuve los mejores padres del mundo.
54	De niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).
55	De niño(a), me inculcaron el temor a expresar mi opinión personal.
56	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.
57	Nunca tenido he tenido una verdadera relación con mis padres.
58	Mis padres siempre han tenido confianza en mí.
59	Cuando yo era niño(a), mis padres abusaban de su autoridad.
60	Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.
61	Tengo la sensación de haber sido un niño(a) rechazado(a).
62	Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.
63	Cuando era niño(a) había peleas insoportables en casa.
64	En mi familia vivíamos aislados.
65	Es importante que el niño aprenda a obedecer.
66	De niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.
67	Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo.
68	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.
69	Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia.
70	De niño(a), a menudo tenía la sensación que mis seres queridos no estaban muy seguros de la validez de sus exigencias.
71	Durante mi niñez, he sufrido la indiferencia de mis seres queridos.
72	A menudo, me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos.

<p>Martes</p> <p>Semana 1</p> <p>D-se mostraba un poco inquieto y no podía permanecer en un solo lugar lo cual se tenía que estar moviendo de sitio y mostraba ansiedad.</p> <p>L- se mostraba con una actitud negativa sin ganas de participar en actividades y cuando se le hacía alguna pregunta contestaba con agresividad y a la defensiva con cualquier persona.</p> <p>R- Es una persona muy extrovertida y cuenta que ya ha estado más de una ocasión en una clínica de adicciones lo cual se le hace más fácil adaptarse porque ya sabe cómo funciona la clínica.</p> <p>Semana 2</p> <p>D-se mostraba un poco más tranquilo que la semana pasada pero de igual manera se mostraba con ansiedad pero ya podía permanecer quieto en su lugar, no le gustaba mucho hablar pero prestaba atención.</p> <p>L- seguía contestando a la defensiva y sin ningún interés de realizar alguna actividad o hablar y mencionaba que no tenía ninguna motivación.</p> <p>R- se mostraba un poco triste pero siempre tenía algún chiste que contar y trataba de ver siempre el lado positivo de estar internado en la clínica, y siempre mencionaba a su esposa y esa era su motivación para seguir adelante en su proceso.</p> <p>Semana 3</p> <p>D- mostraba alegría ya que falta mencionaba que faltaba una semana para que lo dieran de alta y decía que eso ya lo tenía bastante tranquilo porque iba a poder realizar sus actividades y por fin "estar libre".</p> <p>L- platicaba más con sus compañeros y mostraba más seguridad para hablar y con más energía.</p> <p>R- mostraba emoción cuando se tenía que realizar alguna actividad física y al igual que los días anteriores mencionaba mucho a su esposa y felicidad porque su esposa iba a ir a visitarlo el fin de semana.</p> <p>Semana 4</p> <p>D- Llegando a la clínica pregunté por el señor D</p>	<p>Jueves</p> <p>Semana 1</p> <p>D-al igual que el día anterior se mostraba con mucha desesperación y no interactuaba con ninguna persona.</p> <p>L- siempre contestaba groseramente y no le gustaba participar en ninguna actividad y mostraba mucha pereza, mencionaba que su falta de ganas de cooperar era a causa de su medicamento.</p> <p>R- se mostraba alegre y le gustaba contar chistes, la mayor parte del tiempo le gustaba platicar sobre su esposa y lo mucho que la extrañaba, también mencionaba que ya se quería curar y por lo mismo le está echando muchas ganas.</p> <p>Semana 2</p> <p>D- mencionaba que él no tenía razón por el cual estar en la clínica internado ya que él era capaz de dejar el alcohol cuando él quisiera, y la desesperación que mostraba era a causa de que el mencionaba que tenía muchas cosas por hacer afuera porque nadie más se iba a ocupar de sus cosas, porque no confiaba en su familia y pensaba que su familia iba a hacer mal uso de su dinero.</p> <p>L- se mostraba con más tranquilidad e interactuaba un poco más con las personas pero de igual manera seguía en un estado de somnolencia.</p> <p>R- mostraba más alegría y le gustaba participar en sus actividades al igual que le gusta mucho platicar sus historias de cómo se volvió alcohólico.</p> <p>Semana 3</p> <p>D- se mostraba más participativo pero mostraba inquietud y desesperación pero de igual manera ya mostraba más interés en las actividades.</p> <p>L- mostraba un poco de desesperación porque decía que ya estaba cansado y que prefería dormir en vez de hacer alguna actividad.</p> <p>R- ayudaba a los demás compañeros más jóvenes a la realización de sus tareas y mostraba alegría al hacerlo.</p> <p>Semana 4</p> <p>D------</p>
--	---

<p>y me dijeron que ya se había retirado de la clínica, lo dieron término de proceso ese mismo martes en la mañana.</p> <p>L- Se mostraba tranquilo ese día, demostró ganas de participar y hablar, considero que interactuó bien con sus compañeros.</p> <p>R- Al igual que los días anteriores se mostraba tranquilo y participativo, me contó que le dió mucho gusto ver a su esposa el fin de semana y que ya quiere salir de la clínica recuperado para estar con ella pronto.</p>	<p>L- Mostraba mucha más tranquilidad que días pasados lo cual me sorprendió bastante ese cambio en el paciente ya que interactuaba más, mencionó que ya se estaba acostumbrando al ambiente y que se sentía más cómodo.</p> <p>R- Se mostraba más callado que otros días pero de igual manera participaba bien en las actividades se pudo notar un poco de inquietud ya que pedía mucho ir al baño.</p>
---	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

- Qualia psicología y salud emocional*. (10 de 06 de 2012). Recuperado el 20 de 11 de 2019, de http://www.gestaltgranada.es/noticias/la_terapia_de_pareja_desde_el_enfoque_gestalt/
- Ahumada. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 15.
- Ainsworth. (1983). *Reuniones científicas de la fundación INDEX*. Recuperado el 04 de 2019, de <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/055d.pdf>
- American Society of Adiction Medicine . (2006). *ESPECIALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LAS*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/abuso%20y%20dependencia.pdf
- Arias, L. (2014). *Estilos de apego y actitud hacia la alimentación de los adolescentes*. Toluca Méx.: UNAM.
- Barroso. (2014). El apego adulto: La relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y dinámica de la pareja. *Medicina Psicosomática y psicoterapia*, 6.
- Barroso. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia. *Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1.
- Barudy. (2013). *Parentibilidad, buenos tratos y resiliencia*. Recuperado el 06 de 04 de 2019, de <http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf>
- Blandón, L. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 506.
- Bolet. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Cubana Invest Bioméd*.
- Bolet. (1 de 04 de 2010). Recuperado el 28 de 02 de 2019, de <http://ciberdistrito10.blogspot.com/2010/04/el-alcoholismo-y-la-oms.html>
- Botella, L. (2008). Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. *univesitat ramon llull*, 20-21.
- Cantú. (2016). *Parejas intermitentes: una aproximación desde la teoría del apego*. México: Repositorio UNAM.
- Carrillo, L. (29 de 11 de 2004). *catarina.udlap.mx, Tesis Digitales*. Recuperado el 05 de 2019, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/carrillo_m_l/capitulo1.pdf
- Castillo, P. &. (2011). Alcohol y violencia. *salud y drogas*, 72-76.
- Centros de integración juvenil. (2002). *Factores de protección ante el consumo de tabaco, alcohol y drogas*. Recuperado el 27 de febrero de 2019, de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/PresentacionProgPrev/FactoresProteccion.pdf>

- Centros de integración juvenil. (2016). Intervención. En Garrido, *Guía de intervención clínica para terapia individual* (págs. 10-19). MÉXICO: CIJ.
- Centros de Integración juvenil A.C. (2010). En Cuevas, *Los jóvenes y el alcohol en México* (págs. 21-22). México, D.F.: CIJ.
- Coll, F. (Agosto de 2017). *Arte Terapia como apoyo para drogodependencia*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151910/arte-terapia-como-apoyo-para-drogodependencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Debora. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Latino-Am. Enfermagem*, 772.
- Díaz, C. (s.f.). *Gestaltnet*. Obtenido de <https://gestaltnet.net/documentos/aportaciones-de-la-psicoterapia-gestalt-al-tratamiento-de-adicci%C3%B3n-las-drogas>
- Díaz, S. (Agosto de 2017). *Arte Terapia como apoyo para drogodependencia*. Recuperado el 04 de 2020, de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151910/arte-terapia-como-apoyo-para-drogodependencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díez. (2003). *La influencia del alcohol en la sociedad*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>
- Eguiluz. (2003). *Dinámica de la familia*. México: Pax México.
- ENCODAT. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Estévez. (12 de 2013). *La pareja: un análisis cualitativo de su relación basada en apego y/o desapego por etapas que integran el lado oscuro del ciclo de acercamiento-alejamiento de Díaz Loving*. Obtenido de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015792/015792.pdf>
- García, F. (2002). Recomendaciones metodológicas para el diseño de. *UNIVERSIDAD DE SONORA*, 7.
- Giménez. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol. *Cuad Med Forense*, 13.
- González. (03 de 2016). *UNAM*. México.
- Guirao. (24 de 04 de 2010). *Psicoterapeutas.eu*. Recuperado el 28 de 02 de 2019, de <http://psicoterapeutas.eu/alcoholismo-definicion-de-la-oms/>
- Guzmán. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 69.
- Guzmán, M. (2015). *Apego y Perdón en el Contexto de las Relaciones de Pareja*. Chile: Sociedad Chilena de psicología clínica.
- Illabaca, G. &. (08 de 2013). *Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes*. Obtenido de <https://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v11n2/v11n2a03.pdf>
- Instituto de Terapia Gestalt*. (s.f.). Recuperado el 20 de 11 de 2019, de <https://www.itgestalt.com/terapias/pareja/>

- Jiménez. (2007). Celopatía alcohólica: un antiguo y actual dilema. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1.
- Larocca, F. (26 de 08 de 2011). *Mailxmail.com*. Recuperado el 04 de 2019, de <http://www.mailxmail.com/curso-apego-humano-psicologia/apego-antecedentes-tipos>
- Loinaz. (15 de 03 de 2012). *Estilo de Apego, Empatía y Autoestima en Agresores de Pareja*. Recuperado el 06 de 05 de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art06.pdf>
- Marconi. (1991). *Consumo de alcohol*. Obtenido de file:///C:/Users/Aysha%20Hamdan/Downloads/11-46-1-PB%20(1).pdf
- Márquez. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 12.
- Martínez. (2007). *Centros de Integración Juvenil A.C.* Recuperado el 11 de 02 de 2019, de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/abuso%20y%20dependencia.pdf
- Martínez. (01 de 2014). *Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/259645936_Vinculos_afectivos_en_la_infancia_y_calidad_en_las_relaciones_de_pareja_de_jovenes_adultos_el_efecto_mediador_del_apego_actual_Parental_attachment_in_childhood_and_quality_of_the_romantic_relationship
- Maureira. (03 de 2011). *Los cuatro componentes de la relación de pareja*. Recuperado el 08 de 2019, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>
- Molina, C. (s.f.). *Cepsim Madrid*. Obtenido de <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/problemas-psicologicos/que-es-el-apego-evitativo-caracteristicas>
- Ospina, D. (s.f.). *El diario como estrategia didáctica*. Obtenido de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/boa/contenidos.php/8ffccad7bc2328aa00d9344288580dd7/128/1/contenido/>
- Padilla. (2017). Locus de control en la elección de pareja: una validación etnopsicométrica. *Revista de Psicología*, 1.
- Palacios. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol. *Psicología Iberoamericana*, 86.
- Palacios, J. &. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid España: Alianza Editorial.
- pastor, e. (2011). alcohol y violencia. *salud y drogas*, 72-76.
- Peñafiel. (2009). *Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores*. Recuperado el 28 de 02 de 2019, de <http://masterforense.com/pdf/2009/2009art4.pdf>
- Pérez. (2009). *Definición.DE*. Recuperado el 07 de 03 de 2019, de <https://definicion.de/pareja/>

- Ponce. (enero de 2003). *Trastornos Adictivos*. Recuperado el 03 de 03 de 2019, de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-farmacologico-dependencia-alcoholica-13045024>
- Prensa, B. u. (22 de 04 de 2016). *UAEM por una humanidad culta*. Obtenido de <https://www.uaem.mx/comunicacion-y-medios/comunicacion-universitaria/boletines/morelos-por-encima-de-la-media-nacional-en-alcoholismo>
- Reencuentro, C. (2017). *Reencuentro*. Recuperado el 22 de 01 de 2020, de <https://www.clinicareencuentro.com.mx/casa-de-medio-camino/>
- Repetur. (2005). *Vínculos y desarrollo psicológico*. Recuperado el 06 de 04 de 2019, de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf
- Riso. (1999). *Amar o depender*. México: Norma s.a.
- Rojas, M. (2018). La dinámica familiar de los adolescentes de 14 años, con un padre con trastorno de consumo de alcohol. *Universidad Latina*, 9.
- Sánchez, A. (18 de 11 de 2016). *La psicoterapia gestalt en el tratamiento de las adicciones*. Obtenido de <https://www.saludterapia.com/articulos/a/1637-la-psicoterapia-gestalt-en-el-tratamiento-de-las-adicciones.html>
- Sánchez, J. &. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad:. *Universidad Veracruzana*, 28-30.
- secretaria de salud. (2016). *Alcohol entre jóvenes*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
- Sroufe, W. (1977). *Psiquiatria.com*. Recuperado el 04 de 2019, de [https://psiquiatria.com/psicologia/el-apego-factor-clave-en-las-relaciones-interpersonales/#:~:text=2.,CONCEPTOS%20CENTRALES%20SOBRE%20EL%20APEGO&text=Sroufe%20y%20Waters%20\(1977\)%20describen,con%20otros%20sistemas%20de%20conducta%E2%80%9D](https://psiquiatria.com/psicologia/el-apego-factor-clave-en-las-relaciones-interpersonales/#:~:text=2.,CONCEPTOS%20CENTRALES%20SOBRE%20EL%20APEGO&text=Sroufe%20y%20Waters%20(1977)%20describen,con%20otros%20sistemas%20de%20conducta%E2%80%9D).
- Sternberg. (1998). La experiencia del amor . En Sternberg. México : PAIDÓS.
- Ustariz. (2005). *Facultad latinoamericana de ciencias sociales*. Recuperado el 27 de 02 de 2019, de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1056/1/TFLACSO-2005RUC.pdf>
- Waters, S. (1977). *Psiquiatria.com*. Obtenido de El apego, factor clave en las relaciones interpersonales: [https://psiquiatria.com/psicologia/el-apego-factor-clave-en-las-relaciones-interpersonales/#:~:text=2.,CONCEPTOS%20CENTRALES%20SOBRE%20EL%20APEGO&text=Sroufe%20y%20Waters%20\(1977\)%20describen,con%20otros%20sistemas%20de%20conducta%E2%80%9D](https://psiquiatria.com/psicologia/el-apego-factor-clave-en-las-relaciones-interpersonales/#:~:text=2.,CONCEPTOS%20CENTRALES%20SOBRE%20EL%20APEGO&text=Sroufe%20y%20Waters%20(1977)%20describen,con%20otros%20sistemas%20de%20conducta%E2%80%9D).
- Yarnoz, O. (1993). *TEORIA DEL APEGO. EL VÍNCULO*. Recuperado el 05 de 2019, de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>